LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE DE VAUGIRARD, L.-M. FORTIN, DIRECTEUR

152, RUE DE VAUGIRARD

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENT ONZIÈME ANNÉE

1938

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1938

N° 1. — SAMEDI 1er JANVIER 1938. 111e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour dix places *d'assistants d'électroradiologie des hôpitaux de Paris* s'ouvrira le 1er février 1938, à 9 heures, à l'administration centrale (salle des commissions), 3, avenue Victoria (épreuve sur titres). Inscriptions du 5 au 14 janvier inclus, de 14 à 17 heures, au bureau du Service de santé de l'administration.

Concours de l'Internat (oral). — Jury : MM. Lesné, Nicaud, Marchal, Chirié et Lelong ont accepté.

MM. Marcel Ombrédanne, B. Weill-Hallé, Jacques-Ch. Bloch, Oberlin et Cunéo n'ont pas fait encore connaître leur acceptation.

Faculté de médecine de Strasbourg. — MM. Chavigny et Weill, anciens professeurs titulaires à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, ont été nommés professeurs honoraires de cette Faculté.

Muséum national d'histoire naturelle. — M. Fage, sous-directeur de laboratoire au Muséum national d'histoire naturelle, est nommé, à dater du 1er décembre 1937, professeur titulaire de la chaire de zoologie (vers et crustacés), en remplacement de M. Gravier, décédé.

Académie de chirurgie. — Le bureau pour 1938 est ainsi composé : président, M. Maurice Chevassu ; vice-président, M. Raymond Grégoire ; secrétaire général, M. Louis Bazy ; secrétaires annuels, MM. H. Mondor et L. Houdard ; trésorier, M. René Toupet ; archiviste, M. A. Basset.

Légion d'honneur. — GUERRE (active). — *Commandeur* : MM. les médecins généraux Péloquin, Martin, Morvan, Morrisson, Passa, le médecin colonel Bernard.

Officier : MM. Sénequier, Talec, Orsini, Cassard.

Chevalier : MM. Gaudot, Picard, Berthelot, Périsson.

(Réserve). *Commandeur* : M. le médecin colonel Marquis.

Officiers (réserve) : MM. Lavelle, Corvisy, Arbez, Fouet, Fontanel, Diffre, Bataille, Revel, Tartanson, Bazin, Pradourat, Laffont-Lacrampe, Giacardy, Mazel, Balmes, Privey, Jouffrault, Tapie, Verne, Grunberg, Hélie, Roton.

Chevalier (réserve) : MM. Hugou, Mabille, Chambelland, Guillemin, Mougeot, Jeannot, Gondal, Lombard, Dioudonnat, Doazan, Dayde, Girod, Bennejean, Dhalluin, Fayol, Chapuis, Maitre, Lefebvre, Witas, Prévost, Lory, Didier, Mignen, Germain, Giraud, Demasure, Migout, Larue, Shirtliffe, Genin, Farah, Schwebel, Lavaud, Morenas, Chemin, Gueullette, Caine, Souberbie, Jauréguiberry, Trousset, Aynaud, Lovet, Constans, Pougens, Rouquet, Rochaix, Baud, Joly, Mondan, Klaeyle, Milhade, Carvaillo, Roman, Raffaldi, Lannelongue, Bonduelle, Vigne, Bonafous, Paugam, Lagèze, Demasles, Longnon, Hoch, Sédaillan, Colombet, Maillet-Guy, Spinetta, Aulanier, Arrivot, Renaux, Flahault, Temple.

Ferre, Derrieu, Ducoudre, Arnoux, Genest, de la Motte de Broons de Vauvert, Fruchaud, Auprêtre de Lagenest, Chavannaz, Durieux, Denel, Bansillon.

Distinctions honorifiques. — MM. les professeurs Moyse, A. David, Leman et Tournoux ont reçu la croix de chevalier de *Polonia Restituta*.

Concours de médecin adjoint des sanatoriums publics. — Un concours sur titres, pour l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics, qui comportait 6 places et 30 candidatures, s'est

terminé par la désignation de MM. Say, Kervran, Lamur, Montusès, Palliès, Weil.

MM. Liron, Jacquet, Le Monnier, Gautheron, Vivant, Langeard et Mlle Raymond, précédemment inscrits et non pourvus de poste, ont été maintenus sur la liste d'aptitude.

Ministère de l'Education nationale. — *Commission du Codex :* M. Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de la Commission du Codex, est nommé vice-président de cette commission, en remplacement de M. Roussy.

Chefs de travaux : MM. André Policard et Daniel Vincent sont inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions de chefs de travaux (chimie), des Facultés de médecine.

Ministère des Colonies. — Les récompenses suivantes ont été accordées pour travaux scientifiques :

Médaille d'argent : M. J. Martial, médecin commandant.

Rappel de médaille d'argent : MM. Cartron, médecin lieut.-colonel ; Robic, méd. commandant ; Guichard, pharmacien commandant ; Huard, méd. commandant.

Médaille de bronze : MM. Lieurade, méd. commandant ; Dantec, pharm. capitaine ; Gineste, méd. lieutenant.

Rappel de médaille de bronze : MM. Chesneau, méd. de l'Assistance en Indochine ; V. Dufour, pharm. commandant.

Lettres de félicitations : MM. Guibert, Legendre, Marneffe, Cousin et Creach, Farges, Le Rouzic, Marchat et Couzi, Boulinois, Malbrant et Doher.

Guerre. — M. le médecin général inspecteur Rouvillois, président du comité consultatif de santé, inspecteur général technique du Service de santé, a été placé, à compter du 26 décembre 1937, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

— M. le médecin colonel Fontan a été nommé directeur par intérim du Service de santé de la 1re région, à Lille.

— M. le médecin colonel Bercher, médecin chef de l'hôpital Percy-Clamart, est nommé médecin chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, et sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

Troupes coloniales. — M. le médecin capitaine Gallais, est nommé assistant des hôpitaux coloniaux (médecine), professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Cartes d'identité pour diabétiques. — L'Association des diabétiques de New-York distribue à ses adhérents une carte portant leur nom, leur adresse et leur numéro de téléphone. Cette carte porte en outre la mention suivante :

« Le porteur de cette carte est diabétique et vient d'être traité à l'insuline. Dans le cas où il perdrait connaissance, veuillez lui administrer du sucre dissous dans de l'eau, et appelez un médecin. »

Caisse départementale d'assurances sociales de l'Allier. — Il est ouvert à la Caisse départementale d'assurances sociales de l'Allier, un concours pour l'emploi de médecin contrôleur.

Sont admis à prendre part au concours, les candidats de nationalité française, docteurs en médecine, âgés, au jour de l'inscription, de 33 ans au moins et de 50 ans au plus, ayant exercé la médecine 5 ans au moins, années d'internat comprises. Le concours est réservé aux candidats du sexe masculin.

Les demandes de renseignements et d'inscription devront être adressées sous pli recommandé au Président du Conseil d'Administration de la Caisse départementale des assurances sociales de l'Allier, 13, rue Bertin, à Moulins, avant le 28 février 1938, dernier délai. Aucune demande d'inscription ne sera admise après cette date.

LIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie. — Le cinquante et unième Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie aura lieu à Paris, les 16, 17, 18 et 19 mai 1938. Le docteur Hambresin, de Bruxelles, présentera un rapport sur « Les médications de choc en ophtalmologie ».

Des visites dans les hôpitaux et une promenade aux environs de Paris seront organisées pendant le Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (7e).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE, La Pitié (professeur F. RATHERY).

Lundi 3 janvier 1938. — 9 h. : M. BARGETON : Leçon de séméiologie cardiaque.

Mardi 4 janvier. — 9 h. : M. SALLET : Leçon de séméiologie rénale. — 11 h. 15 : M. F. RATHERY : Diabète, maladies de la nutrition.

Mercredi 5 janvier. — 9 h. : M. GRENET : Leçon de séméiologie nerveuse. — 11 h. 15 : M. F. RATHERY : Maladies du rein.

Jeudi 6 janvier. — 9 h. : M. DE TRAVERSE : Leçon de chimie biologique. — 10 h. 30 : M. F. RATHERY : Leçon clinique : lithiase biliaire et diabète.

Vendredi 7 janvier. — 9 h. : M. BACHMANN : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 11 h. 15 : M. F. RATHERY : Diabète, maladies de la nutrition, rhumatisme.

Samedi 8 janvier. — 9 h. : M. J. FERROIR : Leçon de séméiologie digestive.

Nécrologie. — Le docteur Louis Dalbis (de Montpellier), ancien professeur émérite à la Faculté de médecine de Montréal (Canada).

— Le docteur Louis Desy (de Montréal), décédé à Paris.

— Le docteur Marcel Sourdel, ancien interne des hôpitaux, à Paris.

— Le professeur V. Walzel, directeur de la clinique chirurgicale de Graz.

ACTUALITÉS

ADRÉNALINE ET PALUDISME

(Méthode d'Ascoli)

On sait de quelle importance est le rôle de la rate dans le paludisme ; la splénomégalie durable des paludéens invétérés, la modification de la formule leucocytaire en témoignent. Même chez les paludéens anciens, les agents infectants, quelle que soit leur forme évolutive, ont peu de tendance à envahir l'ensemble des viscères ; c'est avant tout le tissu hématique qui est leur siège de prédilection, dénomination prise dans son acception la plus large en y comprenant avec le sang circulant les organes hématopoiétiques, rate avant tout. Dans les formes chroniques, c'est là que séjourne le parasite et qu'il faut chercher à l'atteindre.

Les travaux de ces dernières années ont, d'autre part, montré avec quelle vigueur la rate se contracte par certaines excitations.

On connaissait déjà les effets de l'altitude, génératrice de polyglobulie par splénocontraction, sans doute due au défaut d'oxygène ; les travaux de Benhamou, Jude et Marchioni ont aussi mis en lumière le rôle de l'effort ; ceux de Benhamou, Marchioni et Nouchy celui de l'émotion.

Mais c'est l'adrénaline qui, sur une rate contractile, exerce l'action la plus constante, la plus persistante et la plus rapide.

Les modifications sanguines (polyglobulie, augmentation des plaquettes et des hématies granulofilamenteuses) en témoignent ; de même les modifications humorales signalées par Benhamou, Gille et Nouchy : augmentation de l'amino-acidémie et de la cholestérinémie, tous effets qui font défaut après une splénectomie. Et encore n'est-ce là sans doute qu'une partie des effets humoraux dus à la contraction splénique.

***

C'est avant 1928 qu'ont sans doute été faits les premiers essais de l'adrénaline dans le paludisme. Il ne s'agit, à la vérité, que du traitement de certaines complications du paludisme grave : état nauséeux, vomissements persistants. A cette époque, Aguilar (du Guatemala), répétant ce qu'avait, avant lui, fait Mac Phail, obtient d'heureux résultats. Mais il ne s'agit aucunement d'un traitement de la maladie causale.

C'est vers 1931 que, chacun de leur côté, Izar d'une part, Ascoli d'autre part, utilisent pour le traitement général du paludisme la splénocontraction provoquée par l'adrénaline. Cette simultanéité n'est pas sans amener quelques discussions de priorité. Il n'en demeure pas moins, comme le fait remarquer Diliberto, que de notables différences séparent ces deux méthodes. Izar emploie l'adrénaline à une dose notablement plus élevée et lui associe toujours des parasiticides (quinine, arsenic ou leurs dérivés) dans le but exclusif de chasser dans le sang et d'y exposer aux substances destructives les parasites hébergés par la rate.

Ascoli, au contraire, fait de l'adrénaline, administrée cependant à beaucoup plus faible dose et en dilution très étendue, l'agent principal et le plus souvent unique du traitement. Les autres effets humoraux de la présence d'adrénaline dans l'organisme et dans la circulation splénique ou générale ne seraient pas non plus, pour cet auteur, des effets négligeables.

Il semble donc bien qu'il y ait là deux méthodes différentes et que la dénomination de Méthode d'Ascoli qu'emploie couramment l'Ecole italienne soit justifiée.

L'emploi de l'adrénaline seule ne permet guère de dénier à cette substance en elle-même une valeur propre vis-à-vis du paludisme dans diverses formes.

***

Technique de la méthode. — Telle que le professeur Ascoli l'a, de nouveau, formulée en 1936, elle comporte l'administration de l'adrénaline par *voie uniquement veineuse.* La voie digestive est sans effet ; la voie intramusculaire expose pour les doses efficaces à des accidents locaux sérieux et ne donne pas tant sur la splénomégalie que sur l'état général des effets modestes.

Tandis qu'Izar préconise des doses d'adrénaline de l'ordre du 1/20 et du 1/10 de milligramme, le 1/10 de milligramme au centimètre cube est pour Ascoli une limite supérieure qu'on atteint très progressivement et ne dépasse pas. *La solution employée à la première injection est de 1 p. 100.000 ; les injections suivantes se font aux taux graduellement croissants de* 1/90.000, 1/80.000 et ainsi de suite, pour si possible atteindre le taux de 1/10.000 à la dixième injection. On continue alors à ce taux de 1/10.000 une vingtaine d'injections, et cesse alors le traitement.

Les solutions doivent être préparées à partir d'une adrénaline absolument pure et de façon extemporanée. C'est là une difficulté pratique et pour y remédier Ascoli a fait préparer d'avance des solutions titrées pour chaque injection d'un produit soigneusement déprotéiné et stabilisé, qui lui ont donné satisfaction.

Les injections sont faites *quotidiennement à la dose de un centimètre cube*, le malade étant à jeun et maintenu dans le décubitus horizontal.

Comme nous le verrons, il peut se produire aux premières injections une légère réaction fonctionnelle passagère ; elle doit s'atténuer en cours de traitement malgré l'ascension du taux, la tolérance augmentant.

Si cependant de l'intolérance se manifeste ou si la tolérance est trop lente à s'établir, on répétera jusqu'à établissement d'une tolérance parfaite les injections sans augmenter la concentration ou même en redescendant d'un degré. Pour Ascoli, il importe beaucoup moins d'atteindre certaines concentrations ou certaines doses que d'obtenir quotidiennement une réponse splénique satisfaisante. Les concentrations bien supportées y suffisent habituellement.

La durée du traitement est donc d'un mois environ. Sa reprise est subordonnée à l'état clinique et à l'examen hématologique. Il est naturellement indiqué de maintenir le malade un certain temps en surveillance pour être assuré de la solidité des effets obtenus.

Associations. — A l'accoutumée, et lorsqu'il s'agit d'un paludisme sans gravité particulière, l'adrénaline est le seul médicament employé.

Il n'y a cependant aucun inconvénient à l'associer à d'autres substances. Izar, de façon habituelle, donne en même temps de la quinine, de l'arsenic ou leurs dérivés, avec de bons résultats.

Cicchitto, dans la tierce maligne, donne concurremment les trois premiers jours 60 centigrammes de quinine par jour ; dans la malaria aiguë, il commence par une série de quinine ou d'atébrine et ne donne d'adrénaline qu'ensuite. Canova, chez des paludéens chroniques, donne concurremment du citrate de soude par voie intraveineuse, selon la technique de Normet. Enfin, Timpano, dans le kala-azar, a pu associer avec succès l'adrénaline selon la technique d'Ascoli aux antimoniaux.

***

Indications. — L'indication thérapeutique principale de la méthode d'Ascoli est le *paludisme chronique avec splénomégalie* (Ascoli, Gosio, Riolo, Cicchitto). Il faut y joindre les *formes quinino-résistantes*, en particulier celles si fréquentes qui sont dues à un traitement quinique mal di-

rigé. *Les récidives et réinfections* constituent pour Jerace une indication importante, surtout lorsqu'elles s'accompagnent de fièvre.

Paludisme pernicieux, fièvre tierce maligne bénéficient également de ce traitement, mais il est bon en général d'y associer la quinine.

Fortuna a traité aussi par l'adrénaline le paludisme de première atteinte avec fièvre, en donnant en même temps de petites doses de quinine et en prolongeant l'adrénaline quelques jours après la descente thermique. D'autres auteurs préfèrent dans ce cas faire d'abord un traitement d'attaque par la quinine seule, qu'ils font suivre d'une cure d'adrénaline selon Ascoli (Jerace).

Cicchitto, enfin, a eu de bons résultats dans les *accidents viscéraux du paludisme* plus fréquents dans certaines régions et chez certaines races. L'adrénaline enfin a donné de bons résultats dans les réactivations du paludisme quelle que soit l'occasion de la reviviscence.

D'une manière générale, l'adrénaline permet de diminuer les doses de quinine qu'on lui associe et de prévenir l'apparition de la quinino-résistance.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire, les essais, encore en cours, de la méthode en dehors du paludisme, soit adrénaline seule (diathèses hémorragiques, splénomégalies hémolytiques), soit adrénaline associée à la chimiothérapie dans des affections à protozoaires, kala-azar infantile notamment (Ascoli).

La méthode d'Ascoli a également un *intérêt diagnostique*, lorsqu'on l'associe à l'examen hématologique. Par la décharge parasitaire qu'elle occasionne, elle permet le diagnostic d'un *paludisme latent ou larvé* chez des sujets venant d'une région palustre.

Elle a enfin une *valeur pronostique*, puisque dans les mêmes conditions elle permet, longtemps après la guérison apparente, de vérifier la disparition durable des hématozoaires (Bouyoucos).

Les contre-indications sont peu nombreuses : *cardiopathies anciennes même compensées, lésions organiques du cœur même anciennes ; hypertension.* Sans doute aussi faut-il être particulièrement prudent chez les sujets âgés en général.

Par contre, le jeune âge n'est pas, bien au contraire, une contre-indication. Jerace a en effet insisté sur les bons effets obtenus chez l'enfant.

*
**

Effets de l'injection. — Aussitôt après l'injection survient de la pâleur, avec parfois quelques palpitations, un léger tremblement à petites secousses ; pour des concentrations un peu fortes, le malade peut éprouver une sensation pénible particulière au niveau de la tête, du rachis, du sternum, tous signes habituellement fugaces.

Plus rarement existe une céphalée plus intense et plus durable. On doit dans ce cas interrompre les injections pendant 48 heures et reprendre, au moins pendant quelque temps, à dose plus faible. La tolérance d'un même sujet peut du reste varier de façon inopinée, soudaine et temporaire.

Effets du traitement. — Ils varient avec les sujets ; tantôt au bout d'un certain temps ou seulement en fin de traitement.

Il est des *effets immédiats et temporaires :* la splénocontraction commence en général dix minutes après l'injection et, maximum en 30 minutes environ, elle varie avec chaque sujet mais est de 2 à 3 cm. en moyenne.

En même temps, le sang se modifie : augmentation du nombre des globules rouges, de 50 p. 100 en 15 minutes et durant 1 heure environ ; leucocytose concomitante portant surtout sur les mononucléaires et les lymphocytes et que Jerace attribue à la stimulation réticulo-endothéliale. Lorsque la quinine est donnée en même temps, il y a augmentation de la bilirubinémie, probablement par hémolyse quinique.

Variation concomitante de l'indice parasitaire ; il s'abaisse parfois dans les instants qui suivent l'injection, mais se relève jusque vers la 45e minute pour s'abaisser à nouveau. Les parasites présentent souvent des altérations cytologiques : noyau moins colorable, vacuolisation du protoplasme.

La décharge parasitaire s'accompagne quelquefois de poussées fébriles transitoires d'une demi-heure à une heure par réactivation, symptôme qui manque chez l'enfant.

On observe aussi des *effets durables, indices de l'action curatrice :* diminution progressive du volume de la rate persistant après le traitement. Elle varie avec les sujets, puisque dépendant de l'état anatomique de l'organe (Riolo) et ne sont pas toujours parallèles à l'amélioration de l'état général. En même temps s'atténuent les douleurs spléniques.

Le foie, plus lentement, il est vrai, diminue aussi de volume.

Les anomalies sanguines s'effacent et les parasites disparaissent.

Amélioration simultanée de l'état général : l'état de cachexie rétrocède, le poids augmente, le teint redevient normal, la vigueur physique, l'aptitude au travail reparaissent.

Les cas récents semblent en particulier rapidement guéris, mais l'ensemble des résultats, en particulier dans les formes pernicieuses ou cachectisantes, semble favorable. Les cas de tierce bénigne post-tropicale semblent rares. Les effets paraissent aussi bons dans le paludisme méditerranéen (Marais Pontins), que dans le paludisme tropical ou subtropical.

Cicchitto se loue en particulier des effets du traitement d'Ascoli dans les syndromes viscéraux, notamment syndromes hépatiques, digestifs, circulatoires et surrénaux.

Riolo a étudié les effets éloignés (1 et 2 ans), et a constaté que la réduction de la splénomégalie persiste, que les parasites demeurent absents et qu'aucune rechute ne s'est produite.

*
**

Le mode d'action du médicament est évident en cas de quiniothérapie associée, la splénocontraction adrénalinique exposant à l'attaque du tonique les parasites jusqu'alors abrités dans la rate.

Ce mode d'action est moins évident quand l'adrénaline est seule en action. Il y a sans doute expulsion des parasites, probablement aussi, comme le pense N. Fiessinger, diminution de la stase toxique intrasplénique.

Y a-t-il action parasiticide de l'adrénaline que le parasite rencontre dans le sang ? Cicchitto l'admet sans d'ailleurs vouloir encore l'affirmer.

Plus probablement, on peut admettre, avec Gosio, une stimulation de la fonction splénique et la production d'une immunité croissante. Sans doute aussi, le médicament a-t-il une action sur l'état glandulaire et vasculaire. Il faut tenir compte aussi de l'effet de l'adrénaline sur l'hyposurrénalisme paludéen ; l'état général ne peut en être influencé que favorablement.

Quoi qu'il en soit, il semble que la méthode d'Ascoli, sans viser à remplacer les traitements classiques, quiniothérapie notamment, puisse les compléter et mérite, vis-à-vis de certaines des manifestations de la malaria, de retenir l'attention des thérapeutes.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1937)

Rapport. — M. MARCHOUX dépose les conclusions de son rapport sur les résumés.

L'Académie, à l'unanimité, émet le vœu : 1° que chaque auteur fasse suivre ses publications d'un court résumé ; 2° que les éditeurs exigent ce résumé et le mettent typographiquement en vedette.

Voyage médical à Madagascar. — M. ACHARD rend compte du voyage qu'il vient de faire à Madagascar.

Comme dans la plupart de nos colonies, on a créé des formations fixes (hôpitaux, dispensaires, maternités) et des formations mobiles (consultations, équipes de traitement), qui vont assister l'indigène dans ses villages et jusque dans la brousse. Il y a en tout 5.700 lits pour les indigènes. Le nombre des accouchements faits par les sages-femmes malgaches s'est élevé à 51.000 en un an. Les avions sanitaires ont accompli l'an dernier 51 missions.

Il est regrettable que les Comores soient très mal desservies par les paquebots réguliers. Il en résulte un isolement fâcheux, à la fois administratif et sanitaire.

Les médecins malgaches, formés à l'Ecole de Tananarive, sont généralement instruits et dévoués. Il importe de garder le contact avec eux, et pour cela on propose de les astreindre à un stage hospitalier quand ils passent l'examen pour l'avancement de classe. En outre, la création d'un journal de médecine pratique à leur usage a été décidée.

M. Achard donne des détails sur les établissements scientifiques et hygiéniques de Tananarive et sur leur fonctionnement. Puis il passe en revue les résultats de la lutte contre plusieurs maladies.

Contre le paludisme, on distribue de la quinine et l'on étudie la culture de diverses espèces de quinquinas.

La variole n'est pas signalée pendant le dernier exercice. On vaccine les recrues à l'occasion de l'examen médical.

Plusieurs léproseries fonctionnent dans de bonnes conditions.

Mais c'est surtout la lutte contre la peste qui a donné des résultats remarquables, avec le vaccin de Girard et Robic. Environ 900.000 sujets ont été vaccinés, soit 50 % de la région pesteuse. Les statistiques font ressortir une diminution considérable de la maladie.

L'œuvre sanitaire accomplie à Madagascar n'est pas inférieure à celle de nos autres colonies. Les médecins malgaches, élevés dans une civilisation plus développée qu'en Afrique noire, sont aptes à des fonctions plus délicates que ceux de cette dernière région. Ils méritent notre confiance.

L'exposé de M. Achard a été vivement applaudi.

Remarques concernant le diagnostic et le traitement de trente-trois sténoses pyloriques du nourrisson. — M. Georges MOURIQUAND et Mlle Louise WEILL ont observé trente-trois cas de sténose pylorique du nourrisson certaine depuis neuf ans.

Ils font des remarques concernant la symptomatologie et le diagnostic : apparition de l'infection chez de très beaux enfants, mode de début, étude de la valeur des divers symptômes, en particulier de la constatation de la tumeur, les ondes péristaltiques, l'examen radiologique. Puis ils insistent surtout sur les résultats thérapeutiques : le traitement chirurgical s'impose de façon précoce pour éviter une atteinte préjudiciable de l'état général et de la nutrition. Dans ces conditions, la valeur de la pylorotomie extra-muqueuse est indispensable et donne les résultats les plus favorables, pratiquée par divers chirurgiens.

M. P. FREDET trouve, dans la communication de MM. Mouriquand et Weill, une confirmation de la plupart des faits qu'il a publiés personnellement.

Il insiste, toutefois, sur l'importance de la notion *d'intervalle libre*, entre la naissance et l'apparition des signes patents de la maladie. Sans doute, il y a des cas, assez rares d'ailleurs, où les vomissements ont débuté avec la vie ; mais ils ne suffisent pas pour affaiblir la notion d'intervalle libre, qui garde toute sa valeur, en vue du diagnostic.

Il reconnaît le puissant intérêt scientifique des *examens radiologiques*, pourvu qu'ils soient faits dans des conditions spéciales, et exécutés par des radiologues bien habitués à ce genre d'explorations chez les nourrissons. Mais, en pratique, si la radiographie est parfois utile pour convaincre l'entourage des petits malades, elle n'est pas absolument indispensable pour le diagnostic, et elle a des inconvénients. Elle exige des examens répétés, pendant plusieurs heures, ce qui risque de fatiguer des enfants qui sont souvent dans un état précaire. Elle laisse, dans l'estomac, une boue barytée ou bismuthée, dont il est très difficile de le débarrasser.

Le succès de l'opération est subordonné à *l'évacuation préalable et complète* des matières, plus ou moins fermentées et toxiques, qui encombrent l'estomac, et à la *reprise de l'alimentation liquide, sans aucun délai*, après l'opération.

Exécutée correctement, la pylorotomie longitudinale extra-muqueuse, — c'est-à-dire la section complète du sphincter hypertrophié, — qu'il a préconisée, est non seulement *bénigne*, mais aussi *très efficace*, dans tous les cas. Elle donne des *résultats éloignés* excellents, comme le prouve l'évolution en poids et en taille de ses premiers opérés, qu'il a pu observer jusqu'à l'âge adulte, et de plus récents, suivis jusqu'à l'adolescence.

M. LEREBOULLET pense, comme M. Fredet, que le traitement chirurgical est le seul traitement, une fois le diagnostic fait. Le diagnostic radiologique n'est pas indispensable, lorsque l'examen clinique a été complet.

Etude expérimentale sur le typhus exanthématique murin ; sa transmission avec fièvre et exanthème chez le porc. — M. H. VIOLLE. Présentation faite par M. MARCHOUX.

Election. — Sont élus membres de la commission permanente d'hygiène et de pathologie exotiques : MM. Vincent, Brumpt, Marchoux, Lapicque, Perrot, Mesnil, Rist, Lasnet, Tanon, Mathis et Bridré (d'Alger).

Commissions permanentes 1938. — *Hygiène et maladies contagieuses.* — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Marchoux, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre Ramon, Debré, Tanon.

Eaux minérales. — MM. Pouchet, Siredey, Desgrez, Carnot, Radais, Le Noir, Rathery, Loeper, Villaret.

Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon.

Hygiène de l'enfance. — MM. Marfan, Nobécourt, Renault, Marchoux, Couvelaire, Lesage, Lesné.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Radais, Ramon, Weinberg.

Tuberculose. — MM. Marfan, Bezançon, Sergent, Darier, Renault, Mauclaire, Brouardel, Rist, Guérin.

Institut supérieur de Vaccine. — Le Conseil et la Commission de la Vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Pouchet, Darier, Tiffeneau.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Pouchet, Martin, Carnot, Radais, Portier, Ramon, Mayer.

Comité de publication. — MM. Bezançon, Sieur, Achard, Renault, Brouardel, Tiffeneau, Coutière, Carnot.

Commission du Dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Darier, Faure, Dumas, Laignel-Lavastine, Duhamel.

Commission des membres libres. — MM. les Membres de la section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Faure, Regaud, Lapicque, Duval, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

A propos de l'action sur le sang des dérivés de l'aniline. — M. E. Fourneau signale en son nom et au nom de M. et Mme Tréfouël, de MM. F. Nitti et D. Bovet, qu'à la suite de la communication de M. P. Gley, sur l'action sur le sang des dérivés de l'aniline, le 23 novembre dernier, communication que nous avons signalée sans commentaire, certains journaux mentionnant cette communication, ont fait allusion, dans leur compte-rendu, à plusieurs dizaines de cas de morts signalés aux Etats-Unis, à la suite de l'ingestion massive d'un élixir à base d'aminophénylsulfamide.

Or, non seulement M. Gley n'a pas écrit un mot sur ces accidents dans le texte publié par lui dans le Bulletin de l'Académie de médecine, mais les faits rapportés dans les journaux ont été mal interprétés. L'enquête faite par les soins de l'*American Medical Association* a abouti, en effet, à la conclusion que, dans ces accidents déplorables, le diéthylèneglycol utilisé comme solvant dans l'élixir de sulfanilamide-Massengil « constitue aux doses administrées la cause de la mort », et que le p-aminophénylsulfamide n'a aucune part dans la toxicité de cette préparation.

(*Séance du* 21 *décembre* 1937.)

Sur la microflore envahissante des laits de consommation. Son origine. Sa signification dans les contrôles hygiéniques. — MM. G. Guittonneau, G. Mocquot et A. Eyrard (note présentée par M. Lesné). Les auteurs ont précisé les enseignements hygiéniques qu'on peut tirer de l'examen de la microflore banale des laits, avant ou après la pasteurisation.

La contamination initiale, pratiquement inévitable, des laits crus et les germes thermorésistants qui subsistent obligatoirement dans les laits pasteurisés, ne jouent normalement dans l'invasion microbienne des laits qu'un rôle très effacé et souvent insignifiant. Pratiquement, ce sont toujours des contaminations secondaires fortuites, mais facilement évitables, qui servent de point de départ aux proliférations microbiennes envahissantes, aussi bien dans les laits crus que dans les laits pasteurisés. Or, ces contaminations secondaires doivent, en principe, être tenues pour indésirables, soit parce qu'elles tendent à dénaturer le lait (ferments lactiques vrais à acidification rapide), soit parce que leurs affinités bactériologiques les rendent suspectes (bactéries de la flore intestinale). On peut donc dire que la faible teneur d'un lait en germes banaux prouve que ce lait a été traité avec soin. C'est là une garantie de sa qualité hygiénique qui doit toujours compléter l'assurance primordiale qu'il ne renferme aucun germe pathogène.

(*Séance du* 21 *décembre* 1937.)

Pour déceler l'oxyde de carbone. — M. Demesse présente deux appareils permettant de déceler la présence d'oxyde de carbone, d'acide carbonique, ou de certaines vapeurs toxiques. Etudiés spécialement en vue de l'équipement d'ouvrages fortifiés ou d'abris contre les bombardements, ils permettent aussi de déceler les émanations dangereuses provenant notamment d'appareils de chauffage.

Dans l'un, s'écoule un liquide qui devient vert ou même jaune, s'il y a présence de gaz nocifs et redevient bleu si ceux-ci ont disparu.

L'autre, complètement automatique, basé sur le même principe, comporte une cellule photoélectrique, qui fait retentir une sonnerie d'alarme en cas de danger.

(*Séance du* 21 *décembre* 1937.)

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(Séance du 10 novembre 1937)

M. Huet rapporte un travail de M. Bierent (Valenciennes) sur un **syndrome péritonéal aigu par injection vaginale d'eau pure sous pression.** — A la suite d'une injection d'eau pure, une femme (qui avait un retard de règles) présente un syndrome péritonéal aigu qui fait pratiquer d'urgence une laparotomie ; dès l'ouverture du péritoine, issue de liquide séro-purulent ; piqueté hémorragique sur le péritoine pelvien avec œdème sous-séreux. Hystérectomie. Drainage. Guérison. Huet souligne le caractère spécial de cette péritonique aseptique, véritable « péritonite chimique » par eau pure.

M. Huet, sur un travail de M. Bierent : **Hémorragies intestinales par diverticule de Meckel. Opération deux ans après.** — Il s'agissait d'une jeune garçon de 11 ans qui avait présenté deux ans auparavant des hémorragies intestinales ; l'intervention pratiquée en raison des douleurs présentées par le malade permet de réséquer un diverticule de Meckel dont la muqueuse avait, par place, l'aspect de la muqueuse gastrique, ailleurs celui de la muqueuse intestinale.

M. D. Petit-Dutaillis rapporte **deux observations de névralgie occipitale** adressées par MM. Wertheimer et Soustelle (Lyon). — Chez le premier malade, la névralgie datait de dix ans ; l'alcoolisation s'étant révélée insuffisante, résection de la 2e et 3e racine cervicale. — Dans la deuxième observation, l'alcoolisation semble avoir amené une amélioration notable.

M. de Martel insiste sur la difficulté du diagnostic des névralgies occipitales, et M. Welti fait remarquer qu'il faut faire ce diagnostic avec prudence, car parfois une névralgie occipitale marque le début d'une affection neurologique (syringomyélite par exemple).

M. Petit-Dutaillis rapporte une observation de M. Etienne Curtillet : **un cas d'œdème cérébro-bulbaire (commotion hypertrophique) traité et guéri par trépanation sous-occipitale d'Ody.** — Pour le rapporteur, l'indication majeure de la trépanation d'Ody réside dans l'apparition (après un intervalle libre) de signes de souffrance aiguë du bulbe (à condition de tenir compte des renseignements fournis par la ponction des ventricules).

M. de Martel se demande s'il ne s'est pas agi, dans le cas de Curtillet, d'un œdème cérébral généralisé ; il estime que même dans ce cas la petite trépanation postérieure à la manière d'Ody suffit pour expliquer la guérison du malade.

MM. Sorrel et Guichard. **Résultats éloignés des résections diaphysaires dans les ostéomyélites aiguës** (Travail basé sur 38 observations). — Les auteurs, satisfaits des résultats obtenus, ont tendance actuellement à étendre les indications de la résection diaphysaire.

Dans tous les cas traités par les auteurs, la reconstitution s'est effectuée dans de bonnes conditions (sauf dans 3 cas où il a fallu faire des greffes ostéo-périostées pour parachever la consolidation). Cette reconstitution est parfois d'une rapidité surprenante (six semaines, deux mois dans certains cas) ; elle est d'excellente qualité en forme, en solidité ; aucune séquelle d'ostéomyélite chronique prolongée n'a été observée.

Sorrel en pose ainsi les indications :

— La résection est indiquée dans les cas graves avec gros

abcès périosté collecté, et dans les cas où une incision ou trépanation de l'os n'ont pas amené une sédation suffisante.

— Dans les formes de gravité moyenne, l'auteur se base avant tout sur les lésions rencontrées au cours de l'intervention, c'est-à-dire en cas d'abcès sous-périosté étendu avec décollement important.

La résection doit dépasser les limites du décollement périosté et il vaut mieux faire trop que pas assez.

— Pansement à plat en laissant les parties molles très largement ouvertes ; immobilisation plâtrée pendant plusieurs semaines ; le premier pansement devant être retardé au maximum ; il sera fait sous anesthésie générale et l'on aura soin de continuer l'immobilisation plâtrée jusqu'à reconstitution suffisante de l'os.

M. RICHARD. **Greffe pour pseudarthrose à la suite de résection diaphysaire dans l'ostéomyélite.** — L'auteur apporte 3 observations dans lesquelles la trépanation avait entraîné une pseudarthrose ; les greffes qui ont été faites ont amené rapidement et dans de bonnes conditions la reconstitution de l'os.

M. LEVEUF présente un enfant ayant fait une ostéomyélite sévère avec atteintes osseuses multiples, qui a été traité par immobilisation plâtrée et traitement médical (transfusion, anatoxine, propidon). L'auteur insiste sur le caractère agressif de l'intervention dans les formes septicémiques à foyers multiples.

M. WELTI présente deux malades atteintes de maladie de Basedow, traitées par thyroïdectomie subtotale.

M. MATHIEU présente une malade à laquelle il a fait une arthroplastie du genou pour ankylose du genou. Résultat remarquable.

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1937)

M. SOUPAULT présente un travail de M. BILBAO (de La Paz) sur l'emploi de l'**évipan sodique** en chirurgie de guerre ; cette étude est basée sur 4.000 observations faites dans l'armée bolivienne ; on n'aurait observé aucun incident au cours de l'anesthésie et l'auteur souligne la commodité, la facilité d'administration de cet agent anesthésique.

M. POULIQUEN (Brest) fait une communication sur l'**anesthésie à l'évipan.** — L'expérience de l'auteur repose sur 2.300 anesthésies ; deux accidents mortels : l'un chez un vieillard de 72 ans opéré pour occlusion, le second chez une femme de 35 ans, éthylique, chez laquelle furent injectés (par erreur) 10 centimètres cubes en une seule fois ; quelques incidents sans gravité (agitation, etc...).

L'auteur insiste sur le fait que, bien administré, l'évipan n'est pas plus dangereux que les autres anesthésiques ; il n'hésite pas à s'en servir même pour des interventions importantes (gastrectomie par exemple) et pour faciliter le transport des grands blessés qui souffrent beaucoup et dont le transport est indispensable.

M. Robert MONOD insiste sur l'intérêt de l'évipan en chirurgie de guerre ; il constitue en effet un matériel d'anesthésie ininflammable, facile à stocker et à transporter ; d'autre part, il est indéniable que l'administration doit en être faite par un anesthésiste qualifié, car il faut régler la vitesse d'injection sur les réactions du sujet. M. Monod rapporte la statistique de Jeutzer établissant que la mortalité de l'anesthésie à l'éther est identique à celle de l'anesthésie par évipan ; il semble que le taux de mortalité puisse être fixé à 1 pour 70.000 anesthésies (30 cas de mort sur 3 millions d'anesthésies à l'évipan).

M. MOURE se montre très satisfait de l'anesthésie à l'évipan, qu'il a utilisé dans 2.300 cas environ. Les interventions portant sur la face et la cavité buccale constituent une contre-indication formelle à ce mode d'anesthésie.

M. CHEVRIER pense que le transport des malades sous anesthésie générale n'est pas sans inconvénient ; tout malade endormi ne possède plus, en effet, la possibilité de régulariser sa température ; on peut donc craindre l'éventualité de refroidissement, entraînant des complications pulmonaires.

M. HEITZ-BOYER a observé qu'au cours des anesthésies à l'évipan, la section du parenchyme rénal serait particulièrement hémorragique.

M. CHEVASSU a eu un cas de mort au cours d'une néphrectomie facile.

M. WELTI. **Traitement chirurgical de la maladie de Basedow chez l'enfant (A propos de 17 observations).** — L'auteur souligne le très grand nombre de maladies de Basedow qui guérissent par le seul traitement médical ; il n'a donc opéré que les cas graves.

La maladie de Basedow entraîne chez l'enfant des troubles morphologiques : taille très développée, avance de l'ossification, soudure prématurée des cartilages de conjugaison. Au point de vue opératoire, l'auteur souligne que la tactique chirurgicale est identique à celle de l'adulte (interventions sériées si nécessaire, hémostase très minutieuse). Il fait faire une thyroïdectomie subtotale large, en laissant peu de tissu thyroïdien ; aucun trouble d'insuffisance thyroïdienne n'a été observé après les interventions.

M. BÉCLÈRE insiste sur l'intérêt de la roentgenthérapie chez l'enfant ; elle comporte de très bons résultats.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1937)

M. GINESTET présente la pièce opératoire d'un **adamantinome** de la région incisive du maxillaire inférieur.

MM. THIBAULT et VRASSE ont observé un cas d'**oligodontie** portant sur la totalité de la denture permanente, à l'exception de 4 grosses molaires ayant la morphologie de dents de 12 ans. Cette anodontie paraît rentrer dans le cadre des polydysplasies ectodermiques. Pas de syphilis en cause.

MM. THIBAULT, LACAISSE et DUBA présentent un patient porteur d'un **kyste du maxillaire inférieur** du côté droit, au niveau de la région prémolaire, et d'un calcul cliniquement silencieux de la glande sous-maxillaire côté gauche. Sur les radiographies obtenues par le procédé du défilement, la projection du calcul sur l'image kystique pouvait simuler une dent incluse.

M. VIGNAT parle de la **cryothérapie en stomatologie.** Il envisage le traitement des lésions muqueuses. Cette méthode pratique depuis la mise au point du cryocautère est sans danger, indolore et ne laisse pas de cicatrice. Elle donne d'heureux résultats dans les angiomes, la leucoplasie, le lichen buccal et surtout le lupus érythémateux et agit dans tous les cas où il faut faire disparaître une formation pathologique de la muqueuse.

M. CROCQUEFER a pratiqué l'exérèse d'une glande sublinguale atteinte d'une **tumeur mixte,** qui avait à un moment de son évolution simulé en tous points une grenouillette. L'auteur pense que les formations néoplasiques obturant la lumière d'un conduit salivaire avaient amené la distension par rétention salivaire.

M. LE BOURHIS adresse une note très détaillée et des tableaux de statistiques sur l'évolution de la **carie dentaire chez les lépreux.**

CHRONIQUE

LA REMISE DE LA MÉDAILLE DU PROFESSEUR LÉON IMBERT, A MARSEILLE

La médaille commémorative que les élèves et amis du professeur Imbert, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Marseille, ont fait frapper en son honneur, lui a été remise solennellement le 19 décembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, au Pharo, en présence d'une très nombreuse assistance.

La cérémonie était présidée par M. Gau, recteur de l'Université d'Aix-Marseille. Les Facultés et les hôpitaux belges et français étaient représentés. On remarquait : MM. les professeurs Danis (de Bruxelles) ; Dieulafé (de Toulouse) ; Estor et Jeanbrau (de Montpellier) ; M. Jacques de Fourmestraux (de Chartres), délégué de l'Association française de chirurgie ; le médecin général Botreau-Roussel, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; M. le professeur Cornil, doyen de la Faculté de médecine, et les doyens des autres Facultés ; M. le maire de Marseille, les représentants des autorités civiles, judiciaires et militaires ; M. Vidal-Naquet, président de la Commission des hospices ; une foule d'amis et d'élèves.

De nombreux discours furent prononcés, notamment par MM. Danis, Jeanbrau, de Fourmestraux, Cornil, Fiolle. Les orateurs ont évoqué les divers aspects de la belle carrière chirurgicale d'Imbert, depuis le moment où, avec Albarran, il inventa cet « onglet » qui a transformé l'urologie, jusqu'au jour où, après avoir été le premier doyen de la Faculté de médecine de Marseille, il arrive à la présidence du congrès français de chirurgie.

Il nous est malheureusement impossible de résumer ici ces discours, témoignages de gratitude pour le Maître et de profonde admiration pour sa belle vie de savant.

Citons seulement quelques lignes de la très belle allocution du professeur Jean Fiolle, président du comité d'organisation.

Après avoir rappelé les grands traits de la vie scientifique et professorale de M. Léon Imbert, M. Jean FIOLLE ajoute :

« ... Le maître qui a conçu et réalisé avec Albarran le cathétérisme de l'uretère, qui a donné à sa ville d'adoption une faculté florissante, et qui prolonge son action en une vivace école chirurgicale, aurait, sans chercher plus loin, le droit de se réjouir en paix de son action parmi les hommes. Que dirai-je donc de vous, Monsieur, qui possédez tant d'autres titres de notoriété et qui n'avez pas, au surplus, prononcé votre dernier mot ?

Car vous entrez aujourd'hui non pas dans la retraite mais dans l'ère si aisément féconde du recueillement, de la méditation. Il vous appartient maintenant de recomposer les éléments d'une vie dédiée à l'action, d'en tirer les enseignements suprêmes, de faire la synthèse d'une vaste expérience. Vos élèves attendent beaucoup encore de vos studieux loisirs, et trouvent dans cet espoir une atténuation à leurs regrets : permettez-leur de croire que la cérémonie actuelle marque moins une conclusion qu'un point de départ nouveau, qu'une phase décisive de votre mission.

. . . .

La recherche scientifique pouvait suffire à emplir, à combler votre existence ; elle ne vous a pas absorbé toutefois, au point d'annihiler en vous l'homme d'action, le réalisateur.

Dès longtemps, vous vous étiez fixé pour but, la transformation et l'agrandissement de notre Ecole Marseillaise : vous aviez pour nous, pour votre ville d'adoption, une ambition très haute ; vous vous étiez juré de donner rang officiel à un centre scientifique qui, par ses richesses naturelles et l'efficacité de son effort, méritait de ne pas rester en tutelle. Vous avez réussi. La Faculté de médecine de Marseille existe enfin.

Il ne serait pas juste de méconnaître en cet endroit, les services rendus par vos prédécesseurs ; ils avaient préparé les voies. Souvent ils s'étaient trouvés eux-mêmes, près d'aboutir. Et parmi ces ouvriers de la première heure, il en est deux, dont notre gratitude unit en ce moment les noms au vôtre : M. le directeur Alezais et le professeur Audibert.

Mais enfin, c'est vous, Monsieur, que le sort a choisi. C'est vous qui avez emporté les dernières résistances ; c'est à vous que revient, ici encore, le titre de créateur. »

Dans sa réponse, M. le professeur IMBERT remercia avec émotion les organisateurs de cette belle manifestation. puis, dans des termes élevés, il aborda la question de l'enseignement clinique.

« ... Je voudrais, dit-il, avant d'aller plus loin, rendre justice en quelques mots à l'organisation traditionnelle de l'enseignement clinique en France, à ce contact intime et voulu entre le professeur, l'étudiant et le malade. Si à ce sujet s'élèvent parmi nous tant de discussions, on pourrait dire tant de querelles, il ne faut y voir que la manifestation permanente de notre désir ardent de mieux faire, de nous perfectionner sans cesse. C'est par cette inquiétude constante et toujours en éveil que s'est forgée, au cours des siècles, la clinique de langue française, dont on peut dire qu'elle a fait l'éducation clinique de tous les peuples... »

Plus loin, l'orateur insiste sur le respect dû aux malades.

« Cette façon d'être, habituelle chez nous et comme inconsciente, je crois qu'elle a une origine profonde dans notre culture même. Nous estimons que nos frères souffrants ont droit à notre respect autant qu'à nos soins ; eux-mêmes savent bien qu'ils ne sont point pour nous un matériel, — un matériel humain, — pour employer un mot qui répugne à notre nature et qui n'a jamais pu s'acclimater en France, en dépit de nombreuses tentatives. Cette chaude sympathie, cette portion de notre cœur que nous donnons à chacun de nos malades, c'est cela aussi qui caractérise la médecine de langue française. Cela ne nous fait pas oublier que nous sommes sans cesse obligés d'expérimenter, que toute opération, même la plus simple, comporte une part d'incertitude. Mais dans notre décision d'opérer, nous faisons sa place à notre sensibilité intime... »

Enfin, Léon Imbert parle des infirmières :

« ... Nul ne peut savoir, s'il n'est pas médecin et même si, étant médecin, il n'a été externe ou interne, ce que sont pour nous nos infirmières : des collaboratrices sans doute, mais de quelle haute qualité. Pour cette besogne quotidienne sans cesse renaissante et toujours passionnante de guérir un malade, ou tout au moins de faire de notre mieux pour le guérir, l'aide de nos infirmières est sans prix : nous voyons les malades quelques instants, nous accomplissons aussi rapidement qu'il nous est possible les actes décisifs qui doivent leur rendre la santé et même la vie : mais tout le reste, cette préparation d'avant, ces soins d'après, si longs, si pénibles, parfois si ingrats, c'est là leur tâche journalière. »

C'est au milieu d'une magnifique ovation que fut remise au professeur Imbert, la belle médaille, œuvre du maître sculpteur Gondard.

Qu'il nous soit permis de nous associer, de loin, à cette manifestation envers un grand chirurgien qui est pour nous un vieil ami très fidèle et très cher.

F. L. S.

PRATIQUE MÉDICALE

AÉROPHAGIE ET OPOTHÉRAPIE

L'aérophage n'est réellement pas celui qui avale de l'air, comme l'étymologie du mot semblerait l'indiquer, mais bien celui qui, par un fonctionnement déficitaire du foie, est forcé de déglutir avec la plus grande fréquence de petites quantités d'air, et cela par suite d'un réflexe œsophago-salivaire. Cependant, la présence d'une certaine quantité d'air dans la poche gastrique n'est un fait pathologique que lorsque cette quantité devient excessive. En réalité, la sialorrhée et la déglutition d'air qui l'accompagne n'est d'abord qu'un résultat et non la cause de l'aérogastrie, dénommée à tort aérophagie. La quantité d'air excessive qui vient à s'accumuler dans l'estomac forme alors une poche volumineuse qui peut aller jusqu'à gêner les mouvements du cœur, d'où arythmie cardiaque, dyspnée d'effort, palpitations, angoisses nocturnes. Dans d'autres cas, le tableau pathologique prend un aspect différent : la paroi musculaire ventrale se relâche et on voit se créer le ballonnement abdominal, avec ou sans obésité réelle, grâce au concours de l'aérocolie qui accompagne presque toujours l'aérogastrie. Mais l'origine de cet apport d'air est aussi bien ailleurs, comme Raoul Blondel l'a démontré : il provient en grande partie d'une sorte d'exsudation des gaz du sang en provenance du réseau capillaire sous-muqueux, à la faveur du spasme vaso-dilatateur accompagnant le spasme de la tunique gastrique. Ces conceptions ont été vérifiées par l'expérience et ont conduit à une thérapeutique rationnelle et concluante de l'aérophagie, basée sur sa pathogénie.

Apaiser l'irritabilité gastrique par l'emploi prolongé de poudres neutralisantes est vain, de même l'emploi de sédatifs nerveux chimiques. Il faut remonter aux causes, c'est-à-dire aux spasmes, à l'insuffisance hépatique originelle, qui elle-même relève de certaines insuffisances endocriniennes. Ce but a été atteint par la composition même de l'aérocid, qui est le complexe opothérapique répondant exactement et complètement à ces desiderata.

L'aérocid associe en effet la poudre de foie (insuffisance hépatique), la poudre de parathyroïde (contractions intestinales et fixation calcique), la poudre d'hypophyse qui renforce l'action de la précédente, et enfin la poudre de surrénale et de rate, dont l'action vasculaire est bien connue.

La dose normale de l'aérocid est de 2 cachets par jour, le premier pris au réveil, le second en se couchant, un troisième peut être absorbé en cas de crise, chaque cachet accompagné d'un grand verre de liquide.

L'effet est généralement rapide et, dès le deuxième jour, le malade se sent soulagé.

Arythmie, angoisses, ballonnement abdominal disparaissent peu à peu et parallèlement, les digestions s'améliorent, la constipation s'atténue et les phénomènes nerveux cèdent à leur tour.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire des examens de laboratoire, par les docteurs Agasse-Lafont, A. Grimberg et S. Mutermilch. Un volume de 448 pages avec figures. Prix : 120 francs. Chez Vigot frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (6e). 1937.

Les Feuillets médicaux, numéros 9 de juin, 10 de juillet et 11 d'août 1937, à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (6e). Prix du numéro : 25 francs.

CALENDRIER DES CONGRÈS
ET DES MANIFESTATIONS MÉDICALES

(Cette liste provisoire sera revisée quand tous les renseignements nous seront parvenus.)

1938

9 janvier. — Paris. Assemblée française de médecine générale (Hôtel-Dieu), assises consacrées à la météoropathologie. Sec. gén. : docteur Henri Godlewski, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (17e).

Janvier. — Paris. Académie de chirurgie, 3e séance de l'année), séance annuelle. Eloge de Quénu, par M. Louis Bazy.

30 janvier. — Paris. 18e Salon des médecins. Sec. gén. : docteur P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (15e).

12 février. — Paris. Le bal de la médecine.

24 février. — Paris. Assemblée générale de l'Association de la Presse médicale française.

21 mars. — Le Caire. C. int. de la lèpre.

26-31 mars. — Oxford-Bath. Congrès international de rhumatisme et d'hydrologie. Secrétariat : 109, Kingsway, London W. C. 2.

Mars. — Tunis. C. Fédération Soc. Afrique du Nord. — Président : Burnet (Tunis). — Sec. gén. : prof. Sénevet (Alger), docteur Lamarche (Tunis).

Mars et décembre. — 1re et 2e sessions de la conférence de chimiothérapie de la blennorragie. — Secr. gén. : docteur Sicard de Plauzolles, à Paris.

16-19 avril. — Bruxelles, XVIIe Journées médicales. Secr. gén. : docteur René Beckers, au « Bruxelles médical », 141, rue Belliard, Bruxelles.

19-23 avril. — Nice. VIIe C. fr. gynécologie. Prés. : prof. E. Chauvin (Marseille). Sec. gén. : docteur M. Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Pâques. — Nice. 1er Congrès int. de cosmobiologie. Sec. gén. : docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, Nice.

4-8 mai. — Amsterdam. Congrès int. d'obstétrique et de gynécologie. Sec. gén. : M. F. C. Van Tongeren, Wilhelminagasthuir, Amsterdam W.

16-19 mai. — Paris. LIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie. Sec. gén. : docteur René Onfray, 6, av. de la Motte-Picquet, Paris (7e).

27-30 juin. — Vienne. 1er Congrès de la Société autrichienne d'urologie. Sec. gén. : Wien IX, Frankgasse 8 (Billroth Haus).

Fin août. — Berlin. IIe Congrès int. des sanatoria et des maisons de santé privées. Sec. gén. : docteur Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, Bellevue (S.-et-O.).

19-22 septembre. — Vienne. Société Internationale de chirurgie. Prés. : M. Matas (de New-Orléans). Secr. gén. : L. Mayer, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

21-24 septembre. — Evian. IIe Congrès de l'insuffisance rénale. — Prés. : prof. Rathery ; vice-prés. : prof. Chevassu. Sec. gén. : docteur F.-P. Merklen et docteur Derot, adj. : docteur V. Ballet. Secrétariat : 138, avenue des Champs-Elysées, Paris (8e).

26-28 septembre. — Marseille. XXVe Congrès fr. de médecine. Sec. gén. : prof. H. Roger, 66, boul. N.-D., Marseille.

Fin septembre. — Lisbonne. Congrès de la Fédération de la Presse médicale latine. Prés. : prof. Reynaldo dos Santos. Sec. gén. : docteur Pierra, 52, avenue de Breteuil, Paris (7e).

Septembre. — Ottawa. XVe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. — Prés. : M. J.-H. Lapointe.

3 octobre. — Paris. XLVIIe Congrès fr. de chirurgie. — Prés. : prof. L. Imbert (Marseille). Vice-président : M. Al-

bert Mouchet (Paris). Secr. gén. : M. Mondor (Paris). Secrétariat : 12, rue de Seine, Paris (6e).

Automne. — Vienne ou Belgrade. VIIe conférence de l'association de pédiâtrie préventive.

3 octobre. — Paris. Congrès fr. d'urologie. — Prés. : docteur Lavenant. Secr. : M. Louis Michon, 34, boul. des Invalides, Paris.

7 octobre. — Paris. XVe Congrès fr. d'orthopédie. — Prés. : prof. Rocher (Bordeaux). Sec. gén. : MM. Richard (Berck) et Leveuf (Paris).

4-11 octobre. — Rome. Congrès international de l'Afrique, organisé par l'Académie d'Italie (ouvert aux médecins et hygiénistes.)

Octobre. — Paris. XXIVe Congrès d'hygiène. Sec. gén. : M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux, Paris.

13 décembre. — Paris. Académie de médecine. Séance annuelle.

Pour 1938, mais sans précisions

Milan. — IIIe Congrès int. de chirurgie structive. — Prés. : docteur Sanvenero-Rosselli, à Milan.

Washington. — 8e session de l'Office international de documentation de médecine et pharmacie militaires. Sec. gén. : Col. Voncken, Liége.

Suisse. — Journées orthopédiques.

1939

Amérique. — XIe Congrès int. de dermatologie et de syphiligraphie.

Berlin. — Congrès intern. de clinique orthopédique et de traumatologie. — Prés. : prof. Goelst (Berlin). Vice-président : M. Haglund (Suède).

Berlin. — IIe Conférence mondiale pour la lutte contre la tuberculose.

Lausanne. — XIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.

Lille. — IXe Congrès national de la tuberculose.

New-York. — IIIe Congrès int. de lutte scientifique et sociale contre le cancer.

New-York. — Ve Congrès int. de pédiâtrie.

Strasbourg. — XVIe Congrès int. d'hydrologie.

Toronto (Canada). — Ve Congrès int. des hôpitaux.

Washington. — Xe Congrès int. de médecine et pharmacie militaires.

1940

Juillet. — Bruxelles. Association stomatologique internationale. — Prés. : prof. Van Mosuenck (de Louvain).

Londres. — IIIe Congrès int. de gastro-entérologie. — Prés. : Sir A. Hurst (Londres). Sec. gén. : docteur Brohée (Bruxelles).

Fin juillet. — Paris. IIe Congrès int. de pyrétothérapie. — Prés. : prof. Abrami. Sec. gén. : Ch. Richet et André Halphen, 222 bis, rue Marcadet, Paris (18e).

1941

Leipzig. — IIe Congrès international de psychiâtrie infantile. Sec. gén. : docteur Léon Michaux, Paris.

PROCHAINS ANNIVERSAIRES

1938. — Centenaire de la mort de Broussais. — Centenaire d'Itard, otologiste français.

1939. — Centenaire de la naissance de Dieulafoy. — De la naissance de Cohnheim (de Leipzig).

1940. — Centenaire de la naissance de Kernig (de Saint-Pétersbourg), d'Erb (d'Heidelberg.)

1941. — Centenaire de la naissance de Farabeuf, de Hayem, de Le Dentu, de Kocher (de Bâle), d'Astley-Cooper (Angleterre), de Hansen (Norvège) (qui découvrit le bacille de la lèpre).

1942. — Centenaire de la mort de Dominique Larrey, chirurgien en chef de la grande armée.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

Assemblée française de médecine générale. — XXIXe session (décembre 1937-janvier 1938) : *La météoropathologie* (influence des facteurs météorologiques en pathologie).

XXXe session (février-mars 1938) : *Le diabète sucré* (sa thérapeutique actuelle, problème médical et social).

XXXIe session (avril-mai 1938) : *La lithiase rénale* (étiologie, prévention et thérapeutique médico-chirurgicale).

XXXIIe session (juin-juillet 1938) : *Les syndromes angineux* (diagnostic et traitement).

XXXIIIe session (octobre-novembre 1938) : *L'alimentation dans les maladies infectieuses aiguës.*

XXXIVe session (décembre 1938-janvier 1939) : *Le cancer de l'utérus* (répartition locale et régionale ; diagnostic précoce et traitement).

XXXVe session (février-mars 1939) : *Méningites cérébro-spinales* (étiologie, pronostic et traitement).

XXXVIe session (avril-mai 1939) : *Traitement des varices et de leurs complications.*

Fédération Sociétés Afrique du Nord. — Mars 1938, Tunis : *Trachome.*

Congrès français de gynécologie. — Nice, 19-23 avril 1938 : *Blennorragie génitale féminine.*

LIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie. — 16-19 mai 1938, Paris : *Les médications de choc en ophtalmologie.*

Société internationale de chirurgie. — Vienne, 19-22 septembre 1938 : 1° *Traitement chirurgical de l'hypertension ;* 2° *Greffes osseuses ;* 3° *Traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon.*

Congrès français de médecine. — 26-28 septembre, Marseille : 1° *Spirochéloses ictériques ;* 2° *Hypochlorémie ;* 3° *Thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.*

Congrès français de chirurgie. — Paris, 3 octobre 1938. — Questions pour 1938 : 1° *Les septicémies à staphylocoques d'ordre chirurgical (formes cliniques et traitement).* Rapporteurs : MM. Patel (Paris) et Moiroud (Marseille) ; 2° *Traitement des fractures récentes et fermées du rachis.* Rapporteurs : MM. Sicard (Paris) et Charbonnel (Bordeaux) ; 3° *Tumeurs conjonctives, primitives, malignes, des parties molles des membres (téguments exceptés).* Rapporteurs : MM. Moulonguet (Paris), Pollosson (Lyon).

Question pour 1939 : *Troubles des fonctions thyroïdiennes et leur traitement.* Rapporteurs : MM. Petit-Dutaillis (Paris) et Peycelon (Lyon).

Congrès français d'urologie. — Paris, 1938 : *Indications et résultats de la résection endoscopique de la prostate.* Rapporteurs : MM. Gaye et Cibert (Lyon).

1939. *Résultats de la néphrectomie pour cancer.* Rapporteur : M. de Berne-Lagarde (Paris).

Congrès français d'orthopédie. — Paris, 7 octobre 1938. 1° *Ostéoporoses et malacies limitées au rachis chez l'adulte.* Rapporteurs : MM. M. et P. Lance (Paris), L. Girard (Paris) ; 2° *Fractures simultanées des deux os de l'avant-bras.* Rapporteur : MM. Billet (Lille), Boppe (Paris).

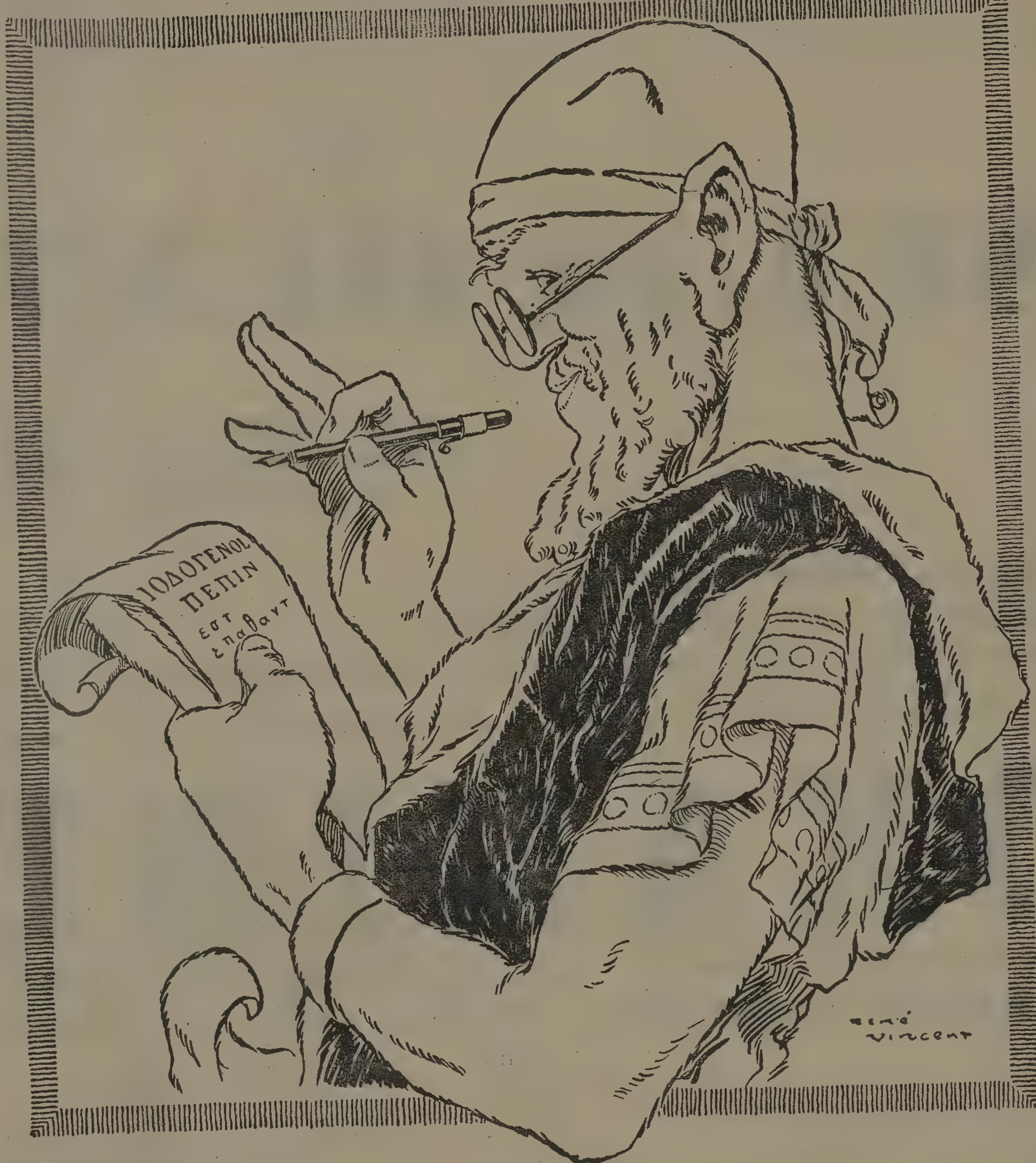
1939. *Traitement orthopédique et chirurgical des arthrites et périarthrites non tuberculeuses de l'épaule et du genou.* Rapporteurs : MM. Pouyanne et Guérin (Bordeaux).

Congrès international de clinique orthopédique et de traumatologie. — Berlin, 1939. 1° *Résultats du traitement sanglant et non sanglant des luxations congénitales ;* 2° *Traitement des fractures du col du fémur.*

Société internationale de gastro-entérologie. — Londres, 1940. 1° *Rapports des maladies des voies digestives et du sang ;* 2° *Les iléites.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René
Vincent

N° 2. — MERCREDI 5 JANVIER 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Neuvième anniversaire de la mort du prof. Fernand Widal. — A l'occasion du neuvième anniversaire de la mort du prof. Fernand Widal, ses élèves et ses amis se réuniront le vendredi 14 janvier 1938, à 11 heures, à l'hôpital Laënnec, dans la salle de cours de la clinique du prof. Bezançon. Le prof. A. Lemierre fera une leçon sur : Le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. — La leçon du prof. Bezançon n'aura pas lieu.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier* : M. le docteur Paul Barre, à Colombes (Seine).

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille de bronze* : docteur Yvon Latour, à Paris.

Guerre. *Section technique.* — Sont désignés comme membres externes pour 1938 : MM. Junquet, Fribourg-Blanc, Boletti, Bouissou, Delaye, Cier, Bergeret, Didiée, Franchi, Ferrabouc, Chavialle, Carillon et Willemin.

Ont été nommés :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Marland, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Rouvillois, placé dans la section de réserve ; M. le médecin général Marland est placé, par anticipation, sur sa demande, dans la section de réserve.

M. le médecin général inspecteur Vallat, hors cadres (ministère des Pensions), réintégré dans les cadres à compter du 27 décembre 1937, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Marland, et maintenu président de la Commission consultative médicale.

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Cristau, en remplacement de M. Stitelet, placé dans la section de réserve ; M. le médecin colonel de Vezeaux de Lavergne, en remplacement de M. le médecin général Marland, promu ; M. le médecin colonel Lannes-Dehore, en remplacement de M. le médecin général Vallat, promu.

Ministère de la Santé publique. — *Sanatoriums publics.* — Listes d'aptitude aux fonctions de médecin-directeur et de médecin-adjoint des sanatoriums publics pour le premier semestre 1938 :

1° *Médecin-directeur.* Les docteurs : Mlle Chemin, MM. Choffe, Crouzet, Mlle Fié, M. Hubert, Mlle Jamin, M. Jabienski, Mme Marquant-Kuntz, MM. Mayer, Thomson, Warnery, Zwiebel.

2° *Médecin-adjoint.* Les docteurs : MM. Fay, Gautheron, Jacquet, Kervran, Lamur, Langeard, Le Moniet, Liron, Machelidon, Montuses, Palliès, Mme Poivet-Sarthou, Mlle Raymond, MM. Temple, Vivant, Weil.

Le Centenaire d'Itard. — Cauterets se prépare à commémorer, en juin 1938, le centenaire d'Itard.

La spécialisation très nette en oto-rhino-laryngologie de cette grande station sulfurée pyrénéenne, les résultats qu'elle obtient depuis 1902 dans le traitement des surdités rhinogènes par ses insufflations tubo-tympaniques, la désignaient pour une manifestation qui aidera à perpétuer le souvenir de J.-E.-Marie-Gaspard Itard, l'illustre otologiste français.

Ce sera aussi l'occasion d'inaugurer, en présence de hautes personanlités de l'O.R.L., dans l'ancien Etablissement de César, le « Pavillon Itard », que la Société fermière remettra aux médecins de la station, et qui complétera les récentes et remarquables installations thérapeutiques de Cauterets.

Les étudiants français à l'étranger. — L'Université de Bâton-Rouge (Louisiane), a reçu pendant ces dernières an-

nées un certain nombre d'étudiants français, sans frais universitaires. Le doyen de cette Université vient d'envoyer à M. le doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, une lettre lui adressant une invitation pour les étudiants en médecine et lui disant tout le prix qu'il attache aux traditions françaises.

XIIe bal de la médecine française. — Donné au bénéfice des veuves et orphelins de médecins, le XIIe bal de la médecine française aura lieu avec un éclat tout particulier, dans les salons du Centre Marcelin Berthelot, le samedi 12 février 1937.

Comme chaque année, spectacle dans la salle de théâtre avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes.

Depuis 22 heures et sans interruption, bal.

Au cours de la soirée, nombreuses attractions, orchestres, ventes d'enveloppes-surprises, etc...

Pour la première fois depuis la création du bal, un dîner par petites tables aura lieu à 20 heures. Prière de s'inscrire d'avance.

A minuit, petits soupers à la carte.

Pour tous renseignements, s'adresser Société F. E. M., 60, boulevard de Latour-Maubourg. — Invalides 55-90.

Deuxième congrès de l'insuffisance rénale. — Le 2e congrès de l'insuffisance rénale se tiendra à Evian, du 21 au 24 septembre 1938. Ce congrès, organisé par la Société médicale d'Evian, aura pour président le professeur F. Rathery et pour vice-président, le professeur M. Chevassu. Il aura essentiellement pour objet l'insuffisance rénale dans ses rapports avec les diverses maladies d'organes.

Les rapports prévus, dont la liste détaillée sera prochainement publiée, seront faits par MM. les professeurs Ambard (Strasbourg) ; L. Binet (Paris) ; Castaigne (Clermont-Ferrand) ; Chauvin (Marseille) ; Chevassu, Chiray, R. Debré (avec les docteurs Julien Marie et M.-L. Jammet), N. Fiessinger (Paris) ; Paul Govaerts (Bruxelles) ; Lepoutre (Lille) ; Michaud (Lausanne) ; Mouriquand (Lyon) ; Piéry (avec le docteur Milhaud) (Lyon) ; L. Rimbaud (avec le professeur agrégé P. Rimbaud) (Montpellier) ; M. Roch (avec les docteurs E. Martin et R. Junet) (Genève) ; Henri Roger (Marseille), et Y. Poursines (Beyrouth) ; par MM. les prof. agr. E. Chabrol, C. Lion (avec le docteur F.-P. Merklen), Pasteur Vallery-Radot (avec le docteur M. Derot) (Paris), et par MM. les docteurs I. Daniel (Bucarest) ; P. Froment et Bachman (Paris).

Des communications pourront être présentées, à condition qu'elles se rapportent à l'objet du Congrès et que leurs titres parviennent au Secrétariat général avant le 15 juillet 1938 au plus tard. Secrétaires généraux : docteurs F.-P. Merklen et M. Derot ; secrétaire adjoint : docteur V. Ballet.

Pour toute demande d'inscription ou de renseignement, s'adresser au Secrétariat du Congrès : 138, avenue des Champs-Elysées, à Paris (8e).

« Annuaire officiel du groupement des Syndicats nationaux de médecins spécialistes ». — Nous apprenons la prochaine parution, en 1938, de cette importante publication qui rendra les plus éminents services et permettra de faire connaître, dans chaque Syndicat, les spécialistes de son ressort, qualifiés par son groupement national.

Les collectivités, services publics, administrations et le corps médical, qui en ont exprimé à maintes fois le désir, pourront connaître ainsi les noms des spécialistes qualifiés.

On peut souscrire à cet Annuaire, dont le prix est de 50 francs, à S. L. E. P., 13, rue Puits-Gaillot, Lyon, C.C.P. Lyon 576-56.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 6 janvier. — Jury : MM. Gougerot, président ; Lévy-Solal, Mocquot, Tanon. — M. DECAEN. Lupus érythémateux. Traitement mixte. — M. PICHON. Notions pratiques sur l'emploi de la transfusion sanguine dans le premier âge. — Mme GAUCHER. Difficultés du radiodiagnostic différentiel des lésions primitives bénignes et malignes des os. — Mlle ANDRÉ. Prophylaxie de la tuberculose de l'enfant à l'école primaire.

Samedi 8 janvier. — Jury : MM. Bezançon, président ; Terrien, Leroux, Renard. — M. AYRIGNAC. Etude clinique d'une épidémie de fièvre typhoïde à bacilles d'Eberth et paratyphiques A et B. — M. IZIKOWITZ. Les tumeurs malignes de la rétine.

Mercredi 12 janvier. — Jury : MM. Clerc, président ; Robert Debré, Tanon, Strohl. — M. DUNOND. Contribution à l'étude de la splénomégalie par thrombose spléno-portale chez l'enfant. — M. JOUSSET. Une croisière d'assistance aux pêcheurs de morue à Terre-Neuve et au Groënland (campagne de 1935). — M. BERGERON. L'endocardite primitive à streptocoques.

Jeudi 13 janvier. — Jury : MM. Claude, Jeannin, Lereboullet, Gastinel. — M. POISSONNIER. Contribution à l'étude de la flore microbienne intra-utérine après l'accouchement. — M. BIRENCWAJG. Contribution à l'étude de la vaccination du nouveau-né par l'injection sous-cutanée B C G.

Mercredi 12 janvier. — *Thèses vétérinaires.* — Jury : MM. Lemierre, président ; Tanon, Panisset, Verge. — M. BRUNE. Le décret du 24 janvier 1934 et la saisie des viandes tuberculeuses (viandes, abats, sang). — M. LE GENTIL. Action comparée du pouvoir immunisant de l'anatoxine et de l'antivirus antistaphylococciques, administrés par différentes voies.

Nécrologie. — Le docteur Jean Coyrard, sénateur de la Charente-Inférieure.

— Le docteur Paul Flandrin, ancien interne des hôpitaux de Paris (1912), médaille d'or de chirurgie (1923), ancien chef de clinique de la Fondation Chiappe et de l'hôpital Saint-Michel, décédé à Paris.

Tuberculose perforante de la voûte cranienne compliquée d'abcès froid du lobe occipital

Par M. le Professeur HENRI ROGER et M. JEAN PAILLAS
(de Marseille)

La tuberculose des os du crâne est une affection relativement rare, moins cependant que ne le laisserait supposer l'oubli dans lequel on l'a tenue jusqu'à ces dernières années. Dans une revue générale, parue en 1926, Tourneux estimait en effet à 250 environ le chiffre des cas connus. D'autres observations ont été publiées depuis, près d'une vingtaine, et l'on ne saurait affirmer les avoir toutes dénombrées.

Isolée peu à peu des autres affections ostéitiques du crâne, entrevue par Nélaton dès 1836, elle fait l'objet d'un important mémoire de Volkmann en 1880, et d'un autre de Kraske, paru la même année. En 1887, Gangolphe, dans un article aujourd'hui considéré encore comme classique, décrit la *forme perforante des os de la voûte,* que nous avons surtout en vue dans cet exposé. L'année suivante, Koenig faisait connaître la forme infiltrante progressive diffuse, qui constitue avec la forme de Gangolphe les deux aspects réalisés le plus fréquemment par l'ostéite tuberculeuse de la voûte.

Les années qui suivent voient se multiplier les observations isolées, et, en 1910, Pelletier pouvait faire une thèse particulièrement importante, fondée sur 196 cas recueillis dans la littérature et 10 cas personnels. D'autres publications, thèses, articles ou observations voient ensuite le jour, dus à Tourneux et Ducuing (1910), Seilhan, Morestin (1912), Henri Roger (1919), Lenormant et Soupault (1920), John (1921), Roux (1921), Sorrel, Barret et Méziol (1923), Bertrand et Fabre (1923), Tourneux, Joutard (1926), Barret (1930), Lenormand (1930), Oberthür (1931), Boucard (1932), Docimo (1934).

A côté de la tuberculose de la voûte, des observations plus rares permettent de décrire la *tuberculose de la base :* cas de Bellin, Aloin et Vernet (1919), de Flatau (1926), de Mathieu (1929). Cette dernière forme. très différente de l'ostéite de la voûte, ne sera pas envisagée ici.

Rappelons tout d'abord l'*aspect anatomo-clinique* habituel de la tuberculose cranienne, afin de mieux situer les particularités de l'observation ici relatée.

Cette affection se développe surtout dans l'enfance et l'adolescence (70 % dans la statistique de Pelletier), bien que l'âge adulte et la vieillesse n'en soient pas indemnes. Le sexe par contre ne paraît pas avoir une grande importance. Ni les traumatismes ni la prédisposition familiale ne sont à retenir.

Plus intéressant est le terrain sur lequel le foyer osseux évolue : dans la très grande majorité des cas, suivant en cela la règle courante des tuberculoses osseuses, il ne s'agit pas d'une tuberculose primitive, mais bien d'une localisation secondaire à des manifestations viscérales préexistantes, pulmonaires le plus souvent.

Les os le plus fréquemment atteints sont le frontal et le pariétal. La localisation n'est d'ailleurs pas toujours unique et l'on a pu noter des ostéites doubles ou multiples, frappant un seul os ou plusieurs à la fois. Les sutures constituent, en général, un obstacle à l'extension, bien que l'on ait rencontré des foyers chevauchant deux os voisins.

Le départ de l'infection bacillaire paraît se faire au niveau du diploë, pour se propager ensuite vers les deux faces de l'os. Suivant que l'on a affaire à la forme perforante circonscrite ou à la forme infiltrante diffuse, l'évolution anatomo-clinique va être bien différente.

La *tuberculose infiltrante diffuse* ou progressive, dont les premiers exemples ont été fournis par Koenig (1888), est la plus rare de ces deux formes. Les lésions tuberculeuses sont envahissantes et s'étendent sur une large surface du crâne, isolant des séquestres au fur et à mesure de leur progression serpigineuse, et poussant des granulations tuberculeuses entre la dure-mère et la table interne.

Le pronostic est extrêmement grave ; car, malgré des craniectomies étendues, les délabrements sont considérables et la récidive la règle.

La *tuberculose perforante,* décrite d'abord par Bekmann, puis par Gangolphe, a été dénommée *circonscrite* par Lenormand et Soupault. La perforation est arrondie ou ovalaire, contenant un séquestre parfaitement détaché et mobilisable, ou bien seulement une bouillie caséeuse. L'extension se fait le plus souvent vers les parties molles, sous forme d'abcès ossifluent, plus rarement vers la dure-mère qui n'est pratiquement jamais franchie et réagit par la production de fongosités réunies en pseudo-tuberculome.

Cette forme est beaucoup moins grave que la précédente, et le tableau clinique moins impressionnant. Le seul symptôme fonctionnel demeure une céphalée continue, avec des paroxysmes, rebelle à toute thérapeutique et bien localisée en un point de la voûte, point dont la pression exacerbe une douleur exquise. Ce n'est que de façon tout à fait exceptionnelle, comme nous le verrons tout à l'heure, que les méninges ou le cerveau traduisent leur irritation par des signes diffus ou localisés.

Dans certains cas, au contraire, comme dans un cas publié par l'un de nous, la perforation est une découverte d'autopsie : il s'agissait d'un Sénégalais mis en observation pour paralysie spasmodique due à un mal de Pott cervical.

La lésion osseuse ne s'extériorise, à la vue et au palper, que plus ou moins tard après l'apparition des céphalées. D'abord tumeur arrondie et dure, elle se ramollit lorsque le pus s'étale sous les téguments. L'ouverture spontanée et la fistulisation consécutive sont l'évolution courante, bien que Feder, Reber, entre autres, aient observé des cas de guérison spontanée. La mort survient, du fait des manifestations viscérales antécédentes (pulmonaires) plutôt qu'à la suite d'une tuberculisation des méninges. Cependant, si

une intervention opératoire précoce a été tentée, avec exérèse large du foyer bacillaire, on est en droit d'espérer une guérison locale, temporaire ou définitive.

Comme on le verra, l'observation suivante diffère par de nombreux points du schéma que nous venons de tracer. Aussi bien, ces anomalies justifient-elles, semble-t-il, l'intérêt que nous lui portons.

Observation. — Mlle Lacom..., Madeleine, domestique, était âgée de 33 ans, lorsqu'elle vint consulter à la Clinique neurologique, le 25 janvier 1932, pour des douleurs dans le membre inférieur droit. Il s'agissait d'une sciatique d'allure rhumatismale, qui guérit en 15 jours par un traitement banal (salicylate de soude, bains thermo-lumineux). Dans ses *antécédents*, aucun point particulier n'était à retenir.

Deux ans après, le 13 mars 1934, elle revient, adressée par le professeur Mattéi, en se plaignant de céphalées. Celles-ci avaient débuté, deux mois auparavant, par une douleur violente, siégeant dans la région occipitale, à type d'élancements paroxystiques, persistant toute la journée et empêchant parfois le sommeil, et exacerbée par l'air froid. Les cachets antalgiques ne pouvaient la calmer. Les quinze premiers jours, la douleur occipitale irradiait jusque vers le milieu du front, « comme si le cuir chevelu allait s'ouvrir ». Puis, cette irradiation antérieure a diminué et actuellement persiste seule la douleur occipitale.

Cette douleur occipitale a été précédée, pendant 48 heures, de vomissements en fusée qui, depuis, ne se sont plus reproduits.

Dès le premier jour de l'apparition de la céphalée, la malade a constaté, en pleine écaille occipitale, là où nous la retrouvons actuellement, une petite tumeur, douloureuse à la palpation. Aux dires de la malade, les dimensions en seraient variables selon les jours, la tumeur étant tantôt saillante, tantôt plus déprimée.

Il n existe par ailleurs aucun autre trouble fonctionnel, la vue est bonne ainsi que l'audition ; il n'y a pas de vertiges ni de bourdonnements d'oreilles, pas de paresthésies ni de parésie des membres.

Ni toux, ni crachats, mais un certain amaigrissement non précisé.

L'*examen* du crâne montre, dans la région occipitale, au-dessus de la protubérance externe et en position paramédiane droite, une tuméfaction arrondie de 3 cm. de diamètre, légèrement saillante, en verre de montre, non adhérente à la peau, mais faisant corps avec l'os. Elle est assez dure ; le cuir chevelu a gardé sa coloration normale. La compression, douloureuse, détermine des irradiations au côté droit de la face et parfois même à l'épaule droite. La nuque est souple, le grand nerf sous-occipital n'est pas douloureux et son territoire a gardé sa sensibilité normale.

Les nerfs craniens sont intacts ; il n'y a, en particulier, aucun trouble oculaire, aucune modification du champ visuel ; le fond d'œil est normal, la tension artérielle rétinienne est de 30 gr. (docteur Guillot).

La force musculaire, la sensibilité des membres sont conservées, les réflexes tendineux des membres inférieurs sont légèrement vifs.

Les appareils respiratoire et cardio-vasculaire n'offrent aucune anomalie. Tension artérielle 12-6. Foie et rate normaux.

Radiographie du crâne. — Pas de lésions visibles sur le cliché de face. Seul le profil de la région occipitale montre, un peu au-dessus de la protubérance occipitale externe, une petite lacune arrondie, non entourée de réaction périostée. Cette lacune paraît intéresser aussi bien la table externe que la table interne. Dans l'ensemble, les contours craniens sont un peu épais, les sinus très développés, ainsi que la selle turcique.

Dans le *sang*, les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives. Urée : 0,35.

Liquide céphalo-rachidien clair ; tension (au manomètre de Claude), 36-20 ; cytologie, 0,4 élément ; albumine, 0,30 ; réaction de Bordet-Wassermann, négative.

Alors que l'intensité des douleurs aurait pu faire penser à une ostéite spécifique, la négativité des épreuves de laboratoire et l'image radiographique nous font éliminer ce diagnostic. Le professeur Brémond est alors sollicité d'intervenir.

Le 27 mars 1934, une incision longitudinale, dépassant de part et d'autre la tumeur, donne accès sur un foyer ostéitique friable, qui, rugine et trépané, conduit sur des fongosités lardacées, puriformes, adhérant à la dure-mère. Après ablation à la curette, on constate que la méninge dure ne bat pas, mais se laisse facilement déprimer. Drainage à la mèche et suture.

Un examen histologique du foyer osseux est pratiqué par le professeur Cornil : « Ostéite tuberculeuse, caractérisée par une infiltration lymphoïde avec cellules épithéloïdes et cellules géantes du type de Langhans dans les plages intertrabéculaires. En plusieurs points, ostéolyse des travées osseuses. »

Devant ce résultat, on fait une radiographie pulmonaire, qui est normale, et, dans le sang, une réaction de Vernes-résorcine (indice photométrique 42) et de Besredka positive. On commence un traitement à la crisalbine.

Entre temps, la cicatrisation s'est bien effectuée, sauf en un point qui s'est fistulisé. Les douleurs ont diminué, mais persistent cependant. La crisalbine est bien supportée au début, mais elle doit être bientôt interrompue en raison d'accidents cutanés généralisés.

Dans les mois qui suivent, d'après les renseignements qui nous ont été communiqués, les douleurs reprennent aussi intenses, la fistule occipitale persiste, des troubles psychiques s'installèrent, à type d'anxiété, de confusion mentale, avec hallucinations, idées de persécution et subagitation.

Il n'y eut pas de signes neurologiques nouveaux. A noter que l'état mental de la malade ne permit pas de préciser le champ visuel.

Le décès survint, après une longue phase de cachexie, en février 1935.

Autopsie. — La calotte cranienne présente, autour de l'orifice de la trépanation occipitale droite (de 4 cm-3 cm), une zone d'ostéite, surtout à sa partie supérieure.

Le pôle occipital est adhérent à la cicatrice. Il présente des fongosités, et l'ablation du cerveau nécessite sa dilacération.

Dure-mère. — Elle présente, immédiatement au-dessus de la tente du cervelet, un tunnel de substance lardacée à droite de la faux du cerveau (dimensions : 2 cm. de diamètre sur 1 cm. de profondeur), entouré d'une collerette plus étendue, surtout vers la droite, de tissu lardacé, avec une traînée s'infiltrant dans la région du sinus latéral jusque vers la région de la mastoïde.

Cette image donne l'aspect du fongus de la dure-mère.

Le *pôle occipital* est occupé par une cavité nécrotique, anfractueuse, s'enfonçant de 3,5 cm. à l'intérieur de la substance blanche, immédiatement au-dessus de la corne occipitale ventriculaire, mais sans effraction de la cavité. Ce tissu d'aspect nécrosé, brunâtre et ecchymotique, est dû à la propagation intra-cranienne du foyer osseux et duremérien.

Les *ventricules* ne sont pas dilatés. La paroi du ventricule moyen, à sa partie postérieure, est un peu tomenteuse, anormale, mais la paroi interne du ventricule latéral paraît normale.

La *pie-mère du cerveau droit,* dans sa moitié inférieure et postérieure, présente un aspect vernissé et dépoli. La méninge se détache assez facilement, mais en emportant des lamelles de tissu. Cet exsudat s'infiltre dans les sillons. Du *côté gauche :* aspect un peu analogue dans la vallée sylvienne et la zone rolandique.

On note, à la *base,* un voile fibrineux, dans la région bulbo-protubérantielle, rappelant celui de la méningite tuberculeuse. Tant sur la convexité du cerveau que sur le pourtour de la sylvienne, quelques fines granulations tuberculeuses sont relevées.

Examen histologique. — Fragment de méninge. On distingue, dans la préparation examinée, des amas de substance anhiste, acidophile, contenant quelques débris cellulaires et représentant du caséum. Autour de ces masses disposées sans ordre, on ne rencontre pas de formations folliculaires, mais un semis quasi ininterrompu de cellules épithéliales, où se trouvent çà et là des formations gigantocellulaires typiques. On est frappé par la présence, en certains points, à côté d'une réaction histiocytaire importante, de l'abondance des plasmocytes. Pas de lésions vasculaires importantes. Quelques amas de pigments en certains points, vraisemblablement reliquat d'hémorragie. En certaines zones, présence de polynucléaires provenant d'infection secondaire surajoutée.

En somme, lésions tuberculeuses productives afolliculaires.

En résumé : une femme de 35 ans présente des céphalées violentes, puis une tuméfaction occipitale, sans autre signe neurologique. Une intervention conduit sur un foyer ostéitique de l'occipital, compliqué de fongus de la dure-mère. L'examen histologique en révèle la nature tuberculeuse. La cicatrisation postopératoire est imparfaite, la chrysothérapie ne paraît pas efficace, et la malade succombe au bout d'un an dans un état cachectique, après avoir présenté des troubles mentaux à type confusionnel. A l'autopsie on découvre une perforation de l'occipital conduisant par un tunnel, entouré de pachyméningite, vers un abcès froid de la pointe du lobe occipital. Cet abcès s'étend dans le centre ovale jusqu'au dedans du ventricule latéral, sans faire irruption dans sa cavité.

La *localisation occipitale* d'une tuberculose cranienne de la voûte est bien moins souvent notée que sur les autres os. Pelletier note dans sa thèse 18 fois l'occipital sur un total de 187 cas, avec 78 fois le frontal et 76 fois le pariétal.

Les *dimensions* sont plus grandes que de coutume (3 cm. sur 4 cm.). Il est vrai que la trépanation a pu l'agrandir légèrement. L'orifice ne dépassait pas le diamètre d'une pièce de cinquante centimes dans le cas publié par l'un de nous en 1919.

Ainsi que nous le faisions remarquer dans nos considérations anatomo-pathologiques, la dure-mère constitue, en général, un obstacle infranchissable à l'extension tuberculeuse. Dans notre observation, le processus tuberculeux, envahissant la dure-mère sous forme d'un véritable fongus, a franchi cette barrière, tout en déterminant tout autour un processus pachyméningitique. Le cerveau a été lui-même atteint et il s'est formé un véritable abcès froid intracérébral de la pointe du lobe occipital, propagé dans le centre ovale jusqu'au voisinage du ventricule latéral. Cet abcès à parois tomenteuses s'infiltrait, sans coque appréciable, dans le tissu cérébral avoisinant. Cette particularité nous a paru extrêmement rare.

Dans le cas de Morestin, il s'était bien constitué un abcès froid intracranien, mais celui-ci s'étendait en nappe purulente entre les os et la dure-mère. Il en était de même dans le cas de Barret. Seule, l'observations de Savy et Charlet nous semble devoir en être rapprochée, car il s'agissait d'un abcès cérébral véritable, ossifluent depuis un foyer de l'os frontal.

Remarquons chez notre malade l'intensité des douleurs qui, depuis le début jusqu'à la fin de l'évolution, et malgré l'intervention chirurgicale, ont persisté, vraiment atroces, arrachant souvent des cris à la malade. Il ne semble pas qu'il en soit ainsi dans la plupart des observations que nous avons parcourues. Rappelons la latence même de quelques-unes de ces perforations.

Ces douleurs ostéocopes nous avaient, au début, avant tout examen de laboratoire et avant l'intervention, orienté vers le diagnostic d'ostéomyélite ou de syphilis cranienne.

L'exérèse elle-même, tout en montrant un fongus de la dure-mère, n'était pas absolument concluante, et il a fallu l'examen histologique des pièces enlevées pour conclure d'une façon formelle.

Bien que l'on décrive, dans les cas absolument typiques, des différences radiologiques nettes entre la syphilis, la tuberculose et les néoplasies craniennes (primitives ou secondaires), il est, en pratique, le plus souvent très difficile d'établir le diagnostic différentiel. Dans notre cas, la radiographie de face ne montrait aucune altération précise et, seul, le profil décelait une minime lacune sans aucun caractère pathognomonique.

Mettons enfin en valeur la latence de notre abcès cérébral ; seuls les troubles psychiques terminaux qui, d'ailleurs, n'avaient rien de caractéristique, auraient pu faire soupçonner la propagation encéphalique. L'agitation et l'inconscience de la malade n'ont pas permis d'étudier le champ visuel. Rappelons qu'à la période d'état, alors qu'il existait déjà un fongus de la dure-mère visible à l'intervention, il n'existe aucun signe d'hypertension intracranienne ni de modifications du L.C.R. Cette absence de tout symptôme neurologique local est la règle.

Dans de rares cas cependant, l'irritation ou la compression des méninges et du cerveau s'objectivaient par des signes évidents : vomissements, strabisme, convulsions, somnolence (Israel), hémiplégie (Edmunds, Chipault et Lenormand), épilepsie bravais-jacksonienne (Sorrel, Barret et Maziol). Ces faits sont d'autant plus curieux à noter que, dans tous les cas précités, les lésions étaient strictement limitées à l'os et que les signes neurologiques disparurent après l'intervention. Chez notre malade, des lésions nerveuses, bien plus considérables, demeurèrent latentes, au moins pendant une longue période de l'observation : l'état psychique a empêché, à la période terminale, de rechercher l'hémianopsie qui devait vraisemblablement exister.

En résumé, notre cas de tuberculose perforante de l'occipital présente comme principale caractéristique

l'opposition entre l'intensité des phénomènes douloureux ostéo-méningés et la latence clinique de l'abcès cérébral sous-jacent.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

On trouvera des indications nombreuses dans les thèses de :

Pelletier. — Contribution à l'étude de la tuberculose des os de la voûte du crâne. (Paris, 1910.)

Roux (Gustave). — Un cas de tuberculose cranienne opéré et guéri. (Paris, 1921.)

Joutard. — La tuberculose de la voûte cranienne. (Paris, 1926.)

Boucard. — Tuberculose des os de la voûte cranienne. (Toulouse, 1931-1932.)

En outre, les publications suivantes contiennent une riche bibliographie :

Roger (H.). — La tuberculose perforante de la voûte cranienne. (*Presse médicale*, 28 août 1919, n° 48.)

Tourneux (J.P.). — La tuberculose cranienne. (*La Médecine pratique*, 30 novembre 1926.)

Barret. — Tuberculose du crâne. (*Soc. de chirurgie*, 19 mars 1930.)

Oberthür (J.). — Tuberculose du crâne. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 janvier 1931.)

Docimo. — Tuberculose isolée du crâne. (*La Riforma medica*, 25 août 1934.)

LES CONGRÈS DE L'ENFANCE EN 1937

L'année 1937 a été marquée par le nombre très important de manifestations consacrées à l'Enfance.

I. — L'Exposition de Paris a été l'occasion de Journées internationales de la Santé publique. Une semaine en juillet a été consacrée à la mère et à l'enfant.

II. — Le même mois s'est tenu, organisé par notre collègue le Dr Heuyer, le 1er Congrès international de psychiatrie infantile ; cette importante manifestation a remporté un très vif succès, qui est venu attester l'utilité d'assises spécialisées et consacrées à la neuro-psychiatrie du jeune âge.

III. — A la fin de juillet, du 19 au 22, a eu lieu à Paris le *XIIe Congrès de l'Association internationale pour la protection de l'enfance.* Présidé par M. Leredu, ancien ministre et président en exercice de cette association, l'inauguration en a été faite par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, aux côtés duquel se trouvait l'éminent homme d'Etat belge, Henri Jaspar, l'un des fondateurs de ce groupement, qui a été l'objet d'une véritable ovation.

L'importance et la variété des questions étudiées ont nécessité la subdivision en sections médicale, sociale, juridique, pédagogique.

A. **La Section médicale** a étudié d'abord :

1° L'Hygiène alimentaire de l'enfance et de l'enfance d'age scolaire. — Rapporteurs MM. E. Lesné et Julien Huber (Paris), qui ont insisté sur les facteurs jadis dits accessoires (acides aminés, vitamines, sels minéraux), sur la nécessité d'un régime abondant, varié, simple et bien réglé, évitant la monotonie et les régimes lacto-farineux trop exclusivement donnés, et montré la progression de l'organisation des cantines scolaires grâce à l'active impulsion de Mme C. Brunschwig. MM. Schreiber (Paris), Kœnen (Hollande), Hamburger (Vienne), ont insisté sur les côtés sociaux, alimentaires et psychologiques chez ces sujets.

Association de la Presse médicale française.

Les exposés de M. Caronia (Rome), Grulec (U.S.A.), Garot et Massart (Liége), Messerli (Lausanne), Somersan (Istambul), Solon Veras (Athènes) ont précisé une série de données alimentaires et montré les variations que les divers climats et les ressources locales impriment aux formules alimentaires, celles-ci en définitive se conformant à des règles sur lesquelles l'accord est actuellement fait.

2° Les convulsions infantiles, leurs causes, l'avenir des sujets qui en ont été atteints ont fait l'objet d'une seconde étude. M. Babonneix (Paris), rapporteur, a montré leur multiplicité étiologique et, pour la pathogénie, la variété des lésions causales, le rôle de l'épilepsie, du blocage de la fosse cérébrale postérieure et celui de la tétanie. Le caractère épisodique des accidents s'explique par des modifications passagères, circulatoires ou sanguines. Il en a détaillé le pronostic tardif, l'évolution assez fréquente sur les encéphalopathies infantiles. M. Dubois (de Bruxelles) insiste sur le rôle de la tétanie. Le professeur Hamburger (de Vienne) sur celui des traumatismes obstétricaux. M. Heuyer (Paris) insiste sur la valeur diagnostique de la perte de connaissance. Le professeur Allaria (Turin) insiste sur la nature organique fréquente des convulsions et sur la gravité du pronostic éloigné. M. Rachid Audaz (Istambul), les convulsions d'origine syphilitique sont toujours très graves.

B. **La Section sociale** étudia la protection de l'enfance par les allocations familiales.

1° M. Bonvoisin (Paris) montre son extension depuis le début (1916). 222 caisses groupant 5 millions de salariés ont pour bénéficiaires plus de 3 millions d'enfants. Les sommes affectées à ces œuvres atteignent 2 milliards et demi, elles seront de quatre milliards quand la formule sera généralisée, comme il convient de le souhaiter. M. Schreiber voudrait que l'effort accompli favorisât plus encore les familles nombreuses soumises à un contrôle médical auquel il a consacré des études personnelles. Mme Maquinay (Belgique) montre l'essor admirable pris dans son pays par les allocations familiales.

2° Le taudis fait l'objet d'un important rapport exposé éloquemment par M. Devraigne (Paris). Il montre la répercussion de ce fléau sur la mortalité infantile, la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, les déchéances morales, la prostitution, la dénatalité. M. Banu (Bucarest) montre l'effort à accomplir dans ce sens en Roumanie, pays de forte natalité.

C. **La Section pédagogique** consacra un important débat à la question des *sanctions en éducation, leur légitimité, leurs modes, leurs résultats.* M. Péhu (de Lyon) leur consacre un rapport très attachant, en restant sur le terrain médical, montrant que nombre de troubles relèvent d'une direction morale affaiblie ou, inversement, d'une sévérité excessive et mal orientée. L'examen médical objectif doit dépister les affections organiques justiciables d'un traitement, non de sanctions.

L'effort des parents et des éducateurs doit tendre à réaliser la formation de la personnalité des enfants par des méthodes de fermeté et de persuasion ; ils doivent aussi s'efforcer de prêcher d'exemple.

D. **La Section juridique** a tenu des réunions importantes et passionnément suivies.

1° Le role du cinéma dans l'éducation eu égard à la sauvegarde des mineurs a fait également l'objet de rapports et de discussion, sujet d'actualité, des vœux tendent à réglementer pour l'enfance les sujets traités et l'accès pour les enfants dès salles de cinéma.

Rapporteurs : M. de Casablanca (Paris), Mmes I. Blume (Bruxelles), Schaffner (Zurich), Dr Erna Corte (Berlin) et l'Institut éducatif (Rome).

2° N'y a-t-il pas lieu d'instituer un tribunal unique qui serait spécialisé pour toutes les questions concernant l'enfance ?

Sur ce sujet, MM. Nicaluisen (Copenhague), Robert Bartsch (Vienne), M. Caloyanni (d'Athènes) ; juge international, M. Paul Wets, juge des enfants de Bruxelles ; le président Geatano (Trieste), Mmes B. Richard (de Genève), Odette Valabrègue (du barreau d'Avignon), le président Taton-Vassal (du tribunal de la Seine), M. Hvidberg (Copenhague), Edouard Fuller (Londres) et Charles Brown, président juge (Philadelphie, U.S.A.) ont apporté des rapports extrêmement documentés qui exigeraient, pour être analysés, une très longue étude.

Chaque section, guidée dans ses travaux par un rapporteur général, a élaboré avec grand soin des vœux qui ont été ensuite étudiés et discutés en séance plénière. A cette séance, il a été décidé que les prochaines assises se tiendraient, en 1938, à Francfort-sur-le-Mein (Allemagne).

Un intéressant programme de visites de caractère technique, de réceptions a complété et agrémenté ces réunions dont il faut féliciter l'organisation, tant en ce qui concerne le comité français que l'organisme central, 67, rue de la Toison-d'Or, à Bruxelles, sous l'active impulsion de M. Maquet.

Nous donnons ci-dessous les vœux et conclusions adoptés par l'assemblée plénière à l'issue du Congrès.

Section médicale. — A. Hygiène alimentaire de la deuxième enfance et de l'enfance d'age scolaire.

1. La nécessité est constatée d'une alimentation à la fois quantitativement et qualitativement suffisante, dans laquelle les vitamines, les acides aminés, les sels minéraux doivent entrer en proportions correctes.

2. La surveillance de la qualité des aliments ne saurait être trop sévère ; le contrôle du lait s'impose pour l'alimentation des enfants, comme celui de tous les autres produits, aux diverses étapes de leur récolte, de leur transformation et de leur distribution. Les organismes de coopération sont un facteur puissant de cette surveillance, à laquelle peuvent aussi participer les collectivités intéressées.

3. On ne saurait trop s'intéresser à l'amélioration des questions financières ,des questions douanières, ainsi qu'à la participation de l'Etat, sous une forme aussi souple que possible.

4. Le facteur nécessaire, vers lequel doivent tendre tous les efforts, est l'*éducation du public*. A cette éducation, comme à la surveillance de l'état des denrées et de leur préparation, doivent coopérer :

Les *médecins*, en particulier le corps des médecins-inspecteurs des écoles qui doit être généralisé et dont il convient de faire progresser la préparation à leur rôle de surveillance alimentaire. Le contrôle de l'état des enfants alimentés dans les collectivités et même dans les familles doit, en premier lieu, comporter les pesées régulières de l'enfant ;

Les *professionnels de l'enseignement ménager*, les *infirmières visiteuses*, les *assistantes sociales*, pour qui il faut prévoir une préparation comportant une spécialisation appropriée ;

Les *enfants*, pour lesquels il importe que l'enseignement ménager soit obligatoire à l'école ;

Les *jeunes filles ayant dépassé l'âge scolaire*, les *jeunes femmes*, les *mères*, pour lesquelles l'enseignement ménager doit être développé par tous les modes de propagande.

5. Il convient qu'un *contrôle attentif*, au point de vue alimentaire, s'applique à toutes les *institutions publiques* ou *privées*, où les enfants reçoivent leur alimentation, en tout ou en partie. Un des rôles essentiels de l'*inspection médicale* des écoles doit être de veiller à une *alimentation rationnelle* de l'enfance. Une surveillance de l'alimentation, non seulement des *écoliers*, mais aussi des *étudiants*, est désirable.

6. L'institution de cantines scolaires rendrait de grands services. Elle doit cependant se limiter aux nécessités et ne pas se substituer à la vie familiale.

B. Les convulsions infantiles : leurs causes, l'avenir des convulsifs.

1. En présence d'un enfant qui a ou qui vient d'avoir des convulsions, il est nécessaire d'appeler un médecin et que soient pratiqués les examens neurologique et biologique nécessaires pour préciser la nature et l'origine de la crise convulsive.

2. Sans être trop pessimiste sur l'avenir des convulsifs, il convient d'être prudent avant de considérer comme négligeables des convulsions chez un nourrisson.

Vœu émis à la suite d'une communication faite par Mme Nussbaum, présidente de l'Union fraternelle des femmes :

Afin d'assurer un dépistage précoce des déficiences infantiles, nous demandons :

1° Que l'inspection médicale scolaire soit assurée dès l'école maternelle, dans toutes les écoles de l'Etat ;

2° Que les éducateurs, les infirmières et assistantes sociales soient spécialement instruits de la sémiologie, de ses déficiences, afin qu'ils puissent les signaler aux médecins-inspecteurs des écoles et aux médecins de famille.

Section pédagogique. — Les sanctions en éducation ; leur légitimité, leurs modes, leurs résultats.

Le Congrès déclare qu'est légitime toute sanction qui, d'une manière et dans un but éducatifs, rend évident pour l'enfant que l'obéissance à la loi morale n'est pas seulement un devoir, mais un bien désirable, qui affermit et fortifie la conscience morale dont elle est fonction.

Section juridique. — A. L'influence du cinéma eu égard a la sauvegarde des mineurs.

Le Congrès, n'ayant à statuer que sur la protection de l'enfance et se plaçant exclusivement à ce point de vue, considérant que si le cinéma est incontestablement un grand moyen d'éducation et d'instruction, la présentation de certains films est de nature à troubler gravement le développement intellectuel et moral des enfants et des adolescents, émet le vœu que les films destinés aux enfants et aux adolescents soient nécessairement réglementés et que les spectacles de cette espèce dangereuse pour la jeunesse, à quelque titre que ce soit, soient prohibés.

Cette réglementation doit comprendre un contrôle effectif, exercé par un organisme officiel, spécialisé en matière d'éducation et de protection de la jeunesse, qui examinera les films destinés à l'enfance et à l'adolescence, créés dans chaque pays ou y importés.

L'entrée des spectacles de cinéma doit être interdite aux enfants et aux adolescents dans les salles où sont projetés des films qui n'ont pas été admis pour les enfants et les adolescents.

Le Congrès confirme le vœu de voir favoriser la création de bons films, spécialement tournés pour la jeunesse.

Les infractions à la réglementation protégeant l'enfance et l'adolescence, en ce qui concerne la projection cinématographique, doivent être l'objet de sanctions civiles ou pénales, principales ou accessoires, telles que la fermeture de l'établissement.

Le Congrès appelle l'attention des pouvoirs publics non seulement sur la nécessité du contrôle des films, mais aussi sur la surveillance nécessaire à exercer, du point de vue des mœurs, dans les salles de cinéma, avec l'aide d'une po-

lice spéciale à l'enfance et qui comprendra des éléments féminins.

Il est désirable qu'une entente internationale intervienne pour protéger l'adolescence des dangers du cinéma démoralisateur.

B. N'Y A-T-IL PAS LIEU D'INSTITUER UN TRIBUNAL UNIQUE QUI SERAIT SPÉCIALISÉ POUR TOUTES LES QUESTIONS CONCERNANT L'ENFANCE ?

Le Congrès demande au bureau de l'Association internationale pour la protection de l'enfance d'examiner s'il y a lieu de procéder à une étude complémentaire relative à l'extension de la compétence civile des tribunaux pour enfants. Les éléments recueillis auprès des différentes nations permettront alors, à un prochain Congrès, d'envisager la nature et les limites mêmes de cette compétence civile.

Mais, dès à présent, le Congrès constate l'unanimité des avis sur le principe de l'extension de la compétence des juridictions d'enfants à toutes les affaires où sont engagés les intérêts moraux et matériels des mineurs, à toutes les questions qui relèvent de leur statut personnel, telles, entre autres, les affaires de déchéance de la puissance paternelle, d'abandon de famille, de garde d'enfants dans le cas de divorce et de séparation de corps, de légitimation, de recherche de paternité, de correction paternelle, d'actions en matière de contravention à l'obligation scolaire, de protection des mineurs confiés à des nourriciers mercenaires, etc., etc.

Le Congrès exprime à nouveau son sentiment unanime relatif à la nécessité de plus en plus grande de développer l'action préventive contre la criminalité en faveur des mineurs moralement abandonnés ; de coordonner, quant à leurs attributions de protection de l'enfance, l'activité de toutes les autorités d'ordre administratif ou judiciaire ; cette coordination étant la base d'une protection efficace de l'enfance malheureuse, anormale, en danger physique ou moral, ou délinquante, et pouvant seule permettre un large effort de prophylaxie criminelle. Pour assurer cette coordination, il souhaiterait que notamment les commissions locales de protection de l'enfance puissent centraliser cet effort d'action préventive.

Le Congrès exprime enfin le souhait de voir apporter la collaboration de femmes-juges aux tribunaux pour enfants.

Section sociale. — A. LA PROTECTION DE L'ENFANCE PAR LES ALLOCATIONS FAMILIALES.

Le Congrès, considérant les efforts réalisés dans certains pays en faveur de la protection de l'enfance et les résultats obtenus notamment par l'institution des allocations familiales et leurs services sociaux annexes ;

Attire l'attention des gouvernements sur cette forme particulièrement efficace de protection de l'enfance ;

Admet que les ressources doivent s'adapter aux charges familiales et souhaite de voir les différents pays adopter un système répondant à cette préoccupation ;

Et émet le vœu :

1° Que les allocations familiales se traduisent par une intervention efficace dès ou avant la naissance du premier enfant ;

2° Que l'intervention des caisses d'allocations familiales, dans la protection de la santé, se manifeste par une association étroite des efforts publics et privés, de manière à réaliser une organisation rationnelle et efficace, évitant la dispersion des efforts.

B. LE TAUDIS. ACTION SUR LA FAMILLE ET SUR L'ÉTAT PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET MORAL DE L'ENFANT.

Le taudis, générateur de tous les fléaux sociaux, doit disparaître. Il faut le détruire et le remplacer par des habitations saines, individuelles — dans des cités-jardins de préférence — ou par des habitations vraiment à bon marché, où pénètrent l'air et le soleil, où il y a, au moins, l'eau courante, le gaz et l'électricité.

En attendant la disparition du taudis, il faut, par un renforcement de la législation, empêcher toute location dans des immeubles insalubres. C'est un traitement cher, mais c'est un traitement qui paie puisqu'il peut sauver des centaines de mille d'individus, grands et petits. Tous les services hospitaliers, sanitaires, judiciaires et pénitentiaires qui s'adressent aux victimes des taudis coûtent très cher et symbolisent un aveu d'impuissance totale des nations, contre un fléau qui les ronge et les affaiblit.

Détruire les taudis, c'est enrayer les morts par tuberculose, syphilis, alcoolisme et leurs tristes hérédités ; c'est lutter efficacement contre la mortalité infantile, la dénatalité qui menace toute la race blanche ; c'est lutter contre la désagrégation de nombreuses familles, victimes du paupérisme, contre la chute au ruisseau et les séjours dans les pénitenciers d'enfants qui en sortent parfois plus corrompus qu'ils n'y sont entrés.

C'est une cure radicale qui s'impose. Différents pays l'ont compris et ont créé des ligues nationales contre les taudis, des sociétés et des offices d'habitations à bon marché, avec prêts à faible intérêt par des caisses de dépôts et consignations, des sociétés de crédit immobilier, des caisses d'épargne, l'assistance publique et les bureaux de bienfaisance ou d'assistance.

S'inspirant de la législation anglaise, il faut rendre toute spéculation impossible sur les expropriations.

Le recrutement des habitants des habitations à bon marché doit être strictement contrôlé, pour y éviter l'admission de tuberculeux contagieux. Il faut, parallèlement, grâce aux infirmières visiteuses sociales, intensifier une œuvre éducatrice dans ces milieux qui n'ont jamais reçu l'ombre d'éducation, si l'on veut opérer des redressements de situations difficiles, mais pas forcément impossibles de familles qu'on peut toujours croire perdues à jamais. Dans celles-là, il importe aussi de leur assurer une aide efficace leur permettant de s'installer et de payer leur loyer, tout au moins dans la période de réadaptation.

C'est surtout sur les enfants qu'il faut agir. L'enseignement ménager à l'école peut beaucoup, surtout sur les familles déracinées de leur taudis et transplantées dans des logements sains, pour qu'elles n'en fassent pas en quelques mois des taudis modernes.

Il serait bon également de préconiser des caisses de prévoyance pour la jeunesse, pour faciliter l'établissement des jeunes ménages.

En souvenir de la Rome antique qui, à l'instigation de Caton l'ancien, est arrivée à détruire Carthage, ne nous lassons pas, partout, de crier : « Mort aux taudis ! » et persuadons les gouvernements que lutter contre les fléaux sociaux sans détruire les taudis, c'est faire œuvre vaine et stérile.

JULIEN HUBER.

Fisiopatologia del simpathico nell' uomo, par le professeur Gino PIERI, chirurgien-chef de l'hôpital d'Udine, avec une préface du professeur Cesare FRUGONI, directeur de la Clinique médicale de l'Université de Rome. — Un vol. de 78 p. avec 41 figures originales. (Collection de Il Policlinico.) — Prix : L. 14, Luigi Pozzi, éditeur, à Rome.

Le artropatie chroniche, escluse quelle da germi conosciuti, par le docteur Gaetano ZAPPALA, de l'hôpital Riuniti, à Rome, avec la collaboration du professeur Giuseppe LAZZARO. Préface du professeur Cesare ANTONUCCI. — Un vol. de 237 pages avec 9 illustrations. (Collection de Il Policlinico.) — Prix : L. 25. Luigi Pozzi, éditeur, à Rome.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

EXAMEN CLINIQUE D'UN TABÉTIQUE

Les circonstances dans lesquelles on est appelé à effectuer l'examen clinique d'un tabès sont extrêmement variées — et nous les envisagerons tout d'abord, avant d'étudier, séméiologiquement parlant, les moyens d'en porter le diagnostic.

I. — *Dans certains cas, le malade est porteur d'un ensemble de manifestations cliniques hautement évocatrices de tabès.*

Ce n'est pas qu'il s'agisse de la grande ataxie locomotrice de Duchenne de Boulogne — qui est rare de nos jours — mais ce sont des cas où existe une :

Incoordination motrice visible dès le début de l'examen, et dont témoignent :

Les troubles de la marche, avec lancement des talons, hésitation, qui fait rechercher immédiatement *un signe de Romberg,* en général évident, et que viendront confirmer *les manœuvres de Fournier.*

Dans ces cas — plus qu'un diagnostic, qui s'avère en règle facile, — c'est plutôt un *problème pronostique* qui se pose.

II. — Dans d'autres cas, non moins fréquents, c'est à l'occasion d'une *manifestation de la série tabétique* que le malade est amené à consulter.

1. *Certaines éveillent d'emblée l'idée d'un tabès :*

a) *Des douleurs subjectives à caractère particulier :*

— Soit douleurs *fulgurantes,* isolées ou subintrantes, traversant les membres inférieurs « en éclair ».

— Soit douleurs *fixes* de type variable, en ceinture, en bracelet, en brodequin.

— Soit enfin, manifestations synesthésiques.

b) *Des grosses arthropathies,* bien spéciales par :

— Leur début brusque,

— Leur indolence habituelle,

— L'importance des modifications ostéo-articulaires et des craquements,

— Avec un minimum de signes fonctionnels.

Rappelons les principales :

— *La forme hypertrophique du genou, du cou-de-pied ;*

— *Les formes atrophiques de la hanche, de l'épaule ;*

— *Le « pied tabétique » de Charcot,* où plusieurs os et articulations du tarse sont atteints simultanément.

c) *Des fractures spontanées,* qui, par leur *début brusque* et leur *indolence,* peuvent en imposer pour une métastase osseuse d'une néoplasie méconnue.

Ce sont : soit des fractures diaphysaires, soit des fractures costales, dans la règle.

d) *Des maux perforants,* dont le plus fréquent siège au *talon antérieur du pied :* débutant par une phlyctène, qui aboutit à une ulcération atone et creusante, entourée d'une zone d'anesthésie.

2. *D'autres sont d'interprétation plus difficile :*

a) *Des manifestations urinaires variées* — dont la plus fréquente est une *rétention d'urine isolée* — réalisant les « faux urinaires » de Guyon, et où souvent, seul, l'examen urologique permet l'élimination d'une affection vésicale, prostatique ou uréthrale.

b) *Des crises vésicales surtout.*

Et, plus que les *crises laryngées* (diagnostic d'une dyspnée laryngée subite), les crises *entéralgiques* ou *coliques,* les crises *rénales* ou *vésicales,* qui sont rares.

Nous insistons surtout sur *les crises gastriques,* très fréquentes — qui posent des problème diagnotiques souvent très difficiles par leur allure bien spéciale :

Leur début brusque, en pleine santé ;
L'intensité des douleurs ;
Les vomissements incoercibles ;
L'état de shock ;
La terminaison brusque enfin.

III. — *Dans un autre ordre de faits, enfin,* assez fréquemment rencontré en clinique, le diagnostic de tabès est discuté à l'occasion d'*une autre localisation viscérale de la syphilis.*

1. C'est souvent à l'occasion d'une *aortite,* chez un malade qui consulte pour de la dyspnée d'effort, des douleurs angineuses, parfois des signes d'I.V.G.

2. Ailleurs, c'est à l'occasion d'une atteinte *hépatique* ou *rénale,* que le tabès va être découvert, localisations qui vont intervenir dans les directives thérapeutiques.

— Telles sont, schématiquement exposées, les circonstances cliniques habituelles dans lesquelles le diagnostic de tabès est soulevé.

Quelles qu'elles soient : l'examen du malade doit toujours être conduit de façon univoque, cherchant à mettre en évidence les caractères cliniques, depuis longtemps classiques, de la série tabétique.

C'est dire qu'on examinera successivement :

1. *La motilité.*

— Rechercher les signes d'*incoordination :*

Le malade debout : à la marche, talonnage, hésitations dans les manœuvres à la Fournier ; *au repos :* le *signe de Romberg.*

Le malade couché : par les manœuvres habituelles (doigt sur le nez, talon sur le genou).

— Mettre en évidence l'*hypotonie* des membres.

— Constater : que la force musculaire est conservée ; qu'il n'y a pas de paralysie, dans les cas *purs.*

2. *La sensibilité.*

Explorer *la sensibilité superficielle :*

Bandes d'hypoesthésie à topographie radiculaire ; hypoesthésie des seins.

La sensibilité profonde surtout, par les procédés habituels :

Musculaire, tendineuse, osseuse, viscérale (testiculaire, trachéale), nerveuse (cubitale).

La perturbation de celle-ci explique :

La perte du sens stéréognosique, la perte de la notion de position.

3. *La réflectivité.*

Un des signes majeurs étant : *l'abolition complète des réflexes rotuliens,* auquel s'associe une abolition fréquente des *achilléens,* et cela : sans signe de Babinski, sans un signe quelconque de la série pyramidale, dans les cas *purs.*

Ces examens fondamentaux devront être complétés par la recherche des signes constants et indispensables que sont :

Les signes oculaires,
Les données de la ponction lombaire.

a) *Les signes oculaires :*

Signe d'Argyll-Robertson, fondamental, bien qu'il soit, à proprement parler, plus qu'un signe de tabès, un signe de syphilis nerveuse en évolution. Accompagné d'*inégalité* et d'*irrégularité* pupillaire, de *myosis très souvent.*

Noter le regard atone du malade.

Rechercher aussi *des parésies des muscles moteurs* (ptosis...).

b) *Les données de la ponction lombaire :*

Rechercher : *l'augmentation de l'albumine, la lymphocytose.*

Y faire les réactions humorales : *B.-W., benjoin colloïdal.*

C'est par la connaissance de ces éléments cliniques que va être résolu le *problème diagnostique.*

1. *Lorsque la symptomatologie est riche* — ce diagnostique clinique s'impose — et il est rare qu'on ait à discuter longtemps :

L'incoordination des cérébelleux (Topo) ;

La *maladie de Friedrich* (Topo).

2. *Mais il existe des tabès oligosymptomatiques :*

— Où le tableau clinique se réduit à un minimum de symptômes ;

— Au maximum des difficultés, il s'agit d'un « *tabès incipiens* », à propos duquel on discute des « frontières du tabès ». En pratique, la majorité des auteurs exigent, pour porter ce diagnostic, l'existence de deux au moins des signes cardinaux (Romberg, Argyll, Westphall) associés à la *lymphocytose rachidienne.*

— *Ce sont eux :* qui posent le problème différentiel des *pseudo-tabès :*

Diphtérique, arsenical, assez faciles à éliminer ;

Diabétique, *alcoolique* surtout — parfois très délicats à écarter.

— Ou qui causent des erreurs diagnostiques, et, partant, thérapeutiques, *lorsqu'une manifestation clinique domine la scène* (faire ici le diagnostic différentiel rapide des crises gastriques, des arthropathies, des fractures spontanées).

3. C'est sur l'examen clinique et l'étude des manifestations extérieures que va se baser le problème du *siège* maximum des lésions, et qui permettra de distinguer :

Les tabès : dorso-lombaires ou lombo-sacrés, cervicaux ou bulbaires, basilaires, amaurotiques enfin — les signes d'incoordination étant minimes dans les deux derniers.

— *Le problème diagnostic étant élucidé,* l'examen clinique du malade ne saurait être complet sans l'appréciation du *pronostic du tabès en cause.*

Celui-ci repose essentiellement sur deux données :

1. *Le tabès est-il, ou non, évolutif ?*

2. *Quel est le bilan viscéral du malade ?*

I. — *Le caractère évolutif du tabès* sera jugé :

1. Sur *l'importance* — et *la répétition* — de l'un quelconque ou de plusieurs associés — des accidents dont nous avons vu la multiplicité.

2. Sur *l'abondance* et *l'importance* des manifestations cliniques révélées par l'examen du malade.

3. Surtout : sur les résultats des ponctions lombaires successives, sachant *qu'un tabès évolutif donne toujours :*

Une hyperalbuminose, une hyperlymphocytose (30-50 éléments), des réactions humorales franchement positives ;

Ou, au minimum, des *réactions dissociées :*

Soit hyperalbuminose plus hyperlymphocyose, soit réactions humorales positives.

Qu'un tabès fixé donne, par contre : en général seulement, une *lymphocytose résiduelle.*

— Résultats qu'il faudra toujours confirmer par l'étude des *réactions humorales sanguines.*

4. *En dernière analyse : l'effet du traitement* tiendra ultérieurement une large part dans l'appréciation de ce caractère évolutif.

II. — *Le bilan viscéral du malade* sera jugé sur un examen complet, qui sera systématique.

Rechercher les *lésions associées possibles.*

1. *Sans insister sur d'autres lésions nerveuses* — à vrai dire rares; telles que : *tabès avec amyotrophies* : atrophies localisées, pied tabétique de Jeoffroy, amyotrophie et fonte généralisée.

Cette dernière étant particulièrement grave.

Sclérose combinée : tabès plus myélite avec signes pyramidaux, l'un ou l'autre pouvant prédominer.

Tabès avec troubles psychiques — rarement paralysie générale, en fait *syphilis cérébrale* et non méningo-encéphalite diffuse.

— Toutes association assombrissant notablement l'avenir.

2. On aura surtout en vue la recherche d'*autres lésions syphilitiques viscérales :* aortite, syphilis hépatique, syphilis rénale.

Ces atteintes interviendront au premier chef dans le mode d'application et l'efficacité du traitement — et en fait, il faut bien le dire, lorsqu'elles existent, leur pronostic propre dépasse en importance celui du tabès.

— C'est sur cet ensemble qu'on va pouvoir préjuger de l'évolution ultérieure du tabès — compte tenu encore du *terrain* spécial qu'il représente pour les *infections surajoutées,* en particulier, chez le tabétique hospitalisé, la possibilité d'une *complication infectieuse,* ou d'une *surinfection tuberculeuse* qui, trop souvent, vient hâter cette évolution

G. LE SUEUR.

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire d'exploration clinique médicale (technique et séméiologie), publié par Emile SERGENT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, avec la collaboration de MM. Francis Bordet, Paul George, René Hazard, Raoul d'Heucqueville, Clément Launay, Camille Lian, René Mignot, Pierre Oury, Pierre Pruvost, Louis Ribadeau-Dumas. Deuxième édition (1).

A la veille d'une retraite qui interrompt son enseignement au moment où il était plus brillant, plus utile, plus couru que jamais, M. le professeur Sergent vient de publier un magnifique *Traité élémentaire d'exploration clinique.*

C'est en 1913, que l'auteur, sous un titre un peu différent (Précis de technique clinique, médicale et de séméiologie élémentaires), publiait la première édition de cet ouvrage. C'était alors l'*expression écrite* des conférences du maître. Ceux qui ont entendu ces leçons faites à une époque où l'enseignement officiel n'existait pas, ont gardé le souvenir de leur succès. Le style direct de M. le professeur Sergent, la forme à la fois familière et précise qu'il sait donner à l'exposition de questions parfois ardues, retenaient l'attention, forçaient la compréhension.

Ces qualités éminentes d'enseignement, M. Sergent les développa encore par la suite, dans ses services de clinique de la Charité et de Broussais. On les retrouve intactes dans son nouveau Traité.

« Si la dénomination de l'ouvrage a changé quelque peu, écrit M. Sergent, l'esprit demeure le même ; si la forme extérieure s'est amplement modifiée, si le *Précis* a grandi et est devenu un *Traité,* c'est parce que les limites de l'enseignement dit « élémentaire » s'élargissent constamment par l'apport de notions fondamentales qui constituent des bases nouvelles pour l'exploration clinique. »

Le nouveau *Traité* de M. Sergent n'est pas un précis de pathologie. L'auteur a tenu à « donner à l'élève qui suit la visite dans un service de médecine générale, un guide qui lui permette de comprendre l'intérêt des cas qui défilent sous ses yeux et d'apprendre à les étudier ».

Lorsqu'au terme d'une carrière remplie, comme l'a été celle de M. Sergent, on lègue aux étudiants un ouvrage de si haute tenue, on a le droit d'être très fier et de penser qu'on a fait une œuvre utile.

F. L. S.

(1) Un vol. gr. in-8° de 1102 pages, relié. Prix 170 fr. Masson éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.

N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Prix Fillioux. — En 1938, il sera décerné *deux* prix aux candidats internes et *deux* prix aux candidats externes ayant fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant du prix sera fixé à la fin du concours. Le concours sera ouvert le lundi 7 mars 1938. Inscriptions du 20 janvier au 3 février inclusivement, à l'administration centrale (Service de santé). Le concours comprend un mémoire manuscrit et inédit sur les maladies de l'oreille (il devra être déposé avant le 14 janvier) et une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille (examen de 20 minutes, exposé de 10 minutes après 10 minutes de réflexion).

Prix Civiale (1.000 fr.), ouvert entre les internes en médecine et externes en premier, pour le travail le meilleur sur les maladies urinaires. Ce travail devra être déposé à l'administration centrale le 14 février au plus tard.

— *Concours de l'internat* (oral). — Jury : MM. Lesné, Nicaud, Marchal, Chirié, Lelong, Marcel Ombrédanne, B. Weill-Hallé, Jacques-Ch. Bloch, Oberlin, Cunéo.

Hôpitaux de Marseille. — Après concours, ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Sansot, Taranger, de Saboulin, Orsini, Calas, Ourgaud, Bonneau, Stephanopoli de Commène, Bergier, Gaujoux, Bonnefoi, Grisoli.

Externes en premier : MM. Jézéquel, Vidal, Buerle, Mlle Cheyron, MM. Dalmas, Roche, Desanti, Mlle Blanc, MM. Marcorelles, Mouren.

Externes titulaires : MM. Roger, Baumel, Mme Aboulker-Deffearre, MM. Chauvin, Métras, Decugis, Goirand, Vuichard, Ferrari, Esmenard, Lombard, Mlles Pariente, Foussenq, MM. Arnoux, Morin, Bloch, Gaujoux, Court-Payen, Mlle Silhol, MM. Ferrand, Buis, Cristofari, Vallon, Roux, Mlle Clément, MM. Heurtematte, Sebahoun, Marrot, Laire, Bourret, Guiderdoni, Ménard, Rance, Fulcrand, Lieutier.

Stagiaires en premier : MM. Salvadori, Blanc, Sauvet, Gérard, Clausade, Bénévent, Franceschi, Mlles Brin, Bard, Martel, Allègre, MM. Pierre, Rolin, Ollivier, Sivan, Boittelle, Mireur.

Légion d'honneur. — Marine. — *Commandeur* : le médecin général de 2e classe Donval.

Officier : MM. Brugeas, Polack, Mondon, Marcon, Moreau.

Chevalier : MM. Jaffry, Monnier, Laurent et Badelon.

Distinctions honorifiques. — *Officier d'Académie* : M. le docteur Trouvé, à Châteaudun.

Ministère de la Santé publique. — *Sanatoriums.* — Ont été nommés : Mlle la doctoresse Allain, médecin adjoint de 4e classe au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise) ; M. le docteur Benau, médecin adjoint de 4e classe au sanatorium Georges-Guinon, à la Tuyolle-Taverny (Seine-et-Oise) ; M. le docteur Gau, médecin adjoint de 4e classe aux sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain) ; M. le docteur Pérol, médecin adjoint de 4e classe aux sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain) ; M. le docteur Pressat, médecin adjoint de 4e classe aux sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain) ; M. le docteur Meyer, médecin adjoint de 4e classe aux sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain).

Marine. — *Liste des élèves du Service de santé de la Marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens, affectés au Corps de santé de la Marine et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Toulon.*

Promotion 1933. — Médecins : MM. Durieux, Guennec, Bourcart, Boussereau, Flottes, Chomereau-Lamotte, Rouanet, Geyer, Quintin, Le Calvez.

Pharmacien : M. Capelle.

Liste des élèves du Service de santé de la Marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens versés au corps de santé des Troupes coloniales pour compter du 31 décembre 1936 et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille :

Promotion 1933. — Médecins : MM. Collomb, Scaon, Fossey, Brunet, Thibaud, Peyrusse, Mathurin, Fraboulet, Mahoudo, Brisbare, Ranoux, Menu, Guintran, Le Roux, Lacan, Gireud, Gourtay, Tasque, Merveille, Porte, Koch, Laffitau, Heckenroth, Salaun, Gary, Schneider, Lemaigre, Leric, Voignier, Adamy.

Académie de médecine. — *Prix proposés pour l'année* 1938. — Les concours seront clos fin février 1938.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Question : *Traitement des staphylococcies par les sérums et les vaccins.* — PRIX ALVARENGA DE PIAUHY. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 1.200 francs. — PRIX AMUSSAT. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.500 francs. — PRIX ANONYME. — *Anonymat interdit. — Partage autorisé.* — 2.000 francs. — PRIX APOSTOLI. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — PRIX ARGUT. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 800 francs. — PRIX AUDIFFRED. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — Un titre de rente 3 % de 24.000 francs.

PRIX BAILLARGER. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 2.500 francs. — PRIX BARBIER. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 2.500 francs. — PRIX BARTHÉLEMY. — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — PRIX BERRAUTE. — *Anonymat interdit. — Partage autorisé.* — Un titre de rente 3 % de 3.092 francs. — PRIX BOULLARD. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 2.000 fr. — PRIX BOULONGNE. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 6.000 francs. — PRIX BOURCERET. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.200 francs. — PRIX BRAULT. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 5.000 francs. — PRIX DU DOCTEUR GÉNA BRUNINGHAUS. — 10.000 francs. — PRIX BUIGNET. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.600 francs.

PRIX CAILLERET. — *Partage interdit.* — 500 francs. — PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.000 francs. — PRIX CAPURON. — *Anonymat obligatoire. — Partage autorisé.* — 2.000 fr. — Question : *Les injections d'eaux carboniques naturelles dans les affections cardio-vasculaires.* — PRIX CHEVILLON. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.000 fr. — PRIX CIVRIEUX. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Question : *Pathogénie et traitement des myopathies.* — PRIX CLARENS. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 500 francs. — PRIX EMILE COMBE. — *Partage interdit.* — 3.000 francs.

PRIX DAUDET. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 2.500 francs. — Question : *Traitement des endocardites malignes.* — PRIX DE LA FONDATION DAY. — Deux titres de rente de 3.000 francs. — PRIX DEMARLE. — *Anonymat interdit. — Partage interdit.* — 750 francs. — PRIX DESNOS. — *Partage interdit.* — 3.600 francs. — PRIX DESPORTES. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.500 francs. — PRIX DIEULAFOY. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 2.000 francs. — FONDATION DREYFOUS. — *Partage interdit.* — 1.400 francs. — Ce prix sera décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. — PRIX GUSTAVE DURANTE. — *Anonymat obligatoire. — Partage autorisé.* — 2.000 francs. — *Travaux sur l'anatomie pathologique du système nerveux.* — PRIX PHILIPPE DURANTE. — *Anonymat obligatoire. — Partage autorisé.* — 2.000 francs. — PRIX ALFRED DUTENS. — *Travaux imprimés. — Partage interdit.* — 10.000 francs.

PRIX ERNEST GAUCHER. — *Travaux imprimés. — Partage interdit.* — 1.800 francs. — CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux Eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Académie de médecine ; la liste sera close le 31 octobre 1938. — Le candidat nommé entrera en fonction le 1er mai 1939. — Une somme de 3.000 francs sera attribuée à ce stagiaire. — PRIX ERNEST GODARD. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie interne. — PRIX JACQUES GUÉRÉTIN. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.500 francs. — PRIX PAUL GUILLAUMET. — *Anonymat interdit. — Partage interdit.* — 1.500 francs. — PRIX GUINCHARD. — *Anonymat interdit. — Partage interdit.* — 8.000 francs. — PRIX GUZMAN. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — Un titre de rente de 2.500 francs.

— PRIX GUZMAN. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — Un titre de rente de 2.500 francs.

(A suivre.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE, La Pitié (professeur F. RATHERY).

Lundi 10 janvier. — 9 h. : M. BARGETON : Leçon de séméiologie cardiaque. — 10 h. 30 : M. DEROT : présentation de malades.

Mardi 11 janvier. — 9 h. : M. SALLET : leçon de séméiologie rénale. — 10 h. 30 : M. MOLINE : présentation de malades. — 11 h. 15 : M. F. RATHERY : maladies de la nutrition, diabète.

Mercredi 12 janvier. — 9 h. : M. GRENET : leçon de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30 : M. J. HEM : présentation de malades. — 11 h. 15 : M. F. RATHERY : maladies du rein.

Nécrologie. — Le docteur Charles Aboulker, chirurgien des hôpitaux d'Alger, chargé de cours à la Faculté d'Alger, délégué financier et conseiller général, décédé accidentellement à Alger.

— Le docteur Maurice Boucher (à Lille). Il était le beau-frère du professeur agrégé G. Didier et du professeur R. Desplats, à qui nous adressons l'expression de notre vive sympathie.

— Le docteur Fernand Merlin, sénateur de la Loire.

— Le professeur Erich Lexer, le grand chirurgien de Munich, à qui l'on doit des travaux désormais classiques sur la chirurgie des vaisseaux, sur les greffes et transplantations articulaires.

REVUE GENERALE

LES ABCÈS POTTIQUES

Par Mlle Ch. CIOSI

L'abcès ne doit pas être considéré comme une complication du mal de Pott, mais plutôt comme un des éléments du syndrome anatomique. Qu'il soit plus ou moins volumineux, facile à déceler cliniquement ou, au contraire, absolument latent, sa présence est pour ainsi dire constante au moins à un moment donné de l'évolution. Il constitue véritablement un prolongement de la lésion vertébrale.

Historique. — Déjà Le Dran, en 1731, avait établi la fréquence des abcès au cours de la carie vertébrale. Mais c'est à Percival Pott (1785) que revient le mérite d'avoir précisé leur véritable origine, secondaire par rapport à la lésion osseuse et, sans être absolument affirmatif, « la carie, écrit-il, est plus souvent une cause qu'un effet des abcès ». Gerdy crée le terme d'abcès ossifluents, qui marque à la fois leur point de départ et leur caractère migrateur. La découverte du bacille de Koch établit leur identité de nature avec les abcès froids des parties molles. Les travaux de Broca, Bouvier, Lannelongue et Ménard apportent une lumière définitive sur leur anatomie pathologique et leur pathogénie.

Dans les années récentes, signalons les travaux de Lance (La Tuberculose vertébrale, 1923), de Mme Déjerine-Sorrel (Contribution à l'étude des paraplégies pottiques, 1924). Massart et Ducroquet leur ont consacré une étude radiologique (1926). Calvé, Sorrel ont mis au point des méthodes de ponction. Depuis la Revue Générale que A. Sicard a publiée ici même (1924), la plupart des travaux n'ont porté que sur des questions de détail : Delahaye et Forest étudient les coxalgies consécutives aux abcès du psoas et Roederer, la tuberculose vertébrale à allure de rhumatisme (1933). Mentionnons enfin un article de R. Kaufmann dans le Bulletin de la Société Médicale, où l'auteur expose une conception nouvelle, ingénieuse mais bien fragile, de leur pathogénie et de leur anatomie pathologique.

Les abcès pottiques présentent des caractères communs à tous les abcès tuberculeux, mais partis d'une lésion vertébrale, ils auront des caractères particuliers, suivant le segment vertébral intéressé, tant au point de vue de l'anatomie pathologique que de la traduction radiologique, clinique et des indications thérapeutiques.

Anatomie pathologique. — Nous ne nous attarderons pas à discuter les idées de R. Kaufmann, d'après lequel les abcès pottiques d'origine ganglionnaire, seraient la cause et non l'effet de la lésion osseuse, et nous nous en tiendrons aux données classiques.

Caractères communs. — A partir de la lésion initiale, les abcès pottiques tendent à s'accroître et dans leur extension, le rôle actif, essentiel, revient à la membrane tuberculogène, suivant le mécanisme si bien mis en lumière par Lannelongue. Celle-ci progresse de proche en proche par sa face externe, dégénère par sa face cavitaire et déverse à l'intérieur de la poche qu'elle limite le contenu de ses tubercules ramollis. Ce contenu est formé d'un pus d'aspect et de consistance variables : matière caséeuse, plus ou moins grumeleuse, plus ou moins hémorragique, dont les caractères peuvent guider le pronostic.

L'évolution, mise à part la grande complication de l'infection secondaire, revêt l'allure cyclique habituelle des abcès tuberculeux. Dans les cas favorables ou quand le mal de Pott est rigoureusement traité, elle se fait vers la guérison, la poussée d'activité du foyer a tendance à s'éteindre, l'abcès se résorbe ou se calcifie sur place. Le pus devient de plus en plus clair, les parois s'accolent, formant un cordon cicatriciel ; ou bien, au contraire, le contenu de l'abcès devient de plus en plus épais, les parois s'infiltrent, se calcifient et la poche se trouve remplacée par une masse dense qui reste longtemps visible à la radiographie ou même cliniquement palpable. Abandonné à lui-même ou mal soigné, en progrès malgré tout, l'abcès peut s'ouvrir à l'extérieur quelquefois très loin de son point de départ. Il se produit alors une fistule qui, par le danger d'infection secondaire qu'elle comporte, constitue une aggravation sérieuse de pronostic.

Caractères particuliers. — Mais si le rôle le plus important dans la progression des abcès revient à la membrane tuberculogène, « si bien qu'ils ont parfois des aboutissants que l'anatomie ne prévoit pas » (Lannelongue), il est certain que de nombreuses causes physiques et anatomiques viennent favoriser ou entraver leur extension. Ils peuvent ainsi émigrer à distance, en se constituant une poche aux dépens des tissus qu'ils refoulent ou qui les guident ; les abcès profitent des trajets anatomiques préformés, ils suivent les gaines des nerfs, des vaisseaux, des muscles, le tissu cellulaire lâche, obéissant le plus souvent aux lois de la pesanteur.

I. Abcès de migration facile :

a) *Abcès du Mal de Pott cervical* (C et C-D sup. D1-D2).

Ces abcès suivent les digitations du muscle long du cou ; ils viennent se faire jour dans la région sus-claviculaire, ou en arrière du sterno ; la fistule, quand elle se produit, est en général latéro-cervicale. Parfois, ils restent médians : en avant de la colonne vertébrale, comprimant les organes aéro-digestifs et provoquant des accidents de dysphagie ou de suffocation.

b) *Abcès du Mal de Pott lombaire* (et dorsaux inférieurs — D11-D12).

Ces abcès sont « drainés » par la gaine du psoas.

Celui-ci s'insère sur les faces latérales des deux dernières dorsales et des lombaires (sauf la 5e).

Sa gaine constitue donc un trajet tout préparé, pour la migration de l'abcès qui peut cheminer très loin de son point de départ. Avec le psoas, il peut passer sous l'arcade crurale et venir au contact du petit trochanter, parfois même beaucoup plus loin (ouverture au canal de Hunter).

D'autres fois, l'abcès apparaît en arrière, dans le triangle de J.-L. Petit, ayant cheminé dans le tissu cellulaire lâche, périrénal (éventualité plus fréquente chez l'adulte).

Ainsi s'explique le fait que les abcès lombaires sont les plus volumineux et les plus facilement décelables. Fait curieux, malgré leur volume, ils donnent peu de signes de compression. Gaucher a signalé un cas de compression de l'uretère avec hydronéphrose, Lannelongue, un cas de perforation dans l'uretère.

L'envahissement de la hanche est une éventualité exceptionnelle ; Broca en signale un cas. Récemment Delahaye et Forest de Faye en ont rapporté d'autres exemples et nous-même avons eu l'occasion d'en observer deux. Mais, d'une façon générale, l'abcès reste intrapsoïque (Ménard).

c) *Abcès du Mal de Pott lombo-sacré* (L5-sacrum).

Ces abcès sont des abcès pelviens. Ils peuvent fuser vers le plancher du petit bassin, s'ouvrir dans la région périnéale ou dans un organe creux du voisinage. Quelques observations ont été publiées.

M. Richard, dans son service de l'Hôpital Maritime de Berck, a eu récemment un cas d'ouverture dans la vessie. Mais cette perforation dans un organe creux est néanmoins très rare et Ménard n'en donne pas d'exemple. Le plus habituellement, l'abcès suit le muscle pyramidal, sort avec lui par l'échancrure sciatique et vient apparaître soit à la fesse, soit dans la région trochantérienne. Aussi, la majorité des abcès froids de ces régions doivent-ils faire avant tout suspecter une origine lombo-sacrée, beaucoup plus fréquente que l'origine trochantérienne : cette notion est importante à retenir car elle commande deux thérapeutiques essentiellement différentes.

II. Abcès sans voie de dérivation.

a) *Abcès du Mal de Pott sous-occipital.*

L'abcès reste petit — le plus souvent il est rétro-pharyngien — il évolue alors comme les abcès cervicaux. Exceptionnellement, il se dirige en arrière, vers la nuque. Il peut fuser dans le canal rachidien, comprimer la moelle cervicale ou même, remontant dans la région endocranienne, venir comprimer la dernière paire.

b) *Enfin, les Abcès du Mal de Pott dorsal.*

Nous avons vu que les abcès venus des deux premières et des deux dernières dorsales s'assimilent respectivement aux abcès d'origine cervicale et lombaire.

Les abcès moyens (D3 à D10) présentent une physionomie particulière. Ils ne rencontrent pas ici de trajets anatomiques leur offrant des lignes de moindre résistance. Nés dans la vertèbre, ils sont immédiatement bridés par le ligament vertébral qui ne leur offre aucune solution de continuité. Ils doivent donc se développer sur place et ne peuvent émigrer qu'après avoir forcé le ligament.

Aussi, les migrations sont-elles plus rares qu'ailleurs. Quand elles se font, elles se dirigent le plus souvent vers le bas, l'abcès affleure sous la 12e côte, dans l'angle costo-vertébral, ou en arrière, vers la gouttière vertébrale. Il peut décoller la plèvre, former une poche sous-pleurale ou, après un trajet ascendant, se faire jour au dehors à travers un espace intercostal, en suivant les perforantes, parfois très en avant. Cette dernière fusée qui peut simuler une origine costale, est aussi importante à connaître au point de vue thérapeutique, que la fusée fessière d'origine sacrée.

Mais, le plus souvent, ces abcès restent médiastinaux. Même après effraction du ligament, un certain nombre demeurent sessiles, se développant sur place, en « nid de pigeons » (Ménard). En général, ils se bornent à décoller le ligament, constituant une poche plus ou moins vaste pré et surtout latéro-vertébrale. Cette extension, uniquement sous-ligamentaire, explique quelques-uns des caractères fondamentaux de la localisation dorsale. Elle est à l'origine de l'extrême latence de ces abcès, malgré leur volume parfois considérable ; elle explique l'image radiologique du fuseau paravertébral, si spéciale au mal de Pott dorsal ; d'autre part, la présence de pus au contact des vertèbres sus et sous-jacentes au foyer, est pour ces vertèbres une cause de contamination, d'où la fréquence de lésions superficielles ou même la possibilité d'un foyer secondaire, à distance du foyer initial.

Enfin, elle conditionne la proportion plus grande des paraplégies. On sait, en effet, que celles-ci sont plus fréquentes dans la localisation dorsale. L'abcès sous-ligamentaire, privé de voie de dérivation, fuse plus facilement que les autres en arrière des ligaments antérieurs ou postérieurs ; c'est par l'intermédiaire du ligament postérieur décollé que l'abcès formé à la face postérieure des corps vertébraux produit ses effets de compression ou de congestion extra-durale, et cela sur une région qui peut dépasser les limites du foyer. Cet abcès peut rester anté et extra-médullaire, ou perforer le ligament postérieur et entourer directement les méninges. Mme Déjerine-Sorrel a montré la rareté de l'envahissement vrai des méninges et l'importance des phénomènes de congestion.

Quelle que soit la situation de l'abcès intra-rachidien, qu'il soit suivant la terminologie de Mme Déjerine-Sorrel « sus-ligamentaire (entre vertèbre et ligament) ou sous-ligamentaire (entre ligament et méninge) cet abcès communique avec la collection extra-rachidienne : c'est la règle.

La communication plus ou moins large se fait à travers le foyer de destruction vertébrale, mais il est des cas certains (Leriche-Fontaine-Bonola) quoique très rares, d'abcès juxta-méningés, sans effondrement du ligament postérieur, par prolongement de l'abcès extra-rachidien, à travers un trou de conjugaison.

Quel que soit le mécanisme exact de la production des paraplégies par l'abcès, il est certain que l'évolution de l'une est intimement liée à l'évolution de l'autre et cela explique les essais thérapeutiques qui se proposent d'améliorer la paraplégie par action directe sur l'abcès (ponctions, costo-transversectomie, laminectomie).

Radiologie. — Y a-t-il une traduction radiologique de l'abcès ?

En règle générale, non. Par sa consistance, l'abcès ne se distingue pas des parties molles et certaines collections intrapsoïques, par exemple, peuvent atteindre un volume très considérable sans apparaître sur

les clichés. Ce n'est que lorsque la condensation de la collection est avancée, que la calcification s'est produite, que les contours apparaissent sous la forme d'une ombre plus ou moins homogène.

Parfois l'abcès peut se révéler par des signes indirects : refoulement en avant de la colonne claire aérodigestive, dans le mal de Pott cervical.

De même, on peut par les injections opaques, mettre en évidence des prolongements ou des communications d'abcès, la multiplicité des diverticules, alors qu'il n'existe qu'une poche à l'examen clinique.

Seul, le mal de Pott dorsal produit des abcès directement et presque constamment visibles sous la forme d'un fuseau paravertébral : sur 203 radiographies, nous avons relevé 139 fuseaux. Les 64 autres n'en montraient pas.

l'interpréter convenablement et ne pas le confondre avec les multiples contours viscéraux de la région (gros vaisseaux, ombres médiastinales normales, etc..., Bougot 1913).

D'apparition précoce, comparativement au diagnostic clinique, ce qui ne veut pas dire qu'il correspond au début anatomique des lésions, le fuseau conserve cet aspect durant la plus grande partie de son évolution. On le voit quelquefois augmenter de volume sur des clichés successifs, se calcifier sur place (et il devient alors visible même sur les clichés de profil) ou, au contraire, rétrograder sous l'influence du traitement, au point de disparaître.

Cette disparition totale est, du reste, un fait assez rare, du moins dans les limites habituelles d'observation.

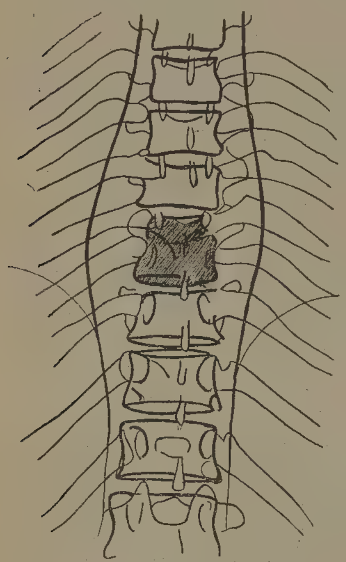


Fig. 1. — Long fuseau dans un mal de Pott de la 8e et 9e VD.



Fig. 2. — Evolution d'un abcès intrathoracique. Disparition progressive du fuseau en deux ans.

Parmi ces derniers cas, il y avait 43 Pott D. L. avec abcès migrateur, 15 dorsaux anciens, avec ou sans abcès calcifié et 6 cas seulement de Pott dorsal en évolution sans fuseau, sans abcès cliniquement décelable. On voit combien cette proportion est minime.

Visible uniquement sur les clichés de face, il apparaît sous la forme d'une ombre allongée, régulière, à maximum transversal périfocal, s'amincissant vers les extrémités et débordant de part et d'autre sur l'ombre vertébrale. Quand la lésion dorsale est bas placée, le fuseau est ascendant, la limite inférieure élargie, semblant bridée par la coupole diaphragmatique.

Dans sa forme classique, de beaucoup la plus fréquente, le fuseau présente une opacité homogène dès le début de son apparition et ses contours sont nets, bien délimités à droite comme à gauche, malgré les opacités juxtaposées des organes médiastinaux. Ils ne sont jamais soulignés par une ligne plus épaisse évoquant une coque plus résistante et, de même, ils ne se montrent jamais flous ou dégradés, pouvant faire croire à un envahissement tissulaire, de proche en proche.

Sa présence, pour ainsi dire constante, en fait un précieux élément de diagnostic, encore faut-il savoir

Sur 99 cas ayant évolué vers la guérison clinique :

— 24 cas ont évolué vers la calcification ;

— 31 cas ont persisté homogènes ;

— 22 cas ont seulement diminué ;

— 22 cas ont disparu.

Cette longue persistance pourrait s'expliquer par l'épaississement du fascia endothoracique et de la plèvre auxquels il adhère par l'intermédiaire de ligament décollé.

Quelle est la signification anatomique exacte de ce fuseau ?

Il a été diversement interprété : Pour certains auteurs, il traduit au moins dans ses formes les plus étroites, au début, une zone de congestion périfocale. Pour la majorité, il est dès le début la signature d'un abcès sous-ligamentaire, ainsi que pourraient le prouver dès ce moment, des ponctions sous écran.

On conçoit combien cette interprétation du fuseau rend le pronostic plus sérieux. Il explique : par le siège de l'abcès :

— L'extension plus grande de l'atteinte osseuse ;

Et par sa longue persistance :

— La possibilité d'altération définitive de la moelle;

— La possibilité de poussées nouvelles.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1938)

Installation du bureau. — M. Martel, président sortant, prononce le discours d'usage et cède le fauteuil à M. Fernand Bezançon. Le nouveau président prend alors la parole. Il salue son prédécesseur M. Martel, dont le nom est applaudi chaleureusement.

M. Bezançon aborde ensuite le programme de travail qui s'offre à ses collègues. Il insiste sur l'appui que l'Académie doit apporter à ceux qui se consacrent aux recherches cliniques, et en particulier, aux internes et aux étudiants. Ce discours et le programme qu'il indique sont vivement applaudis.

Notice nécrologique. — M. Fredet lit une notice sur M. Chutro (de Buenos-Aires), correspondant étranger, récemment décédé.

Influence d'une eau sulfatée chlorurée calcique sur le cycle des lipides. — MM. M. PIERY, J. ENSELME et Mlle D. NURY montrent que, sous l'action d'injections ou d'ingestion d'eau de la Source Hybord, de Brides, le cycle des lipides se modifie profondément.

1° Les acides gras abandonnant les tissus de réserve signalent leur passage au niveau du sang par un abaissement de l'indice d'iode ; 2° ces acides gras sont retrouvés au niveau du foie ; 3° la cholestérolémie est abaissée ; 4° enfin on trouve au niveau du sang augmentation de la capacité oxygénée. Les auteurs interprètent ce fait comme le témoin d'une exagération des oxydations tissulaires. (Présentation faite par M. Rathery.)

Indices corporels. — Le médecin général F. PASTEUR présente une étude sur la relativité proportionnelle des diverses dimensions du corps humain : taille, périmètre thoracique, poids, volume, surface et densité. L'auteur établit par quelques formules simples une sorte de canon arithmétique de ces diverses propriétés statiques qui constituent l'harmonie numérique des formes avec les lois de l'équilibre physiologique de notre organisme. Ce barème de poids et mesures peut servir de base d'appréciation et de contrôle à l'aptitude physique au point de vue médical, administratif et sportif, en hygiène, et présente le plus grand intérêt dans de nombreux problèmes biologiques.

Pathogénie de la conjonctivite printanière. — M. Henri LAGRANGE (Paris) expose les recherches qu'il a poursuivies depuis 1922 sur la pathogénie de la conjonctivite printanière, dont il a montré à cette époque le caractère anaphylactique. Il insiste sur les tests cliniques et biologiques de ces réactions de la muqueuse oculaire (caractère périodique, prurit, cuti-réaction et épreuve de Prausnitz-Kustner positives). Le traitement doit s'inspirer de ce qui prouve que les troubles endocriniens jouent un rôle important dans l'état de déséquilibre humoral, et, tout particulièrement, du fait que le catarrhe printanier est, avant tout, une maladie de l'enfance et de la puberté, ayant tendance à disparaître quand l'organisme s'équilibre.

Traitement de l'insuffisance cardiaque des basedowiens. — M. L. GOLDEMBERG fait une communication sur l'emploi du fluorure de sodium intraveineux dans le traitement de l'insuffisance cardiaque des basedowiens. L'auteur insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1937)

Sur le dosage volumétrique du sodium en vue de la détermination du rapport Na/Cl dans les urines. — M. R. SASSIER a étudié plusieurs méthodes de dosage volumétrique du sodium : la méthode de Follinf, celle de Weinbach et celle de Dobbins et Byrd, basées sur le même principe : dans l'urine, débarrassée des phosphates, le sodium est précipité à l'état d'acétate triple d'urane, de zinc et de sodium ; le sel triple, dissous dans l'eau, est titré par la soude en présence de phtaléine. Ces méthodes lui ont donné des résultats inconstants. Il indique une technique dans laquelle la titration du sel triple se fait à chaud, en présence d'un grand excès de soude N/10, excès déterminé ensuite au moyen d'une solution d'acide chlorhydrique N/10. Dans ces conditions, à 10 molécules de soude correspond 1 molécule d'acétate triple (soit 1 de Na).

Dosages comparatifs du chlore, du sodium et du potassium dans les urines de certains cachectiques. — MM. BRULÉ, SASSIER et Jean COTTET montrent que le rapport urinaire Na/Cl, normalement voisin de 1, est abaissé dans la plupart des cas de dénutrition et particulièrement dans les cirrhoses graves ; le rapport Na/K suit la même évolution. A la faible élimination du sodium s'oppose une élimination normale de potassium. Chez plusieurs malades dont le rapport Na/Cl était très bas, l'injection intra-veineuse de 4 gr. de NaCl n'a pas modifié le rapport. Par contre, la rechloruration pratiquée en donnant 10 gr. de NaCl pendant quatre jours peut ramener, dans certains cas, les rapports Na/Cl et Na/K à la normale.

L'abaissement du rapport urinaire sodium-chlore. Essai d'interprétation. — MM. BRULÉ, SASSIER et Jean COTTET, essayant d'interpréter le mécanisme d'abaissement du rapport Na/Cl dans l'urine de certains cachectiques et particulièrement des cirrhotiques, se demandent si ce fait n'est pas dû au défaut de fixation normale du potassium dans les tissus.

En effet, le milieu humoral reste constant, ainsi qu'ils ont pu s'en rendre compte en dosant le sodium, le chlore et le potassium d'une douzaine de liquides ascitiques. Les auteurs ne pensent pas trouver une explication à ces faits dans une rétention de NaCl ou dans un apport exagéré de K. Ils admettent plutôt une libération anormale de K, métal des tissus, au cours des fontes musculaires cachectiques. Il existe peut-être une fixation tissulaire anormale de Na comme phénomène compensateur.

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1937)

Sur l'évolution maligne du papilloépithélioma du lapin et son mode de régression sous l'action de la colchicine. — MM. Albert PEYRON, Guy POMMEAU-DELILLE et Bernard LAFAY.

Etude comparative de la sensibilité des cobayes sains et tuberculisés aux poisons sympatho et parasympathomimétiques (adrénaline et pilocarpine). — MM. F. MAIGNON et G. ROY, en déterminant comparativement le pourcentage de mortalité chez des cobayes sains et tuberculisés soumis à des injections de doses sub-mortelles d'adrénaline et de pilocarpine, ont vu que les cobayes tuberculisés sont nettement plus sensibles à l'action toxique de ces deux substances que les cobayes sains, parce que dans le premier cas l'action toxique de ces poisons du système nerveux végétatif s'ajoute à celle des poisons tuberculeux.

C'est du même ordre d'idée que l'aggravation de la crise anaphylactique par administration de pilocarpine.

Etude expérimentale du virus neurolymphophile sur le singe. — M. PETZETAKIS (d'Athènes), dans une nouvelle sé-

rie de recherches, qui a déjà isolé un nouveau virus filtrant (virus neurolymphophile), étudie son action sur le singe.

Son injection sous-cutanée provoque une tuméfaction des ganglions et de la rate, alors que l'injection intracérébrale produit une maladie fébrile après un stade d'incubation qui dure 5-6 jours et qui très souvent aboutit à la mort de l'animal. A l'autopsie on trouve, à part les lésions du système lymphatique, des infiltrations lymphocytaires dans les différents organes et des lésions de méningocéphalite avec lésions prédominantes au niveau de la choroïde et qui consistent en hémorragies et infiltrations abondantes lymphocytaires.

Recherches sur les séro-vaccins. — MM. A. GRIMBERG et S. MUTERMILCH.

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1937)

Les phénomènes de déplacement de l'anneau et de l'anneau double dans la réaction d'Ascoli. — M. W. SCHAEFER montre que le siège du disque dans la réaction d'Ascoli dépend des concentrations relatives de l'antigène et de l'anticorps. Si l'antigène est en excès, le disque apparaît dans la zone du sérum. Si l'anticorps est en excès, le disque apparaît dans la zone de l'antigène. Si la solution d'antigène contient deux antigènes de spécificité et de concentration différentes, il y a apparition de deux disques, dont l'un se place dans la zone de l'antisérum et l'autre dans la zone de l'antigène.

Le taux de l'alexine et le pouvoir anticomplémentaire. — Mlle J. DUFOUR. Il n'existe aucun rapport quantitatif entre le taux d'alexine d'un sérum et son pouvoir anticomplémentaire. L'apparition du pouvoir anticomplémentaire et la disparition de l'alexine sous l'action de la chaleur ne sont pas des phénomènes corrélatifs, mais des faits concomitants.

Sur les effets de l'injection intraveineuse au lapin de doses massives de bacilles tuberculeux du type humain. — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE trouvent que l'inoculation à dose massive (5, 10 ou 15 mg.) de bacilles tuberculeux de type humain par voie veineuse au lapin, provoque assez fréquemment une infection rapidement mortelle avec, à l'autopsie, des images rappelant celles de la toxi-infection tuberculeuse dite du type Yersin, causée par le bacille bovin, mais se distinguant de celle-ci entre autres par l'apparition d'une hypogranulocytose passagère ou définitive, et par la rareté ou même l'absence de bacilles dans les frottis des organes.

La distribution du virus de la grippe chez la souris infectée. — M. C.-F. CERRUTI, de ses recherches expérimentales, conclut que le virus grippal ne se localise pas aux poumons de l'animal infecté, mais se trouve aussi dans le foie, la rate et le cerveau.

La réceptivité du lapin au virus de la grippe humaine. — MM. C.-F. CERRUTI et U. DI AICHELBURG montrent que le lapin est réceptif à l'infection par le virus grippal, lorsque l'inoculation de poumons de souris infectées est faite par voie intra-cranienne. Les symptômes d'infection chez le lapin et les lésions anatomo-pathologiques sont peu marqués, mais, dans tous les cas, les émulsions de cerveau des animaux infectés se sont montrées virulentes.

Influence de la concentration ionique du milieu sur le pouvoir fixant des hématies « in vitro ». — M. A. DOGNON et Mme S. ANDRÉ. Les hématies qui fixent une proportion très élevée d'un colorant, tel que le bleu de Nil en solution de Ringer, ont un pouvoir fixant extrêmement faible en solution isotonique de chlorure de sodium. L'absence d'ion CO^3 dans cette dernière est responsable de ce phénomène. En faisant varier la concentration du colorant, on constate qu'il peut cependant y avoir fixation en milieu de Na Cl, si le colorant est très dilué.

En milieu de Ringer et en milieu de Na Cl, les lois de fixation en fonction de la concentration de colorant sont très différentes.

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1937)

Action de la nicotine sur l'excitabilité de l'appareil neuromoteur chez le crabe. — M. D.-T. BARRY et M. et Mme CHAUCHARD appliquent sur un nerf moteur de crabe une solution de nicotine. Ils constatent une élévation du temps d'excitation pouvant aller jusqu'à l'inexcitabilité complète Le phénomène est réversible. L'action porte non sur une synapse, mais sur le nerf au point d'application du toxique, comme dans le cas des mammifères.

Les variations de l'immunité et de la production d'antitoxine spécifique chez deux groupes de lapins traités par les mêmes échantillons d'anatoxine staphylococcique. — M. R. RICHOU. D'essais effectués chez des lapins de provenance différente, il ressort que le titre antitoxique moyen des sérums des lapins d'un premier élevage, immunisés avec une anatoxine staphylococcique brute, est cinq fois plus élevé que celui des lapins d'un second élevage qui ont reçu les même injections de la même anatoxine. La même différence se retrouve, bien que moins accusée, chez les lapins immunisés avec une anatoxine purifiée préparée à partir de l'anatoxine brute précédente.

L'ensemble de ces résultats confirme une fois de plus que seule la détermination, par la méthode de floculation par exemple, du pouvoir antigène intrinsèque (G. Ramon) d'une anatoxine permet d'évaluer avec précision l'activité immunisante qui lui appartient en propre.

Election. — M. NICOLAU est élu membre titulaire.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1937)

Un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques B chez le nourrisson. Guérison après traitement par la para-amino-phényl-sulfamide. — MM. WEILL-HALLÉ, MEYER et TIFFENEAU. C'est la première observation publiée en France de méningite cérébro-spinale traitée par la sulfamide. Observation d'un enfant de treize mois. Après un début septicémique avec purpura, les signes de méningite parurent le troisième jour. Injection de 20 cmc. de sérum polyvalent puis on donne le quatrième jour 1 gr. 50 de para-amino-phényl-sulfamide en 3 prises espacées. Vingt-quatre heures après la première prise, la température tombe à 37. Le liquide céphalo-rachidien purulent devient liquide et stérile. Donc rapidité d'action et emploi exclusivement buccal.

Chimiothérapie de la méningite cérébro-spinale à méningocoque. — MM. ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY, TIFFENEAU, WOLINETZ et MEYER. Guérison d'un enfant de quatre ans atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques B, traité par la para-amino-phényl-sulfamide par voie buccale pendant 3 jours. Guérison en 36 heures.

M. Milian rapporte qu'il a obtenu des résultats merveilleux avec cette substance dans la blennorragie.

Erythème marginé rhumatismal. — MM. PELLÉ et MASPOT (Rennes). Cas typique d'érythème marginé rhumatismal évoluant pendant plusieurs mois chez un homme de 33 ans atteint de myocardite. Frappés de la ressemblance de l'éruption avec certains érythèmes de la maladie du sérum, les auteurs croient à sa nature allergique.

Cholestérorachie et méningite tuberculeuse. — MM. GERMAIN et BABIN ont dosé le cholestérol dans le liquide

céphalo-rachidien de méningites tuberculeuses par la méthode de Grigant adaptée : ils ont trouvé des taux allant de 0 gr. 01 à 0 gr. 20 pour 1000, alors que le liquide normal n'en contient que des traces, 0 gr. 001 pour 1000, inappréciables colorimétriquement. Ce cholestérol apparaît comme un témoin de la lyse des galacto-lipides cérébraux et souligne l'intérêt de l'hypercholestérorachie dans la méningite tuberculeuse.

Un cas de lipomatose symétrique associé à un double mal perforant plantaire. — MM. Gouvion, Audoyer et Chevalier.

Syndrome protubérantiel inférieur et condylodéchire postérieur au cours d'une tuberculose pulmonaire. — MM. Germain et Morvan.

Méningite cérébro-spinale grave avec méningococcémie. Guérison par endoprotéinothérapie. — MM. Cattan et Fort.. Femme de 39 ans atteinte de méningite cérébrospinale. On identifie un méningocoque B. Injection souscutanée et intra-rachidienne de 1.285 cmc. de sérum. Traitement concomitant par abcès de fixation, par des injections de vaccin et de jaune d'acridine. Echec de toutes ces médications. On injecta alors par voie intra-musculaire 0 cmc. 5 et par voie rachidienne 0 cmc. 25 d'endoprotéine méningococcique. Guérison après un choc peu intense. Guérison en 48 heures.

Cette intéressante observation fut heureusement commentée par MM. Apert, Lemierre, Cathala, Marquézy, Lesné, Hallé, Rist.

Anémie grave dysphagique. Syndrome de Plummer-Vinson. — M. Lebon.

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1937)

Encéphalite de la scarlatine à type de délire aigu. — MM. Marquezy et Rambert.

Virulence du liquide céphalo-rachidien dans la parotidite ourlienne. — M. de Lavergne a inoculé le liquide céphalo-rachidien de malades atteints d'oreillons simples à des lapins, par voie intra-rachidienne ; il a constaté la production d'infiltrations périvasculaires à lymphocytes et de foyers inflammatoires dans le parenchyme nerveux, ainsi que des lésions de méningite.

Deux cas de tuberculose miliaire curable. — M. Rist. 1er *cas*. Garçon de 14 ans toussant sans expectoration depuis 1930. En 1932, la radio montre un semis de granulations ; en l'absence de tout symptôme fonctionnel. Au pli du coude existaient deux placards de lupus apparus depuis un an ; l'image thoracique devint à peu près normale ; un an après, expectoration avec bacilles. Deux ans plus tard, après cure au sanatorium, guérison.

2e *cas*. Russe, 28 ans, à l'occasion d'un épisode pulmonaire, expectore des crachats chargés de bacilles et on constate un semis miliaire aux deux bases. Ces dernières lésions se cicatrisent rapidement ; mais une lésion tuberculeuse de la langue apparut ; celle-ci, après guérison apparente, s'étendit et devint douloureuse. Le malade mourut.

Dans les deux cas, une tuberculose miliaire rétrocéda complètement, mais une localisation extra-pulmonaire apparut. L'effacement des lésions miliaires ne signifie pas guérison totale.

Kala-azar de l'adulte compliqué d'érysipèle disséquant. Guérison. — M. Benhamou. Femme 32 ans, alcoolique, entre à l'hôpital avec le diagnostic de cirrhose hépatique, porteuse d'un gros foie, d'une splénomégalie et d'une légère ascite. Diagnostic de kala-azar confirmé par présence de parasites. Evolution troublée par l'apparition sur la face antéro-interne de la cuisse d'un érysipèle gangréneux, guéri rapidement sous l'influence du rubiazol. Sous l'influence de la médication antimoniale, le kala-azar guérit complètement.

Dans deux cas d'érysipèle disséquant, le professeur Lemierre a isolé un genu anaérobie (*B. terebrans*). Dans un cas de kala-azar, le même auteur a obtenu la guérison totale avec l'uréostibamine.

Fièvre ondulante guérie par des dérivés sulfamidés non azoïques. — M. Béthoux. Dans un cas de fièvre ondulante survenu chez un ouvrier agricole, on administra chaque jour par la bouche 4 comprimés de 0 gr. 50 de Septazine et 20 cmc. de Soluseptazine par voie veineuse. La fièvre disparut définitivement.

Hyperazotémie curable, peut-être extra-rénale, par stase duodénale possible, au cours d'une cholécystite aiguë apyrétique. — MM. Doré et Lardiant.

Trois cas d'érythrémie. Variabilité du chiffre globulaire. Constance des troubles de la coagulabilité. — MM. Doré, Duliscouet et Callegari.

Doses thérapeutiques d'un nouveau dérivé organique du soufre. — MM. Benda et Palazzoli. Résultats des expériences entreprises avec la sulfamide dans la gonococcie. L'action du 1162 sur le gonocoque *in vivo* est indéniable, mais on peut se heurter dans l'emploi à la toxicité du produit et à l'inefficacité des doses faibles.

Sérothérapie antiméningococcique. — M. Le Bourdellès. Pour l'auteur, la sérothérapie monovalente donne parfois de beaux succès, surtout dans la méningite A. L'immunité habituelle des porteurs de germes est en faveur de l'existence d'une immunité naturellement acquise, immunité de contact. Les propriétés pyogènes du germe aboutissent parfois à la création d'états méningés alvéolaires s'opposant à toute manœuvre thérapeutique. Pour le même auteur, l'emploi de la sérothérapie réglée demeure nécessaire.

M. Lemierre estime que la valeur de la sérothérapie antiméningococcique est très relative.

SOCIETE DE PATHOLOGIE COMPAREE

SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1937

Cette séance a eu lieu sous la présidence de : M. le ministre de l'Education nationale, représenté par M. le professeur Noël Fiessinger ;

M. le ministre de l'Agriculture, représenté par M. le docteur vétérinaire Verret, chef de cabinet ;

M. le ministre de la Santé publique, représenté par M. le préfet honoraire Varenne,

Et M. le docteur vétérinaire Martel, président de l'Académie de médecine.

LES ANÉMIES VERMINEUSES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX

Les anémies vermineuses chez les animaux. — Rapport de M le professeur Henry d'Alfort). Les anémies qui sont en rapport direct avec des infestations vermineuses sont fréquentes et d'une grande importance économique chez les animaux. Les agents des grandes anémies vermineuses figurent dans tous les ordres d'helminthes : trématodes (*distomatose hépatique*), cestodes (*troeniatis des ruminants*), nématodes (*strongylidoses*). Ces parasites agissent d'une façon très complexe, mais surtout par une action prédatrice (*distomatose, stongylidoses*) et par une *action toxique* (*toeniasis*). On a généralement trop sous-estimé les pertes de sang, produites par les parasites. L'anémie déterminée par les helminthes hématophages est du même type que celle produite à la suite d'hémorragies chroniques ; elle est sensible à la thérapeutique ferrique. L'action toxique est moins importante ; cependant, il faut reconnaître qu'elle agit seule, ou

principalement, dans certains cas où les helminthes ne sont pas hématophages.

Les anémies vermineuses chez l'homme. — Rapport de MM. le prof. ag. Paul CHEVALLIER et Th. DESMONTS, qui font une étude détaillée des anémies vermineuses. Pour chaque helminthiase, ils s'efforcent de préciser le type hématologique de l'anémie, passent en revue les discussions qu'a soulevées le rôle anémiant des vers, rappellent les principales théories qui ont cherché à expliquer l'action anémiante des vers et les faits paradoxaux observés chez les porteurs de vers.

Ils concluent que dans un certain nombre de cas, l'origine helminthique de l'anémie est discutable, mais certaines anémies sont indiscutablement provoquées par les vers. Le type hématologique de ces anémies revêt le type de l'anémie secondaire qui d'ailleurs peut varier suivant les cas. Il a une importance très grande pour le diagnostic et le traitement et dans bien des cas, l'action du traitement anthelminthique doit être complétée par le traitement antianémique, ce sont les anémies bothriocéphalique et ankylostomique qui occupent la plus grande place au cours de cette étude en raison de leur importance. Ces auteurs terminent en montrant tout l'intérêt que l'étude des anémies vermineuses comporte pour l'étude des anémies en général.

Dépérissement vermineux des plantes. — Rapport de M. J. DUFRENOY. Bien des cas de jaunissement de feuilles, de ralentissement de végétation, autrefois décrits comme « maladies physiologiques » sont à classer parmi les « Anguilluloses » (Goffart 1929, Staehelin 1931).

Les vers (Nématodes) exercent sur les tissus de la plante des actions dont le mécanisme est encore mal connu, mais qui peuvent être classées en trois groupes :

1° Les « Aphelelcus » parasites des feuilles, font apparaître au niveau des lésions des taches jaunes, qui brunissent en se desséchant.

2° Les « Tylenchus » produisent des troubles généraux de la nutrition, consécutifs à un « empoisonnement local » ; les tiges deviennent bulbeuses, les entre-nœuds restent courts, les feuilles sont jaunâtres, les fleurs ou les graines avortent.

3° Les « Heserodera » forment des galles sur les racines.

Du point de vue pathologie comparée, les Nématodes provoquent des « anémies » locales ou généralisées, en modifiant par leurs sécrétions le pigment chlorophylhèm, dérivé pyrolique chimiquement analogue aux pigments respiratoires du sang et des tissus, et dont la destruction entraîne l' « anémie » chez les animaux.

Les anémies vermineuses du bétail en pays d'élevage extensif. — M. VELU (de Casablanca). Le terme *d'anémie vermineuse* ne semble pas jusqu'ici avoir acquis droit de cité dans la nosologie vétérinaire française. Le dogme de l'importance restreinte des parasites du bétail, resté longtemps intangible, commence seulement à être ébranlé.

L'*anémie vermineuse* constitue bien une *entité morbide bien définie*, par ses causes, ses symptômes, son traitement.

Elle n'existe que grâce à l'action de causes adjuvantes de conditions topographiques, mésologiques, qui déterminent à la fois *la misère physiologique*, facteur prédisposant, et la *pullulation du parasite*, sans qu'on puisse dire bien souvent lequel des deux a précédé l'autre.

La prophylaxie systématique, industrielle peut-on dire, qui consiste surtout en traitements continuels des malades, permet de lutter contre le parasitisme, mais il est bon que des voix autorisées, comme celle du professeur Henry, redonnent au parasite la place et l'importance que les découvertes pastoriennes lui avaient fait perdre.

Anémie due au trichocéphale, par M. le docteur vétérinaire TASKIN. L'auteur rapporte l'histoire d'une épidémie de trichocéphalose observée sur un élevage important de chiens samoyèdes. Tous les malades ont présenté, avec de l'entérite muco-membraneuse, des troubles anémiques superposables à ceux de l'ankylostomiase. L'administration de tétrachlorure de carbone a eu raison de cette infestation.

Le traitement cuprique des anémies par carence alimentaire chez l'enfant. — MM. E. LESNÉ et BRISKAS rappellent d'abord les taux normaux de fer et de cuivre dans les laits des différentes espèces, puis dans le sang et les viscères (foie et rate) de l'enfant et des rats.

Ils étudient ensuite les variations de ces deux métaux au cours des anémies. Dans l'anémie par carence alimentaire, il y a une augmentation du cuivre dans le sérum sanguin, par contre, le foie et la rate s'appauvrissent en ce métal. Le fer varie en sens inverse du cuivre.

Les auteurs montrent en se basant sur des faits expérimentaux et cliniques, l'action thérapeutique du cuivre seul, du fer seul et du mélange cuivre et fer.

1° *Le cuivre peut agir seul.* Au cours de l'anémie expérimentale par carence alimentaire, il crée dans le foie et la rate une réserve importante de fer qui paraît inactif. Le cuivre, par son action catalytique, mobilise le fer fixé dans les tissus ; et ainsi s'explique l'augmentation de cuivre dans le sang au cours des anémies.

2° *Le cuivre est inactif* quand les réserves ferriques sont épuisées et alors l'introduction du cuivre seul ne peut avoir aucune action thérapeutique.

3° *Le fer inorganique ou organique* isolément ne peut agir, le taux de l'hémoglobine ne change pas. L'introduction dans l'organisme du mélange ferro-cuprique corrige ces déficiences.

Lesné et Briskas démontrent certains échecs du traitement ferro-cuprique. Le taux élevé du cuivre dans le sérum sanguin est un indice de l'épuisement des réserves ferriques, et par conséquent, dicte les indications thérapeutiques.

Dans les anémies par carence alimentaire, la médication ferro-cuprique ne suffit pas, il faut de plus une ration alimentaire bien équilibrée. L'introduction précoce dans le régime des nourrissons de céréales, de légumes et de fruits et la vie au grand air suffisent pour prévenir les anémies par carence alimentaire, si souvent secondaires à un régime lacté excessif et prolongé.

CH. GROLLET.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

L'Assemblée générale de la Confédération a eu lieu le 17 décembre 1937, sous la présidence du professeur Joseph Chalier, de Lyon, dans le nouvel hôtel du boulevard de la Tour-Maubourg.

Après le discours d'ouverture du président, M. Cibrie, secrétaire général, prononça une allocution exposant la situation des praticiens en face des récents événements

A la suite du rapport du secrétaire général et après avoir entendu divers orateurs, notamment sur la question de la retraite, qui reste à l'étude, l'Assemblée a voté les ordres du jour suivants :

La défense du libre choix

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux, réunie le 17 décembre 1937,

Mise au courant de la phase judiciaire de l'affaire « Mutualité girondine et Médecins exclus » contre « Fédération des Syndicats

médicaux de la Gironde et Syndicat professionnel des Médecins bordelais »,

Adresse au Corps médical girondin ses remerciements et ses chaleureuses félicitations pour la décision avec laquelle il défend « le libre choix », principe fondamental de la Charte des 20.000 médecins confédérés.

L'abolition de ce principe bouleverserait en l'asservissant la Médecine française et priverait les malades assistés ou assurés des garanties psychologiques et morales dont jouissent les clients ordinaires. — Dr Chalier. — *Adopté.* — 1 *abstention.*

La question des statistiques

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 17 décembre 1937,

Considérant :

1° Que l'établissement d'une statistique exacte des causes de décès est éminemment souhaitable ;

2° Qu'elle ne peut être obtenue que par la collaboration confiante du médecin traitant, seule personne en mesure de connaître la véritable cause de la mort ;

3° Que le concours de ce dernier ne peut être assuré que par une méthode pratique et efficace et qui le mette à l'abri, d'une manière absolue, des poursuites qui peuvent être engagées en application de l'art. 378 du Code pénal,

Se déclare résolue à donner sa plus complète collaboration aux Pouvoirs publics sur les bases qui précèdent. — *Adopté.* — 2 *abstentions.*

La Confédération estime que le médecin traitant, établissant des constats de décès, ne saurait les refuser seulement dans certains cas particuliers prévus dans une instruction ministérielle, cette pratique pouvant constituer une dénonciation par voie indirecte. — *Adopté.*

Les naturalisations

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1937,

Considérant que le rythme des naturalisations des Docteurs en médecine étrangers a été accéléré en 1937 dans la proportion de plus de 80 % — par comparaison avec l'année 1936 — et de près de 500 % — par comparaison avec l'année 1935 ;

Proteste énergiquement contre ces mesures.

L'Assemblée générale fait observer qu'à l'heure où s'aggrave la crise supportée par les classes moyennes — où la pléthore médicale en France manifeste ses pénibles effets, le devoir s'impose au Gouvernement de réserver la faveur des naturalisations des professionnels de l'art médical, à des cas exceptionnels. — *Adopté à l'unanimité.*

La qualification du spécialiste

L'Assemblée générale de la Confédération des Sndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1937,

Déclare à nouveau la nécessité, pour le Docteur en médecine qui désire faire état d'une qualification de spécialiste, d'apporter la preuve d'études spéciales réellement effectuées — les mesures transitoires ou l'autodidactique devant être, dans tout projet, nettement déterminés et spécifiés. — *Adopté.* — 4 *abstentions.*

Le remboursement des fournitures pharmaceutiques aux opérés en clinique

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1937,

Considérant que les opérés en clinique ont droit au remboursement des fournitures nécessaires à l'opération et aux pansements,

Considérant, d'autre part, que les fournitures opératoires et post-opératoires sont habituellement faites par les cliniques,

Réclame pour les opérés en clinique, un remboursement des frais de ces mêmes fournitures, sans ordonnance contresignée par un pharmacien et préconise l'adoption d'un chiffre-clé spécial correspondant à toutes dépenses opératoires. — *Adopté à l'unanimité.*

A propos de l'article 19

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1937,

Estimant que l'art. 19 présente de graves difficultés dans son application,

Emet le vœu :

Que cet article soit modifié de telle façon :

Que le paiement des honoraires dû pour les assurés assistés ne soit pas subordonné aux versements faits par les Caisses à la Préfecture, c'est-à-dire que la Préfecture en puisse faire avance. — *Adopté.*

Et demande, en attendant que cette modification soit faite, la possibilité pour les départements de s'en tenir respectivement au système qui sera jugé le meilleur par chacun d'eux. — *Adopté.*

Assurances sociales et maison de santé

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1937,

Déclare qu'elle ne peut admettre qu'on fasse figurer, dans une convention ou accord d'agrément passé entre Caisses d'Assurances sociales et Maison de santé (chirurgicale ou médicale) : ni le taux des honoraires du praticien et de ses aides ; ni des obligations imposées aux praticiens et aux spécialistes, de quelque nature qu'elles soient ;

En outre, les tarifs de responsabilité doivent être fixés à des taux tels qu'ils ne rendent pas pratiquement illusoire, pour les assurés, le libre choix du praticien et de la Maison de santé. — *Adopté à l'unanimité.* — 1 *avis contraire.*

En conséquence,

L'Assemblée générale désapprouve toute tractation ayant pour effet de contrevenir à la lettre et à l'esprit de l'art. 36 du Décret du 30 janvier 1937. — *Adopté.*

A propos du prix global forfaitaire pour intervention chirurgicale

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1937,

Rappelle que le prix global forfaitaire en cas d'intervention chirurgicale somprend actuellement : les honoraires de l'opérateur, des aides, de l'anesthésiste, les honoraires éventuels du médecin traitant pour assistance à l'opération, et les honoraires pour soins post-opératoires normaux des vingt premiers jours consécutifs à l'opération, à l'exclusion de tous frais d'un autre ordre (pharmacie, objets de pansement, hospitalisation). — *Adopté à l'unanimité.*

Les Assurances sociales dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1937,

Donne mandat au Bureau de la Confédération des Syndicats médicaux français, de prendre contact avec le Gouvernement et, éventuellement, avec la C.G.T., afin de poursuivre la modification des Lois d'Assurances sociales dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, dans le sens d'un rapprochement avec la loi française. — *Adopté à l'unanimité.*

Les tarifs de responsabilité

En vue de l'augmentation nécessaire des tarifs de responsabilité :

Dans chaque département, le Syndicat ou la Fédération communique aux Caisses le tarif syndical effectivement pratiqué à l'heure actuelle pour les économiquement faibles.

Il décide de ne pas augmenter ce tarif pendant une durée minimum de six mois, à condition que pendant ce temps l'indice départemental du coût de la vie ne s'élève pas de plus de 20 % par rapport au chiffre actuel.

Vœu concernant la question mutualiste

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 19 décembre 1937,

Exprime le vœu qu'en cas d'entente avec la Mutualité, les médecins qui ont accordé leur collaboration aux dispensaires mutualistes, contre l'avis des syndicats locaux, soient relevés de leurs fonctions. — Dr Mathieu. — *Adopté.*

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 19 décembre 1937,

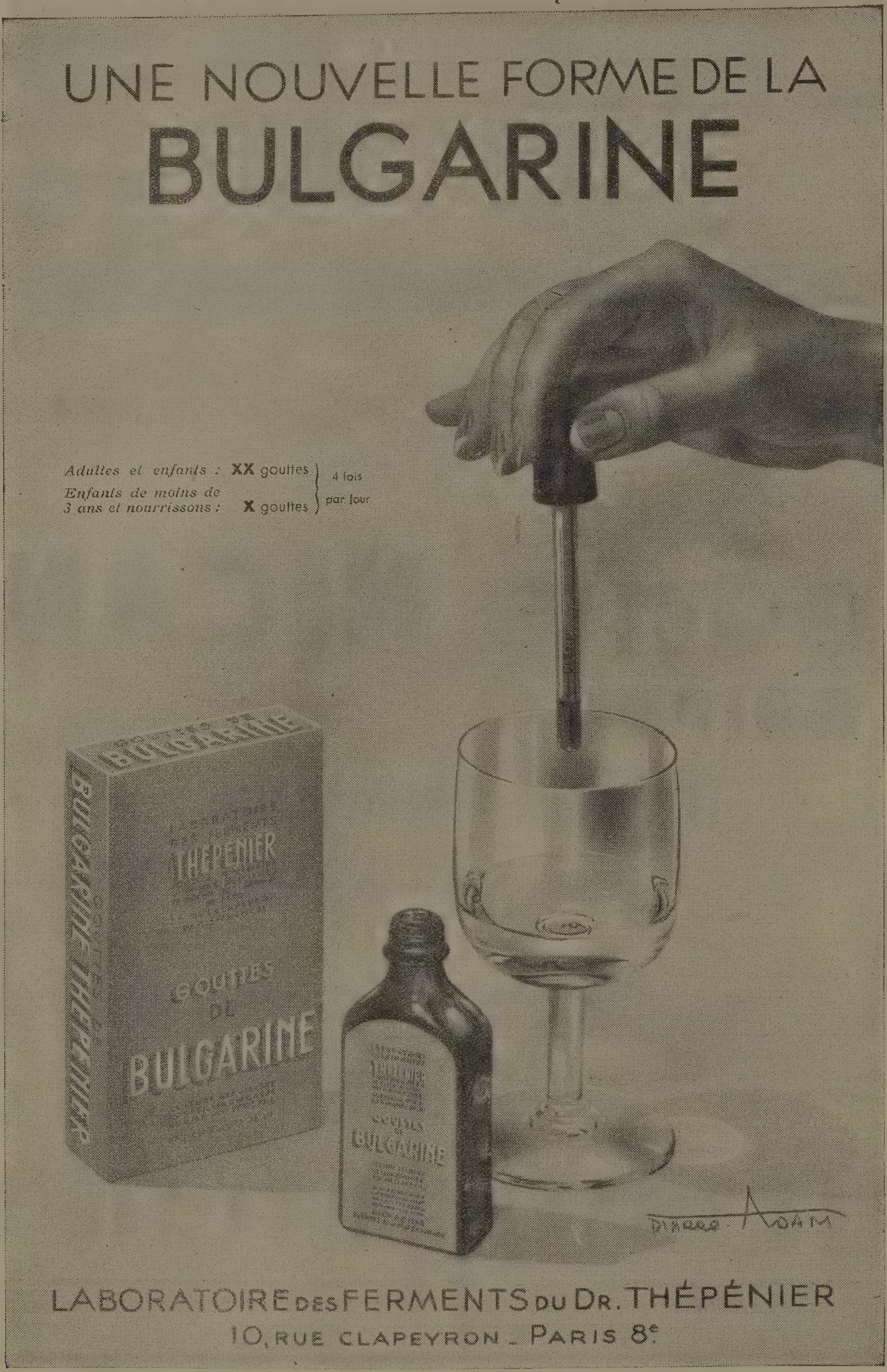
Recommande la création de Caisses chirurgicales mutuelles dans le but de garantir les économiquement faibles contre le risque chirurgical ;

Insiste sur la nécessité d'obtenir, par l'intermédiaire des seuls syndicats, des tarifs au moins égaux à ceux déjà obtenus par les Caisses existantes. — *Adopté à l'unanimité.*

Conseil de la Confédération. — M. Dibos a été réélu président du Conseil ; MM. Choyau et Giry ont été élus vice-présidents ; M. Cibrie a été réélu secrétaire général ; M. Hilaire, secrétaire général adjoint ; M. Caillaud, trésorier ; M. Albert, secrétaire général adjoint.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.


UNE NOUVELLE FORME DE LA
BULGARINE
Adultes et enfants : XX gouttes
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : X gouttes
4 fois par jour
BULGARINE THÉPÉNIER
THÉPÉNIER
GOUTTES DE BULGARINE
BULGARINE
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8e

N° 4. — MERCREDI 12 JANVIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-81.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Un concours pour la nomination à quatre places de médecins des hôpitaux de Paris* sera ouvert le lundi 28 février 1938, à 8 h. 30, les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 h. à 17 heures, du lundi 24 janvier au lundi 7 février 1938 inclusivement.

— *Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris* sera ouvert le lundi 14 février 1938, à 9 h. du matin, dans la salle du Conseil de surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage).

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 14 h. à 17 heures, du lundi 17 au mercredi 26 janvier 1938 inclusivement.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Un concours pour cinq places d'internes titulaires et cinq places d'internes provisoires sera ouvert, le lundi 14 février 1938, à l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (14e).

Les épreuves sont au nombre de deux, et toutes deux théoriques (écrit et oral).

Les internes titulaires en fonction reçoivent un traitement annuel de 5.600 francs la première année, 5.900 la deuxième et 6.200 la troisième.

Pour les renseignements et demandes d'inscriptions, s'adresser à M. l'administrateur-délégué, 66, rue des Plantes, le mercredi, de 9 à 11 heures, et le samedi de 14 à 17 heures, jusqu'au 5 février 1938 inclus (dernier délai d'inscription).

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef est vacant à l'hôpital psychiatrique d'Armentières, par suite du départ de M. le docteur Dublineau, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), par suite du départ de M. le docteur Beaussart, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service est vacant à la colonie de Dun-sur-Auron (Cher), par suite du départ de M. le docteur Chanès, appelé à un autre poste.

Deux postes de médecin chef de service sont vacants à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), par suite du départ de MM. les docteurs Brousseau et Bessière, appelés à un autre poste.

Ministère de la Justice. — Le *Journal officiel* du 6 janvier publie (p. 323-325), un arrêté portant nomination de médecins membres titulaires et suppléants des tribunaux départementaux des pensions pour l'année 1938.

Contre la paperasserie. — Dans son assemblée générale du 6 octobre 1937, le syndicat des chirurgiens français avait fait sien un vœu émis le 29 septembre par la Fédération des Syndicats médicaux du Nord, demandant un rajustement rapide des honoraires en matière de tiers payant.

Depuis le début de l'année 1938, les médecins de l'Assistance médicale gratuite du Nord ont appliqué la décision

préconisée par leur Syndicat. Tout en continuant à donner leurs soins aux malades, ils ont refusé de remplir la paperasserie administrative qui leur est imposée.

On annonce d'autre part, que le Conseil général du Nord, réuni le 7 janvier, vient, en invoquant les nécessités budgétaires, de refuser le rajustement demandé par la Fédération. La question attend donc toujours une solution.

Les sages-femmes en Océanie. — Le *Journal officiel* du 1er janvier 1938 publie un décret relatif à l'exercice de la profession de sage-femme dans les établissements français de l'Océanie.

CHRONIQUE

LES MAITRES (1)

Le nouveau volume de M. Duhamel, *Les Maîtres*, forme le 6e épisode de cette remarquable « Chronique des Pasquier », que notre illustre confrère a consacrée à la vie d'une famille médicale. Cette chronique prend une place brillante parmi ces romans « en série » qui, avec Marcel Proust, Martin du Gard, Jacques de Lacretelle et Georges Duhamel lui-même, ont connu et connaissent toujours un succès justifié.

Les ouvrages de M. Duhamel s'imposent, généralement, par leur puissance et par leur sincérité. Les *Maîtres* offrent ces qualités développées d'une façon supérieure. Dans ce nouveau volume, l'auteur nous fait pénétrer plus avant dans le monde médical. Nous trouvons des héros qui nous rappellent des maîtres aimés et respectés. D'autres, assurément moins sympathiques, ne nous rappellent aucun patron connu, et cela vaut mieux.

Admettons qu'ils existent seulement pour les besoins du romancier.

Certaines situations permettent à M. Duhamel d'évoquer les luttes que se livrèrent, autrefois, des hommes de science. On en connaît quelques exemples illustres. Est-il besoin de rappeler les assauts que dut subir Villemin, le jour où il fit la démonstration de la contagion de la tuberculose, ceux que subit aussi Davaine, lorsqu'il établit l'étiologie du charbon ? Personne ne peut oublier les mémorables et injustes discussions qui s'élevèrent à l'Académie, à l'occasion des communications de Pasteur sur la rage.

On est vraiment déconcerté quand on voit des hommes de science, des sociétés savantes, ne pas comprendre, ou déformer les efforts désintéressés.

M. Duhamel nous donne une explication assez plausible de cet état d'esprit : « Le monde scientifique ! Il est divisé, comme toute société, par maintes cloisons étanches... »

Ailleurs, M. Duhamel ne craint pas d'aborder, avec une entière franchise, des sujets périlleux pour tout autre que lui. Je les cite, car, à tout prendre, ils sont assez actuels.

Voici, par exemple, un savant politicien : « Quand un homme de bonne culture se tourne vers la politique, c'est qu'il est inutilisable dans la profession qu'il avait semblé choisir, c'est qu'il n'est plus bon à rien... L'Etat est gouverné par le rebut de toutes les carrières honorables... »

A tort ou à raison, on a parfois reproché à M. Duhamel de juger trop hâtivement. Malgré l'exception évidente de Clemenceau et de quelques autres, la rude condamnation que je viens de citer trouvera-t-elle des contradicteurs ?

(1) Georges DUHAMEL, membre de l'Académie française. *Chronique des Pasquier: Les Maîtres.* Ed. Mercure de France, Paris, 1937.

Plus loin, M. Duhamel revient sur une question qui a soulevé naguère d'ardentes discussions : « Les idées des savants, écrit-il, finissent toujours par atteindre la foule, et il le faut, mais ce n'est pas aux savants de travailler à la vulgarisation. »

Laissons là ces faiblesses humaines auxquelles n'échappent pas quelques héros de M. Duhamel. Ecoutons-le plutôt nous parler, — et c'est une heureuse opposition — d'hommes qui n'ont transigé ni avec le devoir humain, ni avec la droiture scientifique. Et dans les temps troublés où nous vivons, il est réconfortant d'entendre évoquer Emile ROUX et « l'austérité, la maigreur ascétique de cette figure. » Plus loin, voilà Charles RICHET, un caractère admirable... très « grand et dans plusieurs dimensions de l'esprit... »

Voici encore un délicieux portrait de Charles NICOLLE... « une grande douceur un peu effarouchée, car il est dur d'oreille. Le sourire est coloré d'ironie et de tendresse, il a l'air d'un saint de vitrail sagement vêtu en professeur et retouché par Dickens... »

Et pour terminer, cette définition du biologiste : « Un biologiste doit être ingénieux opérateur, à peine de tout gâter. On fait de la biologie avec son cerveau et avec ses mains. PASTEUR, vieux et infirme, gouvernait les mains de ses élèves et, quand ces mains s'égaraient ou balbutiaient, Pasteur grondait sans indulgence... Pasteur était *humain*... »

Je souhaite que ces citations éparses vous incitent à lire *Les Maîtres*. Vous verrez alors — et vous vous en doutez déjà — tout ce que cet ouvrage renferme de vérité et de sensibilité. Vous goûterez, enfin, l'art avec lequel M. Duhamel sait amener et livrer à nos méditations les sujets les plus graves.

F. L. S.

Nécrologie. — Nous apprenons avec une très douloureuse émotion le décès du docteur Léon Bellin, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), ancien assistant d'O. R. L. des hôpitaux. Notre collègue et bien cher ami a succombé en mer, au cours d'une croisière.

Que Madame Bellin et ses enfants, si cruellement frappés, veuillent bien trouver ici, l'expression de notre sympathie très profonde.

— Le médecin général de la marine Machenaud, à Rochefort-sur-Mer.

— Le docteur Verneau, professeur honoraire au Muséum d'histoire naturelle.

— Le docteur Charles Nicolas, à Marseille.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

CLINIQUE MÉDICALE

SUR UN CAS DE DIABÈTE CHEZ UN ADOLESCENT

LE DIABÈTE JUVÉNILE

Par le Professeur G CARRIÈRE,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.

Messieurs,

Le jeune homme que je vous présente est âgé de 17 ans. Il a été adressé à la Clinique par mon ancien interne, le Dr Lemaire (de Fives), pour des troubles nerveux que je synthétise ainsi :

1° Asthénie rapidement progressive ;

2° Somnolence croissante.

Ses antécédents héréditaires ne révèlent rien : il a 3 frères et 4 sœurs jusqu'ici bien portants. Dans son passé, je relève seulement :

— A 2 ans, une scarlatine non compliquée ;

— A 8 ans, une opération de hernie inguinale droite.

Précisons, maintenant, si vous le voulez bien, l'évolution des malaises qui l'amènent à la Clinique. Depuis quelques mois, il se plaint d'une lassitude invincible, inexpliquée et qui va augmentant.

Il va consulter le Dr Lemaire qui lui administre quelques toniques nervins : ils restent sans effet ; son asthénie augmente. Puis brusquement, depuis deux mois, il accuse :

A) Une polydypsie intense ;

B) Une polyphagie énorme et un amaigrissement rapide : 15 kg. en 2 mois !

De plus, et depuis quelques semaines, il éprouve une somnolence croissante et des crampes dans les jambes avec prurit intense.

Il fait appeler son médecin qui le fait entrer à la Clinique.

A son entrée, nous sommes frappés par son amaigrissement d'une part, en second lieu par sa pâleur.

Le découvrant, je trouve d'une part sa cicatrice opératoire, d'autre part un Phimosis infecté.

Et de suite j'attire votre attention sur ce point : *chez tout adolescent qui se présentera à vous avec une balanoposthite tenace ou un phimosis infecté*, songez au diabète. Dans les cas de diabète juvénile que j'ai observés, six fois le premier signe clinique fut une balanoposthite rebelle ou un phimosis infecté.

Dès le premier coup d'œil, je suis frappé par quelques symptômes capitaux.

1° L'amaigrissement extrême.

2° L'apparence de lassitude, d'asthénie invincible.

3° La polydypsie extrême : il boit 6 litres par jour ; la boulimie énorme ; la pollakiurie.

4° L'odeur fruitée, chloroformique, disons le mot, acétonique de l'haleine.

5° Une mydriase indiscutable.

Mon chef de clinique saute alors sur les réactifs et nous apprend de suite :

Que les urines renferment une grande quantité de sucre, de l'acétone et de l'acide oxybutirique. Le diagnostic était fait, il s'agissait de diabète avec acidose. L'examen complet ne révéla plus grand'chose de spécial. Aucun signe indiquant un trouble du système nerveux : réflexes patellaires un peu faibles. Aucun signe du côté des nerfs craniens ni des organes sensoriels ; aucun signe méningé ; mydriase avec inégalité pupillaire : G>D, mais réactions toutes normales.

Rien à signaler du côté de l'appareil respiratoire ; rien au cœur. Pouls : 100, bien frappé. Tension basse :

$$\frac{\text{Mx : 11} \quad \text{M : 6}}{\text{I : I}}$$

La bouche est pâteuse, les lèvres sont rouges, sèches, la langue rouge, sèche, vernissée avec saillie exagérée des papilles, haleine acétonique.

Les digestions sont faciles, sans constipation. Le ventre est ballonné, tendu, météorisé ; léger épanchement ascitique dans la station debout. Douleur à la pression de la région sus pubienne. Le foie est gros et déborde de 3 travers de doigts le rebord costal, la rate est percutable.

Fond d'œil, champ visuel normaux.

A l'écran : apex clairs, dômes et sinus normaux. adénopathies hilaires prédominant à gauche.

Tramite et quelques densifications nodulaires disséminées.

L'analyse des urines décela la présence de 71 gr. 25 de sucre au litre, soit 250 gr. en 24 heures, la présence d'acétone et d'acide oxybutirique et la glycémie qui, normalement, est de 1 gr., est chez ce jeune homme de 5 gr. 78.

En conclusion, le diagnostic s'imposait : la polyphagie, la polydypsie, la polyurie, l'amaigrissement, la glucosurie, l'hyperglycémie nous obligeaient à porter le diagnostic de diabète sucré ; l'asthénie, l'odeur de l'haleine, la somnolence, la mydriase, les douleurs des membres, la douleur sus-pubienne, l'acétonurie et la présence de l'acide oxybutirique dans les urines impliquaient l'existence de l'acidose.

Il s'agissait donc d'un *diabète sucré avec acidose chez un adolescent.*

En présence de ce cas, je désire, Messieurs, étudier avec vous :

1° La thérapeutique qui s'applique à ce cas.

2° Les particularités étiologiques, cliniques et évolutives du diabète juvénile.

I. — Indications thérapeutiques

En présence de ce cas, quelle devait être notre attitude thérapeutique ?

1° Notre sujet étant en état d'acidose, il convenait, sans s'attarder aux tentatives diététiques ou médicamenteuses diverses, d'instituer immédiatement et de toute urgence la médication insulinique.

2° Indépendamment de cette notion d'acidose qui exige d'urgence l'insuline, le fait de se trouver en présence d'un diabète avec dénutrition, amaigrissement, glucosurie abondante, glycémie très élevée et surtout chez un jeune homme nécessite aussi une insulino thérapie précoce et intensive.

Et ici je me permets d'insister sur un autre point. *Vous ne devez pas avoir peur de l'insuline si vous savez la manier.*

Vous devez oublier ce pseudo axiome : « Quand on « a commencé à se servir de l'Insuline, l'on ne peut « s'en passer. » Mille faits me permettent de vous assurer qu'il n'en est rien et je possède une multitude d'observations de diabétiques qui s'en sont servis, qui ont été améliorés ou guéris et qui s'en passent parfaitement.

Vous ne devez pas réserver l'Insuline aux cas désespérés.

Et enfin *vous ne devez pas utiliser l'Insuline « à la reine »*, caresser le diabète avec des doses faibles d'insuline. Il s'agit ici d'un traitement d'attaque et de même que vous n'attaquez pas la syphilis avec des doses homéopathiques, de même vous devez, suivant la très juste expression de Chabanier, « saisir le diabète à bras le corps » jusqu'à ce qu'il soit knock out !

Donc et comme conclusion, dans notre cas, LE TRAITEMENT INSULINIQUE S'IMPOSAIT AVEC URGENCE ET DEVAIT ÊTRE UTILISÉ A DOSES MASSIVES.

De quelle manière devons-nous l'employer ?

N'oubliez jamais que l'*administration buccale ou nasale de l'Insuline est une hérésie.*

Je ne comprends pas que l'on tolère encore la vente de ces insulines administrables per os. Seule la voie sous-cutanée ou intramusculaire est à retenir.

Dans mon service, nos préférences vont indiscutablement à l'Insuline Leo — à l'Endopancrine, à l'Insuline Byla, à l'Insulyl Roussel, toutes préparations aqueuses, dosées à 20 unités par C^3, à résorption rapide, ce qui *nécessite l'administration de la dose journalière en 2-3 injections.*

Chabanier a préconisé les suspensions huileuses invoquant la résorption plus lente, l'action plus prolongée et l'administration en une seule dose journalière. Sans nier les raisons fort justes qu'il indique, je ne partage pas ses conclusions, à part quelques cas particuliers, et je reproche aux solutions huileuses de provoquer parfois des réactions hypoglycémiques plusieurs heures après l'injection, lorsque le médecin a quitté son patient, ce qui rend les interventions réactionnelles trop tardives.

Dans un cas comme le nôtre, nous devons commencer de suite par 60-80 unités en 2 injections par jour. J'ai commencé souvent dans des cas analogues par 90-100-120 unités d'insuline peu purifiées (insoloxyl) et 50-60 unités d'Insuline purifiées (Insulyl-Endopancrine).

En second lieu, NOUS DEVONS RÉGLER SON ALIMENTATION.

En principe, la ration normale d'un diabétique peut être schématisée comme suit :

1 gr. protéïques par kg. de poids ;
80-100 gr. de graisses ;
100 gr. d'hydrate de carbone,

et plus pratiquement deux repas par jour avec chaque fois :

125 gr. de viande ou poisson ;
100 gr. de pomme de terre ;
200 gr. de légumes verts ;
30-40 gr. de beurre ;
40 gr. crème.

En présence d'un cas de diabète, nous avons 4 buts à poursuivre et dans l'ordre suivant :

1° Réduire l'acétonurie et l'acidose ;
2° Réduire la glucosurie ;
3° Restaurer l'état général ;
4° Réduire la glycémie.

A. — Réduire l'acétonurie et l'acidose :

1° Par l'augmentation progressive des doses d'Insuline.

2° Si elles résistent, en diminuant progressivement la ration des protéiques et des graisses, aliments cétogènes.

B. — Réduire la glucosurie :

Tantôt elle baisse rapidement et disparaît. Tantôt elle résiste : diminuez alors les hydrates de carbone, augmentez les graisses en surveillant les urines (apparition de l'acétone). Si elle résiste encore, augmentez les doses d'insuline sous surveillance des accidents hypo-glycémiques.

C. — Restaurer l'état général :

L'Insuline y contribue : le poids s'élève, l'asthénie disparaît, le sommeil revient, le malade éprouve un véritable bien-être. Si l'acidose ayant disparu, la glucosurie étant très réduite ou nulle, l'état général ne s'amende pas, augmentez la ration d'hydrate de carbone, de protéines et des graisses sous surveillance des urines (sucre, acétone) et du sang (glycémie).

D. — Réduire enfin la glycémie :

1° En diminuant les hydrates de carbone et en augmentant les graisses (sauf si l'acidose reparaît).

2° En augmentant progressivement l'Insuline, sauf s'il survient des accidents hypoglycémiques.

Nous nous sommes inspirés de ces grandes règles chez notre jeune sujet :

Partant de 60 U. par jour, nous avons élevé nos doses d'Insuline à 90 et les réactions de Gerhardt et de Legal ont disparu, comme vous le voyez. Remarquez l'ascension progressive du taux des urines sous l'influence du traitement.

Le poids augmente et passe de 46 kg. à 52 kg. 800 et le taux du sucre après s'être élevé à 512 gr. par jour est tombé à 187 et cela en 20 jours.

Passant à 120 unités, le sucre baisse à 172, nous montons à 130 unités, il baisse à 76 gr.

Mais le poids augmente régulièrement, notre malade pèse actuellement 58 kg., il a donc augmenté de 12 kg. en 30 jours. Enfin la glycémie est passée de 5 gr. 78 % à 4 gr. 46, puis à 2 gr. 25. Nous avons donc encore beaucoup à faire; nous allons nous y attacher pour réaliser les 4 buts que nous nous sommes proposés.

II

Et maintenant je désire, à propos de ce cas clinique, vous faire toucher du doigt les particularités étiologiques, cliniques, évolution du diabète juvénile sur lesquelles j'avais insisté il y a trois ans dans la Thèse de mon élève Diény.

Et d'abord, que faut-il entendre par diabète juvénile ? Il est difficile de préciser les limites de l'adolescence. J'estime cependant qu'il faut réserver le qualificatif de diabète infantile à celui qui se développe entre 1 et 12 ans et celui de diabète juvénile à celui qui évolue entre 12 et 22 ans.

Examinons les particularités du diabète juvénile.

I. — Particularités étiologiques

Il est moins rare qu'on ne le pense, car il faut y ranger les cas de diabète observés entre 20 et 30 ans et qui ont débuté à 12, 13, 15, 18, 20 ans.

De même qu'il y a des cas limites, observés entre 12-22 ans et qui ont commencé à 8-10 ans.

C'est ce qui fait que le diabète juvénile est plus fréquent qu'on ne le croit. J'en possède une soixantaine d'observations recueillies en 40 années.

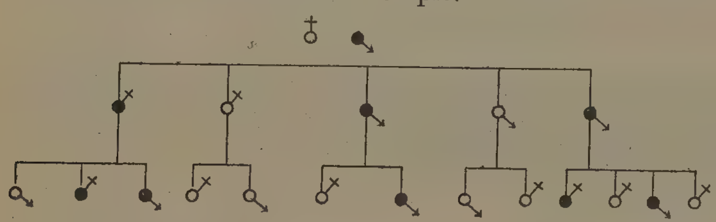
Il apparaît surtout de 14 *à* 18 *ans.*

Il est plus fréquent chez le jeune homme que chez la jeune fille (60 %).

L'une de ses particularités étiologiques digne d'être retenue, c'est *la fréquence de son caractère héréditaire.* L'on retrouve très souvent le diabète chez les père et mère des sujets observés et même chez leurs collatéraux indirects : oncle, tante, 40 %.

Très souvent aussi chez leurs collatéraux directs : frères et sœurs.

Il est curieux de retenir ce caractère familial du diabète dans un très grand nombre de cas. Notre observation en fournit un bel exemple.



Signe noir = diabète.

Quant à l'hérédité dissimilaire, l'on est frappé lorsque l'on parcourt les observations de *la fréquence des maladies de la nutrition dans les antécédents héréditaires directs ou indirects de nos malades.*

C'est ainsi que l'on y relève :

L'obésité dans	46 %	de cas
L'hépatisme	28 %	—
Le rhumatisme chronique...	18 %	—
La goutte	10 %	—
La migraine	18 %	—
L'asthme	15 %	—
Le nervosisme	12 %	—

L'on a beaucoup discuté sur le rôle de l'hérédo-syphilis dans la genèse du diabète des adolescents.

De l'étude très attentive des 60 cas que j'ai observés :

A) L'hérédo-syphilis était indiscutable dans 12 % des cas.

B) Elle était possible, mais incertaine dans 15 % des cas.

C) Invraisemblable dans 73 % des cas.

A retenir aussi *le rôle des infections :*

Les Espagnols, avec Maranon et son école, incriminent la fièvre typhoïde : je ne la trouve signalée que dans deux de mes observations.

Au contraire, je trouve les oreillons dans plus de 27 % des cas. Parfois j'ai vu le diabète apparaître au cours ou dans la convalescence des oreillons (6 % des cas). Ce fait n'est pas fait pour nous surprendre, sachant l'affinité de l'infection ourlienne pour les glandes salivaires et les glandes endocrines.

Enfin et en dernier lieu, je vous signale *la fréquence des traumatismes* dans l'étiologie du diabète juvénile. Un garçon de 12 ans fait une chute de balançoire, il est fortement commotionné, reste 48 heures dans un état subcomateux, depuis il est diabétique.

Une jeune fille de 15 ans est victime d'un accident d'auto. Bien qu'elle n'ait pas présenté de phénomènes commotionnels, elle entre dans le diabète le mois suivant. Et je pourrais vous en multiplier les exemples.

II. — Particularités cliniques

A. Le diabète juvénile se présente au praticien avec un MODE DE DÉBUT un peu spécial : tantôt il est brutal, tantôt il est insidieux.

A) Brutalement, à la suite d'une infection banale (grippe, angine, fièvre éruptive, oreillons) ou d'un traumatisme, d'une contrariété, d'un examen raté, parfois sans cause, l'on voit dans un quart de cas apparaître le trépied des symptômes cardinaux du diabète : polydypsie, polyphagie, polyurie.

B. Plus souvent LE DIABÈTE JUVÉNILE ÉVOLUE SOURNOISEMENT, INSIDIEUSEMENT (65 %).

Et ici je classe mes observations en deux catégories.

A. Dans un premier lot, je place les cas qui m'ont été présentés pour une LASSITUDE INVINCIBLE, une asthénie progressive, accompagnée d'un amaigrissement que l'examen somatique n'explique pas. Toutes les fois que l'on vous présentera de semblables sujets, précipitez-vous sur les urines et sur la Liqueur de Fehling.

B. Dans un second lot je place les cas qui m'ont été présentés pour des TROUBLES NERVEUX (maux de tête, névralgies) et surtout pour des TROUBLES DE LA SCOLARITÉ. J'insiste sur ce point, car je trouve ce mode de début dans 61 % de cas.

Voici un garçon de 12-13 ans qui, jusqu'alors détenait les premières places dans sa classe; subitement et sans cause apparente, il devient paresseux, indiscipliné, apprend mal ses leçons, perd la mémoire et dès lors dans les compositions occupe les derniers rangs. Ses professeurs s'en émeuvent, signalent le fait à sa famille qui s'en préoccupe, me l'amène et je trouve une glucosurie de 243 gr. par jour et une glycémie de 3 gr. 46. L'opinion de Esquierdo et Palacios qui affirmaient que les adolescents diabétiques avaient une intelligence supérieure à la normale me paraît radicalement erronée.

C. Enfin dans le dernier lot, de beaucoup le moins important, je place les cas dans lesquels le diabète évolue insidieusement, ne se traduisant que par *des* MANIFESTATIONS CUTANÉES OU MUQUEUSES : balanoposthites rebelles et récidivantes, furonculose, gingivites tenaces ; prurit ano-vulvaire.

B. Parmi les particularités cliniques qui frappent à la lecture des observations, j'insiste en second lieu sur l'INTENSITÉ DES SYMPTOMES CARDINAUX.

La POLYDYPSIE atteint des chiffres élevés : j'ai vu des jeunes gens qui absorbaient 6, 7, 8 litres par jour.

La BOULIMIE est extrême.

La POLYURIE proportionnelle à la polydypsie est énorme, j'ai vu des malades qui urinaient 8, 10 litres, 11 litres par jour. Elle est surtout caractérisée par une pollakurie nocturne qui en certains cas s'accompagne d'enuresis. Un de mes jeunes malades me fut amené parce que depuis 15, 20 jours il présentait de la miction nocturne involontaire : ce fut le premier signe clinique de son diabète.

L'amaigrissement est rapidement progressif et considérable : notre patient perdit 15 kg. en 2 mois.

La lassitude, l'asthénie, signe précoce, est intense et s'accroît rapidement de jour en jour.

La déshydratation, la dénutrition est précoce et intense dans le diabète juvénile. Elles expliquent certains signes cliniques un peu spéciaux de cette affection :

A) La sécheresse de la peau avec desquamation furfuracée ;

B) La sécheresse, l'aspect rôti, la rougeur vernissée de la langue avec saillie des papilles, qui, jointe à la couleur du cavum, constitue la rubéose de Priesel et Wagner ;

C) L'importance et la fréquence de la constipation ;

D) Enfin la précocité et l'intensité progressive de l'anémie qui affecte une importance diagnostique considérable dans le diabète juvénile.

J'insiste aussi sur l'*importance de la glycosurie* dont le taux dépasse le plus souvent et de beaucoup celui de la glycosurie des diabétiques adultes : elle atteint et dépasse parfois 300, 400, 500, 600 gr. en 24 heures. Elle se fait remarquer par sa fixité et sa résistance au traitement.

L'*hyperazoturie est de règle* et s'élève à 50, 70, 80 gr. par jour.

Cette hyperazoturie ne cadre pas avec une hyperazotémie : le taux de l'urée sanguine, quoique en général un peu élevé, ne dépasse pas le chiffre normal, sauf s'il y a menace d'acidose.

L'albuminurie est fréquente (19 % des cas), mais elle est peu élevée, intermittente, souvent orthostatique et ne s'accompagnait qu'exceptionnellement de cylindrurie.

Enfin, j'insiste sur *la fréquence, la précocité et l'intensité de l'acétonurie et de l'acidose dans le diabète juvénile.* Elles sont sans cesse menaçantes. Instables, variables d'un jour à l'autre, le diabétique les côtoie constamment.

Je vous fais remarquer aussi *l'intensité extrême de la glycémie.* Elle atteint des chiffres que l'on ne trouve que rarement dans le diabète de l'adulte : 4, 5, 6 gr. %. Elle n'est pas proportionnelle à la glucosurie. Elle varie d'un jour à l'autre dans des proportions parfois énormes, ce qui rend l'insulinothérapie particulièrement difficile, car l'on frôle à chaque instant les accidents hypoglycémiques.

Il en est de même de la *réserve alcaline.* Dans le diabète juvénile, elle est des plus variables, ses fluctuations sont énormes d'un jour à l'autre et l'on assiste, parfois et sans cause, à des baisses brutales qui font redouter à chaque instant l'apparition de l'acidose. Qu'il me soit enfin permis de vous signaler quelques particularités cliniques du diabète juvénile touchant l'appareil digestif : fréquence de l'odeur acétonique de l'haleine, fréquence des caries dentaires (se méfier du diabète chez tout adolescent qui présente de grosses caries dentaires) ; fréquence des gingivites, des amygdalites, des pharyngites. L'épigastralgie préacidosique est précoce et commune ; et le ventre presque toujours ballonné contraste avec l'amaigrissement de la cage thoracique et des membres.

J'ai relevé en passant la fréquence des céphalées, des névralgies, des troubles de l'intelligence. Les reflexes patellaires sont généralement abolis comme chez l'adulte ; quant aux troubles oculaires, ils me semblent rares : je n'ai rencontré que 3 rétinites et 4 cataractes.

III. — PARTICULARITÉS ÉVOLUTIVES DU DIABÈTE JUVÉNILE

I. — J'insisterai tout d'abord sur *la gravité du diabète juvénile* : il est grave, il est même très grave ! Il l'était surtout car sa durée que l'on fixait autrefois à 3 ans s'est allongée depuis l'intervention des thérapeutiques modernes et va maintenant jusqu'à 6, 7, 10 ans. J'ai même des malades qui vivent depuis 15 ans et quelques-uns qui paraissent guéris, mais ils sont rares.

Deux cas peuvent se produire :

A) Le sujet suit bien son traitement : tous les signes cliniques s'atténuent, l'état général s'améliore, la glucosurie cède, non sans peine ; la glycémie résiste davantage mais des aggravations, des rechutes, des récidives sont fréquentes.

Il y a même des cas rebelles et résistants dès le début.

B) Ou le malade ne suit pas son traitement ou le suit mal. Les signes cliniques s'aggravent, de nombreuses complications surviennent et le coma, plusieurs fois menaçant puis conjuré, finit par enlever le malade.

II. — *Le diabète juvénile se fait remarquer par la fréquence, la précocité et la gravité des complications infectieuses.* Elles le sont un peu moins depuis l'insulinothérapie. J'insiste surtout :

1° Sur la fréquence des suppurations ;

2° Sur la gravité de la grippe ;

3° Sur la fréquence et la gravité de la tuberculose.

1° Je vous ai déjà signalé la *fréquence*, la *gravité*, la *résistance des staphylococcies cutanées* dans le diabète juvénile ; je vous rappelle la fréquence et la ténacité des pyorrhées alvéolodentaires, des angines, des balanoposthites ; et aussi la fréquence des suppurations, consécutives aux injections sous-cutanées.

En second lieu, j'insiste sur *la gravité de la grippe* au *cours du diabète juvénile.*

A) Elle provoque très fréquemment l'éclosion des accidents acidosiques.

B) Le diabète juvénile augmente d'autre part la fréquence et la gravité des pneumopathies grippales, et je vous signale en particulier la gravité toute spéciale des bronchopneumonies, des abcès des poumons, des pleurésies purulentes qui sont presque toujours fatales lorsque la grippe les détermine chez un adolescent diabétique.

C) En troisième lieu, je vous rappelle *la fréquence de la tuberculose pulmonaire* (22 % des cas) et sa gravité dans le diabète juvénile.

La tuberculose pulmonaire aggrave le diabète juvénile (fréquence des accidents acidosiques) et le diabète aggrave l'évolution de la tuberculose pulmonaire et son pronostic (formes galopantes).

D) *Le diabète juvénile se fait remarquer par la fréquence de complications acidosiques et leur gravité.*

Diény écrivait dans sa thèse qu'on les rencontrait dans un tiers des cas ; en compulsant mes observations, j'estime qu'on les observe dans près de la moitié des cas.

D'autre part, ces accidents sont toujours très graves (60 % de mortalité).

Et ceci me conduit à vous dire que dans le diabète juvénile, *l'acidose est toujours menaçante :* à la moindre maladie, même banale, à la moindre infection même bénigne, à la moindre fatigue cérébrale ou physique, à l'occasion du moindre traumatisme, à la suite du moindre manquement au traitement, l'acidose peut éclater.

Et d'autre part du fait de la variabilité du taux de la glycémie dans le diabète juvénile, *nous sommes à chaque instant à la merci d'incidents hypoglycémiques.*

De sorte que nous côtoyons chaque jour, dans le diabète juvénile, deux précipices : d'un côté celui des accidents acidosiques, de l'autre celui des accidents hypoglycémiques.

E) Enfin et pour terminer, je ne puis passer sous silence la *fréquence* des *troubles endocriniens* dans le diabète juvénile. Je les note dans 12 % des cas soit sous forme d'infantilisme, soit sous celle du syndrome adiposo-génital, soit sous celle de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée.

IV. — Particularités thérapeutiques du diabète juvénile

Je les étudierai au triple point de vue de l'hygiène, de la diététique et du traitement médicamenteux.

A. — *L'hygiène* doit être très sévère et très rigoureusement appliquée.

L'hygiène digestive comportera des soins rigoureux de désinfection buccale et gingivale et la lutte contre la constipation.

L'hygiène cutanée nécessite la fréquence des bains savonneux, des lotions alcooliques et l'antisepsie des cavités naturelles et des muqueuses.

Elle exige aussi la prévention contre le froid et l'abstention des révulsifs et des interventions cutanées.

L'hygiène nerveuse entraîne la crainte du surmenage intellectuel et physique. A ce sujet, il faut que le médecin règle les sports : s'oppose à ceux qui sont violents, aux matchs, aux excès de toute sorte au point de vue sportif. Ceci m'entraîne à vous dire que vous serez souvent consultés pour l'orientation professionnelle d'un adolescent diabétique.

Dans ce cas, vous conseillerez les professions peu surmenantes, exemptes de préoccupations, celles qui n'exposent pas aux contaminations infectieuses ; celles qui sont bien aérées, éloignées des villes, en altitude, sous un climat choisi et sous un ciel lumineux.

Une autre question que vous aurez aussi à résoudre est celle du mariage des adolescents diabétiques.

Deux éventualités peuvent se produire :

A) Un jeune homme ou une jeune fille diabétiques désirent contracter mariage.

B) Un jeune homme ou une jeune fille sains, mais de souche diabétique, veulent se marier.

Dans le premier cas, avis nettement défavorable en raison de la gravité du diabète juvénile ; de la fréquence du diabète héréditaire et familial, et des dangers que court la femme du fait de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement.

Dans le second cas, le médecin peut autoriser le mariage, mais avertir les intéressés de la fréquence des diabètes familiaux.

Il ne me reste plus qu'un mot à vous dire au sujet de l'attitude du médecin en présence d'un adolescent diabétique. Ne faut-il pas craindre qu'en présence du diagnostic et du pronostic le patient très inquiet, très préoccupé, très angoissé ne prenne les choses au tragique et que cet état d'anxiété n'aggrave l'évolution du diabète ? Personnellement je le crois et je le crains.

Et d'autre part, si on ne prévient pas l'intéressé, n'aura-t-il pas tendance à oublier le traitement qu'il doit suivre rigoureusement ?

Je pense donc que, sans inquiéter le sujet, le médecin doit lui montrer qu'il s'agit d'un état sérieux, susceptible de guérir, mais dans lequel toute négligence d'hygiène, de régime ou de traitement peut coûter fort cher.

B. — *Le régime alimentaire* doit être très surveillé et très prudemment dirigé. Nous en avons signalé les grandes lignes.

Il faut se garder d'être trop sévère et surtout ne pas instituer de régime de sous-alimentation dangereux pour la période de croissance en présence de laquelle nous nous trouvons.

La ration sera, si possible, supérieure à la normale, mais il faudra procéder par tâtonnements, par réajustements incessants et qui varieront avec la progression du traitement insulinique.

C. — En ce qui concerne *le traitement*, il convient de se persuader tout d'abord de l'inefficacité absolue de tous les traitements médicamenteux dans le diabète juvénile, antipyrine, santonine, vitamine B, nickel, cobalt, synthaline, glykhorment. Je n'ai eu que des insuccès.

Seule l'Insulinothérapie systématique, précoce, intensive, progressive et continue peut nous faire escompter quelques succès.

Académie de médecine. — *Prix proposés pour l'année* 1938. — Les concours seront clos fin février 1938. (1)

PRIX CATHERINE HADOT. — *Partage autorisé.* — 3.600 francs. — PRIX TH. HERPIN (de Genève). — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — PRIX JEAN HERPIN (de Metz). — *Anonymat obligatoire.* — *Partage autorisé.* — 2.000 francs. — Question : *Traitement abortif du kala azar.*

PRIX LÉON LABBÉ. — *Anonymat facultatif.* — *Partage autorisé.* — 3.000 francs. — PRIX LABORIE. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 8.000 francs. — PRIX LARREY. — *Anonymat facultatif.* — *Partage autorisé.* — 500 francs. — FONDATION LAVAL. — *Partage interdit.* — 1.200 francs. — PRIX LEFÈVRE. — *Anonymat obligatoire.* — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — PRIX JULES LEFORT. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 300 francs. — PRIX LEVEAU. — *Anonymat facultatif.* — *Partage autorisé.* — 2.000 francs. — PRIX HENRI LORQUET. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 1.000 francs.

PRIX MAGITOT. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 1.000 francs. — PRIX A.-J. MARMOTTAN. — *Anonymat interdit.* — 100.000 francs. — PRIX A.-J. MARTIN. — *Anonymat facultatif.* — *Partage autorisé.* — 1.000 francs. — Question : *Epidémiologie et prophylaxie de la poliomyélite.* — PRIX MAUREL. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 800 francs. — PRIX GEORGES MERZBACH. — *Anonymat interdit.* — *Partage interdit.* — 12.000 francs. — PRIX MEYNOT. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les oreilles. — PRIX MONBINNE. — *Anonymat facultatif.* — *Partage autorisé.* — 1.500 francs.

PRIX NATIVELLE. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 1.000 francs.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 3, du 8 janvier 1988, p. 34.

PRIX ORFILA. — *Anonymat obligatoire.* — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — Question : *Recherches concernant les intoxications alimentaires.* — PRIX OTTERBOURG. — *Partage interdit.* — 1.000 francs. — PRIX OULMOT. — *Partage interdit.* — 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (*Chirurgie*).

PRIX PANNETIER. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 4.000 francs. — PRIX JULES-EMILE PÉAN. — *Partage interdit.* — 12.000 francs. — PRIX DU BARON PORTAL. — *Anonymat obligatoire.* — *Partage interdit.* — 1.500 francs. — Question : *Anatomie pathologique des cholécystites.* — PRIX POURAT. — *Anonymat obligatoire.* — *Partage interdit.* — 1.500 francs. — Question : *Coordination du travail des cavités cardiaques.*

PRIX RICAUX. — *Partage autorisé.* — Deux prix de 5.000 francs. — PRIX ROBIN. — *Anonymat interdit.* — *Partage interdit.* — 600 francs. — PRIX ROGER. — *Travaux imprimés.* — *Partage interdit.* — 2.500 francs.

PRIX SABATIER. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 600 francs. — PRIX SAINTOUR. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 5.000 francs. — PRIX SAINT-LAGER. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 1.500 francs. — PRIX STANSKI. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 1.500 francs.

PRIX TARNIER. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 4.000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique. — PRIX TREMBLAY. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 9.000 francs.

PRIX VERNOIS. — *Anonymat facultatif.* — *Partage autorisé.* — 800 francs.

PRIX ZAMBACO. — *Anonymat interdit.* — *Partage interdit.* — 600 francs.

LIVRES NOUVEAUX

La tuberculose. Etude pratique. Traitement par l'allergine, par A. JOUSSET. — G. Doin et Cie, 1937.

Après 40 ans de recherches, l'auteur constate une fois de plus combien le traitement de la tuberculose est pauvre de moyens et décevant, et combien il est nuisible de confondre l'infection bacillaire avec la lésion tuberculeuse confirmée. Attendre l'apparition de cette dernière pour diagnostiquer et pour agir restreint les chances de guérison.

Il faut donc s'attacher à dépister l'infection tuberculeuse par la clinique sans attendre que la radiologie montre les lésions étendues qu'elle montre exclusivement ; c'est avant la lésion constituée qu'il faut agir, aussi bien dans l'infection bacillaire que dans les infections d'autre nature. Les caractères cliniques et évolutifs permettent seuls d'instituer un traitement étiologique, sérum ou allergine selon la période évolutive de l'infection. Il est illégitime cependant d'attendre de ces méthodes ce qu'elles ne peuvent donner lorsque les indications particulières à chacun sont méconnues ou lorsque sont négligées les règles techniques de leur administration. L. B.

PRATIQUE MÉDICALE

HORMONES ET DIASTASES HÉPATIQUES (1)

d'après le professeur N. FIESSINGER

Au cours d'un exposé excessivement documenté sur la question si intéressante des régulations hépatiques, exposé signalé dans la *Gaz. des Hôp.* du 1er septembre 1937, l'auteur rappelle les recherches cliniques et expérimentales qu'il a entreprises avec M. A. Gajdos sur les variations de la lipase sérique, notamment au cours de l'insuffisance hépatique, recherches très importantes qui l'ont amené à étudier plus spécialement avec son collaborateur l'action des injections de lipase hépatique sur l'évolution des cirrhoses.

Au cours de la cirrhose du foie avec ascite à répétition, ils ont observé, en même temps que des résultats intéressants, l'innocuité absolue du traitement : pas d'albumine dans les urines, pas de température, pas de réactions locales.

Le signe le plus objectif de l'effet thérapeutique de la lipase hépatique est constitué par la diurèse qui s'installe progressivement à la suite de la 3e ou de la 4e piqûre et qui atteint facilement 2 litres à 2 litres 1/2 par jour dans les cas favorables.

De même, l'action sur l'ascite et les œdèmes est manifeste ; le subictère disparaît rapidement, de même que l'urobilinurie ; l'amélioration de l'état général est objective dès le début du traitement ; le malade sort de sa torpeur, l'appétit augmente, les forces reviennent et, point à noter, l'augmentation du taux de la lipase sérique est un phénomène important qui accompagne l'amélioration obtenue.

Les auteurs utilisent la biolipase en ampoules de 5 cc. contenant 10 unités par cc. mesurées sur la tributyrine. Ils injectent 5 à 6 jours de suite cette lipase par voie sous-cutanée, pour recommencer de la même façon après une interruption de 10 jours ; ce médicament est indiqué dans les cirrhoses avec ascite et œdèmes, dans les ictères aigus ou prolongés par hépatite.

(1) Rapport présenté aux Journées médicales de Paris, 1937, in : *les Régulations hormonales*, Paris, 1937, J.-B. Baillière, p. 655-663.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ANURIE CALCULEUSE

Accident très grave de la lithiase rénale, l'anurie calculeuse est le type de l'anurie chirurgicale, qui nécessite un traitement d'urgence.

On élimine de cette étude :

— L'anurie transitoire de la colique néphrétique.

— L'anurie terminale des lésions massives de néphrite chronique lithiasique.

ETIOLOGIE

— Surtout fréquente chez l'homme, de 40 à 60 ans.

— Aboutissant ultime de *lésions bilatérales lithiasiques anciennes.*

— Le plus souvent *tardif*. Plus rarement première manifestation d'une lithiase méconnue.

MECANISME

— Exceptionnellement, blocage par calcul des deux uretères.

— En fait : oblitération d'*un seul uretère.*

1. *Du côté obstrué* : arrêt *réflexe* de la sécrétion pour certains ; arrêt *mécanique* pour Legueu.

2. *Du côté opposé* :

— Cas exceptionnels, où le rein opposé manque : rein unique, néphrectomie.

— Le rein opposé existe, mais :

— *Ou bien, il ne fonctionne déjà plus*, détruit par la lithiase, — cas fréquent.

— *Ou bien il fonctionnait encore.*

Anurie réflexe (réflexe réno-rénal pour certaines), ou plutôt : *poussée de néphrite aiguë* qui l'annihile fonctionnellement.

ETUDE CLINIQUE

1re PHASE. — Un malade vient consulter, parce qu'il n'a pu uriner depuis un temps variable, parfois déjà 24 heures ou 48 heures.

L'interrogatoire apprend le *mode de début* de cette anurie :

— Parfois progressivement, sans trouble apparent ;

— Parfois après une hématurie ;

— *En règle* : ce début a été marqué par *des douleurs :*

Soit *véritable colique néphrétique,*

Soit de *vagues douleurs lombaires.*

Ces douleurs ont duré un temps variable, puis elles ont *cédé*, et, signe presque constant :

L'installation de l'anurie a coïncidé avec cette sédation, le malade ressentant un soulagement considérable.

De fait : aucune manifestation générale alarmante, aucun signe fonctionnel notable, si ce n'est *des envies fréquentes d'uriner et toujours sans résultat.*

— Un tel syndrome est facilement rattaché à sa cause, du fait qu'il survient dans la règle, *chez un malade au long passé lithiasique*, l'interrogatoire précisant la date ancienne et les multiples crises de douleurs lombaires et de troubles urinaires.

— *L'examen clinique* s'oriente d'emblée vers la recherche du *côté en cause*, temps essentiel, en raison des conséquences thérapeutiques.

On se basera :

1° *Sur l'interrogatoire* : qui précise le *côté des douleurs récentes ;* il est à remarquer qu'elles siègent très souvent du *côté opposé* à celui dont souffrait jusque-là le malade.

2° *Sur l'examen local :*
— Rechercher les points douloureux urétéraux, en particulier, le point inférieur, par le toucher rectal.
— Surtout : rechercher d'un côté :
Une légère *sensibilité rénale*,
Une légère *contracture* de la région lombaire,
Signes de réelle valeur quand ils existent.

3° *Sur les résultats des examens spéciaux :*
La Cystoscopie : du côté où siège l'oblitération :
— Exceptionnellement, un *calcul très bas ;*
— Souvent, de l'*œdème* autour de l'orifice ;
— Parfois, un aspect nettement ecchymotique.
Le Cathétérisme urétéral.
Dans les cas typiques, la sonde bute contre le calcul, mais des *causes d'erreurs :*
— La sonde bute contre une coudure, un rétrécissement, une valvule.
— La sonde passe à travers un « *entablement urétéral* » (Marion).
La Radiographie surtout, avec cathétérisme (sonde opaque).
Il est indispensable de prendre tout l'arbre urinaire.
Elle montre dans les cas favorables :
Dans l'uretère : l'ombre du calcul sur son trajet *dans les reins*, parfois des ombres calculeuses :
Tantôt d'un seul côté : pronostic assez bon ;
Tantôt des deux côtés : craindre la déficience rénale.
Mais là encore, *des causes d'erreurs :*
— Croire à un calcul devant une concrétion calcaire des ligaments sacro-sciatiques, ou d'un ganglion crétacé.
— Ne pas voir le calcul : calcul uratique, non visible aux rayons ; graviers.
Il est alors indispensable de confronter tous les résultats — et de refaire des clichés.
Grosse valeur, si concordance constante, mêmes images sur plusieurs clichés.
— Dès que le côté en cause est repéré, il convient d'essayer au plus vite de lever l'obstacle.
En effet : même en l'absence de signes fonctionnels ou généraux, si l'on pratique le *dosage d'urée sanguine*, on trouve le taux nettement élevé : 1 gr. 50 à 2 gr.
Essayer d'abord les petits moyens.
Sinon : faire de suite *le traitement chirurgical*, sur lequel nous reviendrons.
Il est en effet une *nécessité absolue et urgente* d'opérer le malade à cette *première phase de tolérance*, où les signes d'intoxication sont encore minimes.
Sinon : l'évolution va se poursuivre de façon fâcheuse.

2e PHASE, dite « *intermédiaire* » (Donnadieu).
Elle s'installe insidieusement et progressivement du *troisième au sixième jour* après le début de l'anurie, en l'absence de traitement.
L'anurie persiste, et peu à peu apparaissent *les signes de l'urémie commençante :*
Céphalée, mouches volantes, myosis, troubles digestifs, langue sèche, *lassitude*, *angoisse*.
Que confirme *le taux élevé de l'urée sanguine :* 2 à 3 gr. par litre.
— *C'est la phase ultime à laquelle une thérapeutique chirurgicale peut encore s'appliquer.*
Sinon, *très rapidement*, en 24 ou 36 heures, c'est la :

3e PHASE : *phase d'urémie confirmée*, qui va évoluer avec une rapidité foudroyante dans le tableau classique de l'*urémie sèche* avec ses signes :
— *Digestifs :* stomatite, vomissements répétés (ammoniacaux, parfois sanglants), diarrhée.
— *Nerveux :* myosis bilatéral serré, soubresauts tendineux, crampes.
Surtout *anxiété* et *angoisse*, contrastant avec la *lucidité* habituelle.
— *Respiratoires* (Cheyne-Stokes).
Chez un malade : pâle et couvert de sueurs — hypothermique — au pouls rapide et filant, à la tension artérielle effondrée, dont le taux d'urée sanguine est monté rapidement à 6, 7 ou 8 gr. :
La mort survient du 9e au 12e jour de l'anurie, par syncope brutale, ou après un court coma.
Lorsqu'elle est traitée assez tôt, au contraire :
L'anurie calculeuse peut guérir.
Une réserve cependant s'impose ; elle tient au *terrain* sur lequel elle survient : malades souvent *âgés*, porteurs depuis de longues années d'une *lithiase bilatérale*, souvent *infectée*, l'infection et la sclérose expliquant la fréquence de la *déficience rénale.*
— C'est pourquoi le *pronostic* doit toujours être extrêmement réservé.
1. *Immédiatement*, il est fonction essentiellement *de la valeur du rein sur lequel on intervient* et, sans trop se baser sur la polyurie que déclenche l'acte opératoire, il est essentiel de *suivre l'évolution comparée* de l'azotémie et de la concentration uréique urinaire, en sachant que celle-ci est haute dans les cas favorables, et que, insuffisante, elle doit faire craindre : la reprise de l'anurie, l'aggravation de l'azotémie.
2. *Ultérieurement*, tout dépend du degré de l'*insuffisance rénale*, qu'il faut évaluer, surveiller et traiter.
La complexité de tous ces facteurs explique pourquoi l'anurie calculeuse n'est plus considérée actuellement comme une anurie *uniquement excrétoire* — le facteur sécrétoire (poussée de néphrite sur des reins déficients) jouant pour une large part dans le déclenchement de l'anurie, comme y ont insisté les travaux modernes.

DIAGNOSTIC

En général, très facile :
1. On élimine par le *sondage vésical :* la rétention d'urine, une rupture vésicale, la simulation.
2. Sa nature ne peut se discuter qu'en présence d'une anurie d'emblée, s'installant sans cause apparente. Discuter le problème d'une lithiase fruste, d'une scarlatine fruste, d'un cancer de l'utérus latent, ou d'une autre compression pelvienne.
En fait, dans la grande majorité des cas, le contexte chimique, l'histoire des antécédents suffisent à l'affirmer d'emblée.

TRAITEMENT

Au début, essayer les petits moyens : bains chauds, antispasmodiques, diurétiques, sérum glucosé intra-veineux, isolés ou associés à un *cathétérisme urétral* bilatéral, ou à une *distension vésicale prudente.*
Si succès : laisser la sonde 12 à 24 heures, injection d'huile stérilisée qui peut faciliter l'expulsion du calcul.
— *Sinon, aussi vite que possible : traitement chirurgical.*
L'intervention idéale est l'ablation du calcul par *urétérotomie* — mais possible seulement sur un malade résistant, vu précocement, après un repérage très exact du calcul.
Dans la majorité des cas : *pyélo* ou *néphrostomie*, opération palliative qui, si le malade survit, *devra être suivie du traitement de la lithiase.*

G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 5. — SAMEDI 15 JANVIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat en médecine de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye et de l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches.* — Le concours sera ouvert le vendredi 18 mars 1938, à 9 heures, dans la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères. Inscriptions à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé, du 18 au 28 février, inclusivement, de 14 à 17 heures).

Hôpitaux de Toulouse. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu à Toulouse, M. le docteur Pierre Marques, ancien assistant des hôpitaux de Paris, radiologiste du C.N.A.C., a été nommé électro-radiologiste en chef des hôpitaux de Toulouse.

MM. le docteur Raymond Dieulafé, ancien interne, ancien prosecteur, ancien chef de clinique chirurgicale, et le docteur Henri Pons, ancien interne, ancien chef de clinique médicale, ont été nommés électro-radiologistes adjoints.

Faculté de médecine de Paris. — *Session de réparation (février* 1938). — L'affichage pour la session de réparation aura lieu le jeudi 27 janvier.

Ouverture de la session : mardi 1er février.

— M. Rangier a été nommé chef de travaux de chimie.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le professeur Bonnard, membre du Conseil de l'Université, a été nommé assesseur du doyen.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont chargés d'enseignement ou de travaux pratiques MM. les professeurs agrégés : Jean Dechaume (anatomie pathologique) ; Croizat (chirurgie) ; Pierre Bertrand (chirurgie opératoire).

M. le professeur agrégé Pierre Delore est chargé d'un cours complémentaire de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire de chimie biologique est transformée en chaire de chimie biologique médicale et toxicologie. Titulaire : M. le professeur Cristol.

— M. Coll de Carrera, agrégé, est titularisé dans les fonctions de chef des travaux d'obstétrique.

MM. Mourgues-Molines, Guibal et Pierre Rimbaud, agrégés, sont chargés respectivement des enseignements de pathologie chirurgicale, médecine expérimentale et propédeutique médicale.

MM. Boucomont et Lafon sont chargés des fonctions d'agrégés de médecine.

M. Baumel, agrégé, est chargé de la suppléance de M. Boulet, professeur de pathologie interne et propédeutique médicale, député.

Faculté de médecine de Nancy. — *Année scolaire* 1937-1938. — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy, entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté :

Prix Alexis Vautrin. — Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. 1er prix : 3.000 francs ; 2e prix : 900 francs.

Prix Joseph Rohmer. — Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. Prix : 2.700 francs.

Prix Grand'Eury-Fricot. — Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Prix : 1.450 francs.

Prix Ritter. — Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. Prix : 450 francs.

Prix Heydenreich-Parisot (médecine et chirurgie). — Con-

cours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire). Travail original sur un sujet de médecine et de chirurgie. Prix : 450 fr. l'un.

Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er juillet 1938.

Ecole de médecine de Caen. — Le professeur Desbouis est prorogé dans ses fonctions de directeur.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Dessaint, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire de physiologie, en remplacement de M. Gley, démissionnaire.

Société médicale des hôpitaux. — Le bureau pour 1938 est ainsi composé : président, M. Guillain ; vice-président, M. Lereboullet ; secrétaire général, M. Claude Gautier ; trésorier, M. Debray ; secrétaires annuels, MM. Cachera et Launay.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 7 janvier publie la liste des *stations hydrominérales climatiques et uvales*, établie à la date du 1er janvier 1938.

COURS ET CONFÉRENCES

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé une série de conférences hebdomadaires. Elles ont lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme

16 janvier. — M. Etienne Bernard, médecin des hôpitaux : La tomographie dans la tuberculose pulmonaire (projections).

23 janvier. — M. Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux : Résultats éloignés des résections diaphysaires dans le traitement des ostéomyélites aiguës (projections).

30 janvier. — M. Ameuille, médecin des hôpitaux : Tuberculoses bénignes et tuberculoses inexorables.

6 février. — M. de Sèze, médecin des hôpitaux : De l'anémie à la congestion cérébrale (projections).

13 février. — M. Métivet, chirurgien des hôpitaux : Traitement de l'appendicite aiguë.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (Professeur : M. F. RATHERY).

Lundi 17 janvier 1938. — 9 h. : M. BARGETON : Leçon de séméiologie cardiaque. — 10 h. 30 : M. DEROT : Présentation de malade.

Mardi 18. — 9 h. : M. SALLET : Leçon de séméiologie rénale. — 10 h. 30 : M. MOLLARET : Présentation de malade. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Diabète, maladies de la nutrition.

Mercredi 19. — 9 h. : M. GRENET : Leçon de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30 : M. PAUTROT : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies du rein.

Jeudi 20. — 9 h. : M. DE TRAVERSE : Leçon de chimie biologique élémentaire. — 10 h. 30 : M. F. RATHERY : Leçon clinique : Cancer du rein.

Vendredi 21. — 9 h. : M. BACHMANN : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 10 h. 30 : M. SIGWALD : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Diabète, maladies de la nutrition, rhumatisme.

Samedi 22. — 9 h. : M. J. FERROIR : Leçon de séméiologie digestive. — 11 h. 15 : Examens spéciaux.

Léon BELLIN

(1873-1938)

Déjà, à diverses reprises, sa santé lui avait donné des inquiétudes. Tout récemment, à l'occasion d'un épisode grippal, elles avaient redoublé. Pour les dissiper, il avait entrepris un voyage aux Antilles. C'est au cours de cette croisière que, terrassé par une crise cardiaque, il a succombé. Par un télégramme laconique, les siens ont appris en même temps sa maladie et sa mort...

Presque dès le début de ses études, il s'était orienté vers l'oto-rhino-laryngologie. Voyages en Autriche, pour bénéficier de l'enseignement de la célèbre école viennoise, stages à Paris, en qualité d'externe, puis d'interne et d'assistant à Saint-Antoine, il ne néglige rien pour se perfectionner. Lorsqu'il se croit prêt, il se présente au concours des hôpitaux. Quelle n'est pas son amertume d'enregistrer un échec, alors que ses épreuves cliniques avaient été, de l'avis unanime, irréprochables ! Il en est d'autant plus ulcéré qu'il avait cru pouvoir compter sur son chef, membre important du jury. Le temps d'envoyer une lettre cinglante à celui qui l'avait abandonné en de telles conjonctures et le voilà qui lâche à jamais les concours. Il ouvre, rue du Bac, une clinique, où bientôt affluent les malades. Ils n'en sortent que pour célébrer ses louanges. Il a su forcer leur reconnaissance.

Le secret de sa réussite ? Bien simple, quoique n'étant pas à la portée de quiconque.

Tout d'abord, il connaissait à fond sa spécialité. Nul de ses collègues qui ne le considérât comme un maître. Il avait trop vu pour ne point avoir beaucoup retenu. Son expérience, sa pénétration diagnostique, son habileté opératoire étaient proverbiales.

Il était remarquablement servi, en plus, par cet esprit de pondération et d'équilibre que l'on trouve si souvent chez les Nivernais, et que possédait, au plus haut point, cet enfant de Saint-Pierre-le-Moutier.

Il avait enfin, pour apprivoiser ses petits malades, une exceptionnelle habileté. Il les amusait avec sa lampe électrique. Il leur promettait, s'ils étaient sages, quelques-uns de ces bonbons dont il était abondamment muni. Il procédait aux explorations nécessaires avec autant de rapidité que de souplesse.

Il leur était dévoué corps et âme. Combien, dans notre grande famille médicale, l'ont appelé un jour de désarroi ! Il accourait aussitôt, il les rassurait, il revenait chez eux jour et nuit, ne les quittant que lorsque la guérison était assurée. Et c'est parce qu'à la *Gazette des Hôpitaux*, tous, petits et grands, avaient eu recours à lui que nous voulons aujourd'hui dire à Mme Bellin quelle part nous prenons à sa peine. Des amis comme lui se comptent, ils ne se remplacent pas.

L. BABONNEIX.



REVUE GENERALE

LES ABCÈS POTTIQUES (1)

Par Mlle Ch. CIOSI

Etude clinique. — Anatomiquement constant, l'abcès pottique ne se manifeste pas toujours en clinique : il arrive qu'il reste latent, parfois ignoré pendant une longue partie de son évolution, et nous avons vu que, sauf quelques cas particuliers (P. Dorsal) la radiologie est impuissante à nous renseigner. Pour Massart et Ducroquet, cette latence est très fréquente (80 % des cas). Pour Clavelin, l'abcès est souvent le symptôme révélateur du mal de Pott.

1. *Début.*

Habituellement, l'abcès fait son apparition clinique alors qu'il est depuis longtemps constitué, c'est-à-dire entre les 6e et 18e mois, après les premières atteintes osseuses, plus précocement chez l'adulte que chez l'enfant.

Souvent, la formation de l'abcès a été précédée. quelques semaines ou même quelques mois auparavant, par une petite poussée de troubles généraux, plus ou moins difficiles à interpréter ; ils traduisent un état d'imprégnation bacillaire, température vespérale, altération plus ou moins marquée de l'état général, amaigrissement, douleurs fixes ou erratiques. Chez un pottique connu, ils doivent faire soupçonner l'abcès et surveiller les régions d'élection. Chez un sujet en bonne santé apparente, pottique non diagnostiqué, ils risquent de passer inaperçus. Il en est de même des symptômes particuliers à chaque localisation : parésies passagères, troubles pleuro-pulmonaires, pour l'abcès dorsal ; symptômes abdominaux plus ou moins typiques pour l'abcès du mal de Pott lombaire ; douleurs de sciatique uni ou bilatérales, claudication, dans l'abcès du Mal de Pott lombo-sacré.

Ces différents symptômes sont d'une interprétation des plus délicates : ils peuvent s'observer parfois très longtemps (plusieurs mois — un an ou même deux ans) avant tout autre trouble significatif. Avant de conclure à des douleurs de type banal, il est de toute nécessité de pratiquer un examen radiologique du segment intéressé, qui, dans certains cas, montrera une atteinte osseuse évidente ou suspecte. Et ce n'est qu'après plusieurs examens négatifs, faits à intervalles espacés que l'on pourra attribuer la persistance des douleurs à une affection extra-vertébrale. C'est à cette condition que l'on évitera des erreurs regrettables au point de vue thérapeutique.

2. *Abcès constitué.*

L'abcès constitué se traduira différemment suivant les régions ainsi que nous l'avons entrevu à l'anatomie pathologique.

L'abcès du mal de Pott sous occipital.

Que l'abcès soit rétro-pharyngien, ou latéro-cervical, il présente des analogies frappantes avec l'abcès d'origine cervicale. Disons simplement qu'il s'ouvre plus haut dans le pharynx et plus en arrière sur la nuque.

Les abcès cervicaux s'extériorisent rapidement en raison de la situation plus superficielle des corps vertébraux. Ils se dirigent en arrière du sterno et vers le creux sus-claviculaire ; pour Ménard c'était l'éventualité la plus fréquente. Cependant, on en voit quelquefois donner des complications nerveuses, par pénétration dans le canal rachidien. Plus fréquemment ils se développent dans l'espace rétro-pharyngien, occasionnant des accès de suffocation qui peuvent être très graves.

C'est à ce niveau qu'il faut les rechercher par le toucher, c'est à ce niveau qu'ils risquent de s'ouvrir spontanément : cette fistulisation en cavité septique entraîne fatalement l'infection secondaire. Mais celle-ci peut se produire en dehors de toute fistulisation. La proximité pharyngienne fait que ces abcès sont toujours infectés et prennent l'évolution rapide des abcès chauds, imposant une thérapeutique de nécessité.

Les abcès d'origine lombaire fusent le long de la gaine du psoas. Dès le début il faudra rechercher la limitation de l'extension de la cuisse sur le bassin, alors que la flexion reste possible (psoïtis). Plus tard, ils constituent les abcès les plus importants par leur volume et le plus facilement perceptibles. La palpation de la fosse iliaque révèle alors une collection plus ou moins profonde et fluctuante, souvent bilatérale.

Il faut connaître la possibilité des trajets éloignés pour prévoir et rechercher les diverticules possibles.

L'abcès en bissac ilio-crural est classique. Il peut également se diriger vers la face interne de la cuisse et descendre très bas jusqu'à la partie moyenne ; plus souvent il traverse le plan des adducteurs et se fait jour en arrière dans la région postérieure et supérieure de la cuisse, ou même plus haut dans la région iliaque externe.

En dehors de ces faits connus, il faut rappeler quelques notions plus particulières, sinon nouvelles, du moins remises en lumière par des communications récentes : Delahaye et Forest ont précisé les modalités cliniques et le pronostic des coxalgies consécutives à un abcès pottique (Journées orthopédiques de Paris, 1933). Nous-même avons pu en avoir évoluer deux cas, à l'Hôpital Maritime de Berck : la réaction de la hanche a été, dès le début, brutale, par une douleur vive, une limitation immédiate des mouvements. Les signes radiologiques confirmèrent le diagnostic de coxalgie, l'envahissement articulaire (pincement, brouillard), et les clichés ultérieurs montrèrent l'évolution d'une arthrite grave rapidement destructrice.

Cependant il faut connaître la possibilité d'une réaction articulaire de la hanche au cours de l'évolution d'un abcès psoïque ; il s'agit alors d'une simple réaction de voisinage, sans envahissement véritable de l'articulation, réaction passagère, qui disparaîtra avec la guérison de l'abcès.

Les abcès sacro-lombaires restent longtemps pelviens et doivent être recherchés par le toucher rectal. Ils peuvent s'ouvrir vers la marge de l'anus. Plus souvent, ils se dirigent vers la région fessière ou trochantérienne et nous avons vu à l'anatomie patholo-

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 3, du 8 janv., p. 37.

gique l'importance d'un diagnostic d'origine précis devant les abcès de cette région.

Les abcès dorsaux présentent une physionomie clinique plus particulière, se révélant plus par des signes fonctionnels et indirects que par des signes physiques directs.

Nous avons, plus haut, signalé leurs fusées habituelles et insisté sur la fusée intercostale qu'on ne doit pas attribuer à une ostéite pariétale. Quand ils demeurent sessiles ou contenus à l'intérieur du ligament vertébral, ils peuvent rester latents pendant une très grande durée ou même toute la durée de leur évolution. Et souvent les lésions vertébrales consolident sans que l'abcès ait eu d'autre histoire qu'une simple traduction radiologique. Dans une statistique récente, nous avons relevé sur 139 cas de Pott Dorsal ou dorso-lombaire avec fuseau, 73 cas n'ayant donné aucun incident clinique ; encore faut-il dire que nous avons éliminé de ce nombre, non seulement les complications graves, mais aussi les petites manifestations de tous ordres, sans intérêt pronostique.

Quand l'abcès se manifeste, tout peut se borner en effet à de simples réactions périfocales passagères (quelques petits troubles de médiastinite, ou de congestion pulmonaire, d'irritation médullaire, etc...), ou à quelques troubles de compression sympathiques bien étudiés par Mme Sorrel-Déjerine (Thèse 1924) Cette irritation sympathique n'a pas de signification spéciale quant à la gravité de l'abcès mais elle a pu faire quelquefois poser le diagnostic d'atteinte péritonéale (paralysie intestinale, ballonnement).

Les vraies complications sont d'une part la paraplégie, d'autre part les phénomènes médiastinaux.

Il faut savoir d'ailleurs que ces complications relèvent de mécanismes variables : simple réaction de voisinage mécanique ou infectieuse, compression, évolution propre de l'abcès, voire perforation dans un organe voisin.

Les paraplégies sont plus fréquentes dans le mal de Pott Dorsal que dans les autres localisations. Si l'on relève dans une statistique de paraplégies pottiques, les différentes localisations vertébrales, on trouve suivant les auteurs, une proportion de 50 à 80 % pour l'origine dorsale.

Il n'en faut pas conclure que le Pott Dorsal se complique fatalement de Paraplégie. Sur une statistique de Pott Dorsal (ou D. L.) portant sur 203 cas, nous n'avons relevé que 18 paraplégies, soit un peu moins de 9 %.

Nous n'insisterons pas sur l'aspect clinique des Paraplégies pottiques qui ont fait l'objet d'une revue générale récente (P. Lance, *Gaz. Hop.* 1936). Rappelons simplement qu'elles se présentent toujours sous la forme de paraplégies par compression. Quelle qu'en soit la pathogénie réelle, nous avons vu combien leur évolution est liée à celle de l'abcès. La longue persistance de celui-ci peut favoriser des lésions définitives de sclérose médullaire. Il est donc logique d'aider sinon à la décompression du moins à la résorption de l'abcès par des moyens inoffensifs tels que la ponction.

Complications respiratoires et médiastinales : celles-ci prennent des allures variables ; il peut s'agir de dyspnées aiguës : elles constituent certainement le symptôme le plus bruyant et qui présente le plus de gravité immédiate. C'est une complication rare mais qu'il faut connaître surtout chez l'enfant, car elle est d'une interprétation parfois difficile et exige une thérapeutique d'urgence (décompression). On peut voir d'ailleurs tous les degrés d'intensité de la dyspnée depuis l'allure alarmante de l'asphyxie aiguë (œdème aigu par compression du hile) jusqu'à la dyspnée légère, symptomatique des petites complications bronchiques et pulmonaires.

— Les phénomènes pleuro-pulmonaires proprement dits constituent les plus fréquentes des manifestations respiratoires. Ils ne se distinguent cliniquement en rien de ce que l'on observe dans la pratique courante : mêmes signes fonctionnels, même traduction à l'examen physique. Ce sont des congestions pulmonaires banales, mais présentant peut-être un caractère plus récidivant ; des bronchites également à répétition, des poussées congestives graves, des pleurésies séro-fibrineuses, plus rarement des pleurésies purulentes.

Dans quelle mesure peut-on rattacher ces phénomènes à la présence de l'abcès pottique ? Le problème est important à résoudre, le climat marin étant contre-indiqué chez des malades suspects de lésions pulmonaires. Au vrai, la tuberculose confirmée nous a semblé dans l'ensemble assez rare, malgré la possibilité d'un syndrome pseudo-cavitaire d'interprétation délicate (et cela ne veut pas dire que les tuberculoses associées n'existent pas). On se basera surtout sur la radiographie pulmonaire et l'évolution.

Les complications dues à l'évolution propre de l'abcès comportent un pronostic immédiat ou lointain réservé. La perforation dans un organe de voisinage est assez rare. Elle peut se faire dans l'œsophage, plus souvent dans les bronches, le malade évacuant par vomique le contenu de son abcès. Malgré leur gravité réelle, les perforations sont quelquefois compatibles avec une survie inattendue et parfois longue.

3. *Evolution générale et pronostic des abcès pottiques.*

L'évolution des abcès pottiques est commandée avant tout par les conditions anatomiques et les conditions thérapeutiques. Ménard l'a résumée ainsi : « abandonnés à leur marche spontanée, les abcès du cou s'ouvrent presque toujours, ceux des lombes souvent, ceux du dos dans une faible proportion » et c'est cette évolution de l'abcès qui commande le pronostic du Mal de Pott. Non traité, l'abcès aura une tendance accusée vers l'extension, quand il envahit la peau la fistulisation est imminente et l'ouverture de l'abcès, qu'elle soit spontanée ou chirurgicale, est un danger sérieux. Sans doute la fistule cervicale, les fistules postérieures paraissent moins graves, mais on conçoit facilement combien une incision fessière a peu de chances de drainer un abcès d'origine lombaire ayant parfois plusieurs trajets, plusieurs diverticules irréguliers. Il faut d'ailleurs signaler quelques cas où l'infection secondaire s'est faite par voie strictement endogène en dehors de toute fistulisation et même de toute ponction. Si la chose est classique pour l'abcès rétro-pha-

ryngien, elle s'observe aussi de façon rare mais indiscutable (ponction et laboratoire) dans l'abcès para-vertébral dorsal.

Correctement traité, ou dans les cas favorables, l'abcès évolue vers la résorption lente, progressive ; le pus retiré par ponctions change d'aspect : hémorragique au début (ce qui signifie une tendance à la reproduction), il devient clair, séreux dans les abcès en voie de guérison.

Il arrive habituellement que la guérison clinique précède la guérison anatomique. Il persiste alors un abcès « résiduel » quelquefois éloigné du point de départ, auquel il est relié par un cordon plus ou moins étroit. Cette poche peut paraître évoluer pour son propre compte, alors que l'activité du foyer semble éteinte, mais ces réveils des abcès anciens, sans participation du foyer initial, sont l'exception, si tant est qu'ils sont possibles.

Le traitement. — L'évolution de l'abcès, donc son traitement, conditionne le pronostic du Mal de Pott.

I. — *Le traitement direct de l'abcès* comporte deux indications majeures :

1° Il faut, tant que l'abcès est fermé, éviter l'ouverture ;

2° Que l'abcès soit ouvert ou fermé, il faut éviter l'infection.

L'ouverture chirurgicale de l'abcès est encore trop souvent une erreur commise par mégarde.

Certains chirurgiens en ont fait l'essai volontaire : il s'agissait en réalité non d'une simple ouverture, mais d'une tentative d'ablation complète de la poche. Mais le foyer reste ; la cicatrisation est possible surtout si l'opération a été pratiquée par un chirurgien entraîné et sous le couvert de l'asepsie la plus rigoureuse ; elle est rarement définitive : plus de 40 % des cas primitivement cicatrisés évoluent vers la fistulisation, d'après une statistique de Calvé, empruntée à Sir Henry Gauvain d'Alton, in T. O. A. 1935.

Il n'en est sans doute pas de même quand il s'agit d'abcès résiduels dont l'activité est depuis longtemps éteinte ; — l'ouverture chirurgicale est ici moins grave mais on ne saurait trop conseiller la prudence.

Il est cependant des cas où le chirurgien se verra obligé d'intervenir pour lutter contre un accident immédiat : dyspnée aiguë par compression, infection secondaire par voie endogène ou exogène. Le drainage de la poche alors permet de parer à une complication d'urgence, mais le pronostic d'ensemble s'en trouve assombri.

Aussi, le vrai moyen de traitement de l'abcès pottique fermé est-il la ponction, à l'abri naturellement de l'asepsie la plus stricte au même titre qu'une intervention chirurgicale, et répétée selon les circonstances, autant de fois qu'il le faudra. Bien conduite, la méthode des ponctions donne les meilleurs résultats. La technique doit en être rigoureuse, soumise à quelques principes simples que l'on s'étonne de voir encore parfois négligés.

Principes essentiels : il faut ponctionner à distance afin de traverser des plans différents, ce qui diminuera les chances de fistulisation.

Il faut savoir où l'on va : c'est-à-dire avoir bien délimité les contours de la poche que l'on fixe de la main gauche, le trocart tenu de la main droite, son talon butant au creux de la main doit être dirigé contre le centre de l'abcès. Où faut-il piquer ? D'une façon générale, loin du trajet d'extension, afin de ne pas créer à celle-ci une voie d'appel.

L'écoulement du liquide est variable, suivant la consistance du contenu. Il faut être patient, déboucher le trocart avec le mandrin mousse, recommencer, sans force, sans brutalité. L'extraction du trocart doit se faire soit avec le mandrin mousse en place, soit en aspirant avec la seringue, afin d'éviter l'ensemencement du trajet. On posera sur l'orifice de ponction un coton imbibé de stérésol, puis on appliquera un pansement aseptique complet. Dans les jours suivants, on surveillera la collection, qui peut se reproduire rapidement et nécessiter une nouvelle ponction.

Quelques indications particulières varient suivant le siège. Il va de soi que, sauf urgence (dyspnée aiguë, infection) un abcès rétro-pharyngien ne saurait être ponctionné en milieu septique et que la voie latéro-cervicale s'impose.

L'abcès du psoas doit être ponctionné près de l'épine iliaque, la main gauche ramenant la peau en dedans et refoulant l'abcès contre l'aile iliaque, le trocart dirigé profondément en suivant l'os ; l'abcès des adducteurs est abordé près de la région pubienne, l'abcès latéro-vertébral du mal de Pott Dorsal près de la ligne médiane. S'il est sous-ligamentaire, il faut recourir à la ponction médiastinale.

Signalons tout de suite la difficulté de la technique et l'inconstance des résultats, dus parfois à une gibbosité importante, et toujours à l'obligation de se servir d'une aiguille mince à ponction lombaire et non d'un trocart, à cause du traumatisme possible. Il faut piquer dans un espace intercostal, près d'un corps vertébral au point correspondant au maximum d'épaisseur du fuseau radiographique. Il faut aller obliquement en dedans contre la face latérale, puis antérieure de la vertèbre : on a alors nettement l'impression de pénétrer dans une poche. Les incidents observés ne comportent aucune gravité : si un jet de sang s'écoule par l'aiguille, il suffit de retirer celle-ci, et de recommencer la ponction un peu plus tard. De même, les crachats sanglants qui surviennent parfois le lendemain : il faut seulement en prévenir le malade.

La méthode de ponctions antémédullaires mise au point par Calvé, par trocart courbe, pour le traitement des paraplégies, reste incertaine quant aux résultats, difficile quant à la technique. (Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, 5 nov. 1932. Tome LVIII, n° 27.)

Comment agit la ponction ?

Sans doute par décompression. Mais même dans les cas où elle ne ramène que quelques gouttes de liquide plus ou moins sanglant, elle semble avoir une heureuse influence sur la résorption de l'abcès.

Faut-il injecter des liquides modificateurs ? Cette question a été très discutée, le rôle bactéricide de ces liquides paraissant décidément nul. Mais ils peuvent avoir une action favorable sur la consistance du con-

tenu de l'abcès et, en provoquant la liquéfaction des fongosités, ils en permettent l'évacuation. Le thymol camphré nous a semblé d'un emploi facile, mais certains produits ont provoqué des réactions générales et locales assez violentes. Aussi faut-il suivre au jour le jour les malades traités.

En dehors de la ponction, quelques interventions chirurgicales ont été dirigées directement contre l'abcès du Mal de Pott Dorsal ou, plus exactement, contre ses complications mécaniques ou infectieuses. Ce sont la laminectomie, la Costo-Transversectomie de Ménard. Certains ont proposé la ponction après Costo-Transversectomie.

Dirigées contre les Paraplégies, ces interventions sont actuellement abandonnées, car pour quelques résultats immédiats aléatoires, elles assombrissent définitivement le pronostic lointain. Dirigées contre l'infection, elles restent une intervention de nécessité, d'urgence, qui pare au danger immédiat. Quoi qu'il en soit, elles ne s'adressent jamais à l'abcès non compliqué.

La fistulisation spontanée de l'abcès, surtout quand celui-ci a été suivi par ponctions, est moins grave que la fistule consécutive à l'incision chirurgicale. Elle ne produit qu'un orifice de petite dimension que l'on arrivera dans la majorité des cas à garder aseptique, pourvu que l'on apporte aux pansements la minutie indispensable.

II. — *Le traitement indirect de l'abcès pottique.* — C'est le traitement du Mal de Pott. Il est résumé par la formule applicable à toute localisation tuberculeuse : repos — traitement général.

Le repos : Sous l'effet de l'immobilisation, l'abcès subit manifestement sinon un temps d'arrêt, du moins un ralentissement marqué dans son évolution qui prendra une allure calme, progressive, vers la guérison.

Pour réaliser cette immoblisation, deux méthodes sont aujourd'hui en concurrence, non pas déclarée, certes, mais sournoise : l'orthopédie et la chirurgie.

La greffe osseuse a été tentée par Albee en 1908 et depuis, avec quelques variations de technique, elle a conquis droit de cité dans la chirurgie ostéo-articulaire. C'est une excellente opération, facile et sans danger, entre les mains d'un chirurgien expérimenté, bien qu'inséparable du shock inhérent à toute intervention sanglante. Elle aurait sur le foyer une action double : pour certains auteurs, elle apporterait des modifications biologiques locales, mais tous s'accordent quant à son effet immobilisateur.

A quel moment faut-il la pratiquer ? Beaucoup ont tendance à traiter systématiquement par la greffe un Mal de Pott, pris à un moment quelconque de son évolution. L'absence de l'abcès est pour certains une indication à la greffe.

Mais nous savons combien l'abcès peut être latent. Si la greffe intervient au moment de sa formation, alors qu'il n'est pas encore perceptible, ou dans sa période d'état, elle peut espérer en abréger la durée, mais ne saurait prétendre à la supprimer.

Le vrai repoche qu'on peut faire à la greffe, c'est qu'elle donne parfois une fausse sécurité : on a trop tendance, parce qu'on a posé un greffon, à considérer le malade comme devant être guéri dans un délai déterminé. La reprise trop précoce de la marche conduit alors à une reprise rapide des signes évolutifs de l'abcès.

En résumé, pour la majorité des auteurs, la greffe doit être pratiquée loin de toute phase de bacillémie et, sinon à la fin de l'évolution, du moins à la période de stabilisation des lésions.

C'est dire qu'on ne peut demander à la greffe la totalité du traitement et que le traitement immobilisateur sera surtout un traitement orthopédique ; il faut rejeter le corset, sauf comme appareil provisoire, quand le malade est obligé à un déplacement de quelque importance ou comme appareil de convalescence; il faut exiger le décubitus dorsal, absolu sur gouttière ou en lit plâtré, alterné avec le décubitus ventral suivant les principes habituels.

Le traitement immobilisateur sera associé au *traitement général.*

— Une bonne alimentation.

— Une bonne aération.

Les traitements médicamenteux, en effet, qu'ils soient chimiothérapiques (récalcification par sels de chaux) ou biologiques (allergine, tuberculine) n'ont pas donné jusqu'ici des résultats bien probants, sauf peut-être sur quelques lésions des parties molles ou sur les fistules résiduelles.

Bien plus important est le traitement climatique dont, malgré les progrès de la chirurgie, nul ne saurait contester l'influence sur l'état général, et par conséquent sur l'état local.

Le climat marin, l'altitude, l'héliothérapie restent, avec le repos, l'essentiel du traitement des abcès pottiques, comme de toutes les affections tuberculeuses.

BIBLIOGRAPHIE

Bonomo. — Les maux de Pott cervico-dorsaux avec abcès médiastinal. *Thèse d'Alger* 1930-1931.

Butler d'Ormond. — Abcès pottiques. (*Journ. de méd. de Paris*, N° 32, août 1927.)

Bougot. — Mouvement médical, 1913.

Calvé. — Traité de la paraplégie pottique par la ponction de l'abcès intra-rachidien. (*Revue Neurologique*, 1917, *Presse médicale*, 1922.) — Tuberculose octéoarticulaire, 1935.

Delchef — A propos de la ponction antémédullaire de Calvé. (*Bull. et rens. Soc. nationale de Chirurg.*, nov. 32.)

Delahaye, Forest de Faye, Vauquelin. — Coxalgies secondaires à l'abcès iléo-crural du mal de Pott. Journ. orthop. de Paris, juillet 1933.

Kaufmann. — Anatomie pathol. et pathogénie des abcès froids du thorax. (*Bull. et Mémoire de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 mai 1935.)

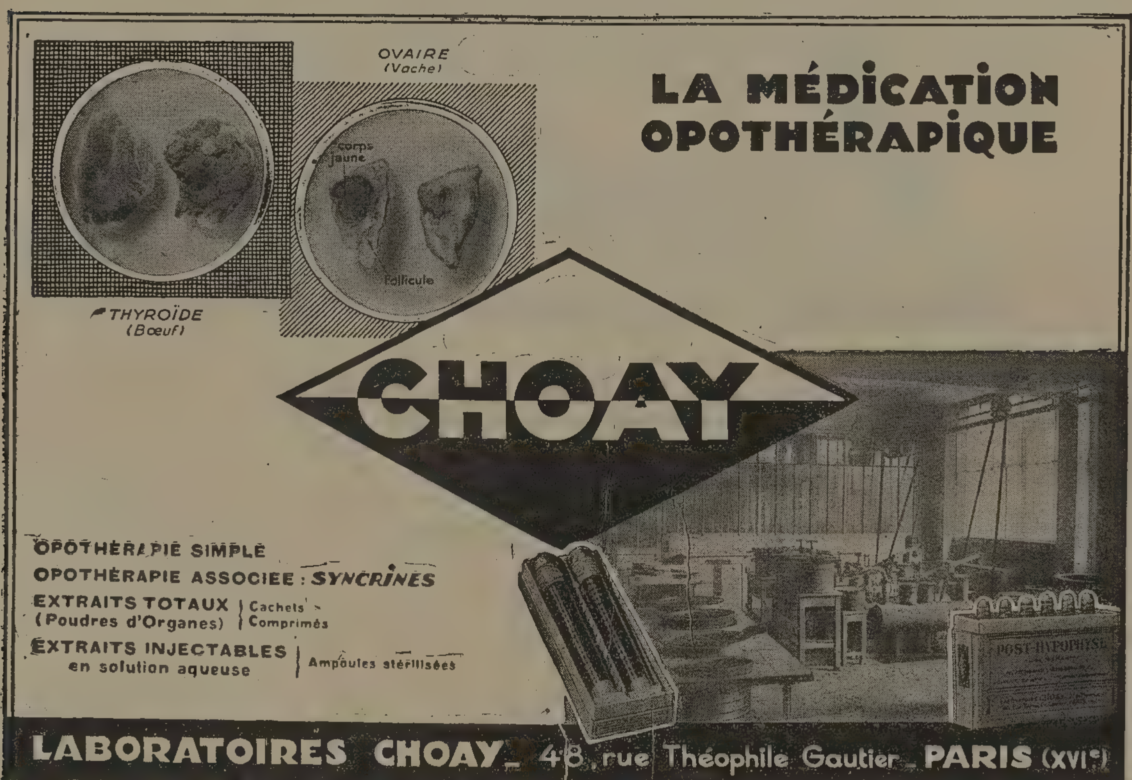
Lance. — La tuberculose vertébrale, 1923. Sur l'ouverture des abcès froids pottiques dans les voies pleuro-pulmonaires et dans le tube digestif. (*Soc. de Péd.*, 1928.)

Lannelongue. — Tuberculose vertébrale, 1888.

Massart. — Traitement des paraplégies pottiques par ponction de l'abcès médiastinal après costo-transversectomie. (*Rev. Techn. Chir.*, 1932.)

Massart et Ducroquet. — Recherche des abcès par la radiographie, 1926. (*Arch. franco-belges.*)

Ménard. — Etude pratique sur le mal de Pott. (Paris, 1910.)



OVAIRE
(Vache)
corps jaune
follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets - Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY 48, rue Théophile Gautier PARIS (XVIe)

RŒDERER. — Tuberculose vertébrale avec abcès à allure de rhumatisme chronique. (*Bull. et mém. Sté méd. de Paris*, 7 octobre 1933.)
SORREL et SORREL-DÉJERINE. — Deux cas d'abcès froids thoraciques d'origine pottique. (*Bull. Soc. Anat.*, déc. 1922.) — Mal de Pott dorsal avec abcès sous-pleural. (*Soc. Anat.*, 1924.). — Abcès pottiques ouverts dans les voies digestives. (*Soc. de Péd.*, 15 mai 1928.)
SORREL-DÉJERINE (Mme). — Contribution à l'étude des paraplégies pottiques. (*Thèse de Paris*, 1924.)
SICARD. — Les abcès pottiques. (*Gaz. des Hôp.*, N° 39, 14 mars 1927.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1938)

Fièvre ondulante. — M. TANON, au nom de la commission de la fièvre ondulante, présente un rapport sur une communication du docteur Ledoux, relative à la dissémination de la fièvre ondulante par les troupeaux transhumants. Voici les conclusions de ce rapport :

1° Il serait intéressant de vérifier si les cas signalés sont bien tous dus à des contaminations de troupeaux à troupeaux, et s'il n'y en a pas qui résultent de contaminations par des vaccins vivants ;

2° La protection des troupeaux relève de la police sanitaire des animaux, et par conséquent du ministère de l'Agriculture à qui il convient de renvoyer la question, en raison de l'extension de plus en plus grande de l'infection, de l'animal à l'homme.

Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

La cuti-réaction à la tuberculine chez les élèves de l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière. — MM. E. RIST, P. REYT et J. TUGHILA ont pu suivre pendant deux ans toutes les élèves d'une promotion de l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière, au point de vue de la cuti-réaction à la tuberculine. Sur 144 jeunes filles âgées de 19 à 23 ans, entrées à l'Ecole en novembre 1935, 60, soit 41,66 p. 100, avaient une cuti-réaction négative. Avec celles-ci, l'épreuve a été répétée en juin 1936, en janvier 1937 et en octobre 1937. A cette dernière date correspondant à la fin des études et à la sortie de l'Ecole, il n'y avait plus que 16 cuti-réactions négatives, soit 11,26 p. 100. Chez 44 jeunes filles, le virage de la cuti-réaction s'était donc effectué au cours des stages hospitaliers dans des services de médecine, de chirurgie et d'accouchement, à l'exclusion de tout service de tuberculeux. Or, si chez 38 d'entre elles, ce virage ne s'était accompagné d'aucun symptôme morbide quelconque, il y en a eu 6 chez lesquelles se sont produits des accidents cliniquement manifestes de tuberculose, à savoir 2 pleurésies séro-fibrineuses — dont l'une accompagnée d'une lésion pulmonaire excavée bénigne ; 2 infiltrations pulmonaires limitées et assez rapidement résorbées, et 2 érythèmes noueux, dont l'un a été suivi d'une infiltration pulmonaire bénigne, et l'autre d'une méningite tuberculeuse mortelle. Il y a donc eu une morbidité de 10 p. 100 sur les élèves entrées à l'Ecole avec une cuti-réaction négative. D'autre part, sur les 84 élèves entrées à l'Ecole avec une cuti-réaction positive, aucune n'a eu durant ses deux années d'observation, d'accident quelconque imputable à la tuberculose. Elles ont été pourtant soumises aux mêmes risques de contagion que leurs compagnes à cuti-réaction négative. Ces faits démontrent : 1° qu'une primo-infection tuberculeuse subie sans réaction clinique confère un certain degré d'immunité à l'égard des réinfections et 2° qu'une proportion importante de sujets épargnés durant l'enfance par la contagion tuberculeuse sont susceptibles de la contracter à l'âge adulte et d'y répondre par des manifestations morbides, tantôt bénignes, tantôt sévères.

Les aérosols microbiens. — M. TRILLAT désigne ainsi tout rassemblement de particules microbiennes dans l'espace, par analogie à ce que les physiciens appellent des « aérosols » constituant les poussières de l'air et les brouillards. Ces deux systèmes d'aérosols ont des propriétés communes, mais diffèrent entre eux en ce que les uns sont formés de particules inertes, et les autres de particules vivantes. M. Trillat a étudié l'origine, la durée de suspension et la vie de ces aérosols microbiens qui jouent un grand rôle en épidémiologie, et qui dépendent de plusieurs facteurs, notamment de la composition chimique de l'air. Les aérosols microbiens peuvent être stérilisés par la production d'aérosols antiseptiques dans le but d'obtenir la stérilisation permanente de l'air d'un local.

Détection générale des gaz de guerre. — M. KLING expose une méthode permettant de détecter tous les gaz, non seulement ceux qui sont déjà connus, mais encore les produits agressifs nouveaux qui pourraient être utilisés dans l'avenir.

Le Spirophore. — M. WOILLEZ. En 1876, Woillez, médecin de la Charité, imagina un appareil pour le traitement des asphyxiés. C'est un appareil analogue que l'on préconise actuellement en Amérique sous le nom de « poumon d'acier ».

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1937)

Valeur des érosions costales dans le diagnostic des sténoses isthmiques. — MM. LAUBRY et HEIM DE BALSAC. Les érosions costales observées au cours des sténoses de l'isthme de l'aorte n'ont pas la valeur pathognomonique que les travaux récents tendent à leur attribuer. Lorsqu'elles sont très accusées, elles possèdent une valeur séméiologique incontestable ; mais, peu nombreuses, peu profondes, ou réduites à de légères irrégularités du bord inférieur des côtes, elles ne sont plus que symptômes mineurs. Elles manquent dans un tiers à un quart des cas. Leur existence et leur importance semblent dépendre du degré de la sténose et de l'âge des malades. Une revue de la littérature et six observations personnelles des auteurs étayent ces propositions.

Les auteurs présentent d'autre part des encoches et des irrégularités du bord inférieur des côtes chez des sujets indemnes de toute modification circulatoire des membres inférieurs. Ces altérations costales sont évidemment moins nombreuses et moins accusées que dans les cas types de sténoses isthmiques ayant servi à leur description ; mais elles sont très comparables à celles observées chez la plupart des sténosés de l'isthme. Elles s'observent surtout chez les hypertendus dont le système artériel est altéré. Elles résultent sans doute, comme au cours des sténoses isthmiques, de l'érosion du bord inférieur des côtes par une artère intercostale sinueuse et dure.

Modifications trachéales et bronchiques chez les mitraux. — MM. D. ROUTIER et R. HEIM DE BALSAC. L'oreillette gauche est la cavité cardiaque la plus haut située, et son bord supérieur s'insinue souvent dans le pédicule jusqu'au contact de l'artère pulmonaire droite, à proximité de la bifurcation trachéale. Augmentée de volume, cette cavité se développe postérieurement, latéralement et aussi vers le haut. Dès lors, l'oreillette gauche pénètre comme un coin dans la bifurcation trachéale qui est écartée ; les bronches, surtout la bronche gauche, sont ainsi déplacées vers l'horizontale, incurvées, et parfois comprimées. Les auteurs pré-

sentent les divers stades de ce processus chez des mitraux porteurs d'oreillettes gauches de plus en plus volumineuses. La dilatation auriculaire droite n'influe pas sur la topographie projetée des bronches, tandis que l'augmentation de volume de l'arbre artériel pulmonaire inflige aux conduits aériens des modifications inverses : incurvation de dehors en dedans, bifurcation trachéale plus aiguë. Ces faits sont évidents après opacification lipiodolée des bronches, mais ils s'observent assez souvent directement sur de bonnes téléradiographies.

Tétrade de Fallot et anomalies électrocardiographiques complexes et instables (rythme septal, block de branche et alternance ventriculaire. — M. Aldo Calo (de Tunis).

Les limites d'application des lois physiques à la dynamique circulatoire : la cardiodynamométrie. — M. A. Pruche (Brest).

Dextrocardie congénitale pure sans inversion des cavités cardiaques. — M. P. Meyer.

Dissociation par infarctus larvé. — M. Laubry rapporte l'observation d'un homme de 50 ans qui, à la suite de quelques troubles digestifs, sans aucun phénomène douloureux, présenta une bradycardie à 45-50. Auscultation absolument normale. Le tracé fit apparaître un décalage de la ligne isoélectrique et une onde très profonde en troisième dérivation. Il s'agissait d'un infarctus de la cloison, dont l'explosion silencieuse avait interrompu la conductibilité auriculo-ventriculaire. Les tracés successifs montrèrent la disparition progressive des anomalies.

Actuellement, six mois après l'incident, il persiste seulement un léger décalage de la ligne iso-électrique. Laubry insiste sur le début insidieux de certaines formes d'infarctus myocardique.

Infarctus du myocarde à installation lente. — M. Pierre Broustet. Etude électrocardiographique avant et après la constitution de la lésion.

Infarctus du myocarde avec bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire complète ; disparition rapide des signes cliniques et électriques. — M. Jean Lenègre.

Dissociation auriculo-ventriculaire avec block de branches au cours d'une atteinte cardiaque rhumatismale. — M. Marc Leblanc (de Dijon).

Résultats obtenus par des interventions rénales dans cinq cas d'hypertension artérielle grave. — MM. L. Langeron et E. Camelot aboutissent aux conclusions suivantes : les interventions rénales, décapsulation et énervation, faites successivement sur les deux reins, constituent une méthode qu'il n'est pas toujours possible de mener jusqu'au bout, et souvent on doit se contenter de les faire d'un seul côté.

Ces interventions paraissent bien supportées, sauf dans les cas d'affection vasculaire en évolution (aortite, existence de crises arythmiques ou tachycardiques). On obtient généralement (la décapsulation simple paraissant aussi efficace que jointe à l'énervation) un abaissement tensionnel substantiel immédiat ; mais cet abaissement ne dure pas et, au bout de quelque temps, la tension est remontée à son taux initial.

Les documents recueillis ne permettent pas de conclure quant à l'action de ces interventions sur le fonctionnement rénal.

Ces résultats, basés sur un petit nombre d'observations dont quelques-unes sont restées incomplètes du fait des conditions de leur obtention, ne doivent pas faire abandonner systématiquement une pratique qui, lorsqu'elle sera mieux connue et précocement appliquée, pourra peut-être rendre service au malade.

Crise tachyarythmique constituée par la juxtaposition d'une tachyauriculie et d'une tachyventriculie indépendantes. — M. L. Langeron.

Le claquement artériel pulmonaire protosystolique. — MM. C. Lian et J.-J. Welti décrivent, dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, un claquement bref, aigu et vibrant, se produisant au début de la systole, et se superposant à la deuxième moitié du premier bruit, qui est ainsi dédoublé. Ce claquement a son maximum au deuxième espace intercostal gauche, au même point que le souffle systolique ; il présente d'importantes variations respiratoires : il est nul ou faible à l'inspiration. Il se rencontre dans près de 10 p. 100 des rétrécissements pulmonaires. Il peut prendre l'aspect d'un formidable éclat sec du premier bruit au foyer pulmonaire, lorsque l'oreille ne perçoit pas nettement la partie initiale et sourde du premier bruit précédant le claquement.

Ce claquement peut s'expliquer par la tension protosystolique du dôme constitué par les valvules sigmoïdes pulmonaires soudées entre elles. Il est possible qu'il soit dû à la tension protosystolique des parois altérées de l'artère pulmonaire, car Lian et J.-J. Welti ont perçu ce claquement dans un cas d'artérite pulmonaire.

Ce claquement présente un réel intérêt clinique, car dans les cas où l'on hésite à diagnostiquer un rétrécissement pulmonaire ou une artérite pulmonaire, la constatation de ce claquement localisé au foyer pulmonaire permet d'affirmer l'existence d'une maladie de l'artère pulmonaire.

Cette communication a été accompagnée par la projection de phonocardiogrammes recueillis avec le Téléstéthophone Lian-Minot, et par l'audition de disques enregistrés avec le Phonostéthographe Lian-Minot.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA RÉGLEMENTATION DES SANATORIUMS PRIVÉS

A la date du 25 octobre dernier, la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation a rendu un intéressant arrêt relatif à la réglementation des sanatoriums privés. (V. *Gaz. du Pal.*, 3 décembre 1937. *Le Temps*, 16 novembre 1937.)

Voici les circonstances dans lesquelles est intervenue cette décision.

Le docteur B... avait ouvert, en 1933, une clinique dans laquelle il se proposait de soumettre des malades atteints de tuberculose à un traitement par injections endo-veineuses. Il avait estimé que son établissement, n'étant point destiné à des cures d'air ou de repos, ne constituait pas un sanatorium et qu'il n'y avait pas lieu, en conséquence, pour lui de se conformer aux dispositions de la loi du 7 septembre 1919, notamment de son article 8, lequel stipule que toute personne qui se propose de créer un sanatorium privé devra en faire la déclaration au préfet du département.

Cette interprétation de la loi n'avait point été admise par les autorités et, bien que le docteur B... eût adressé au Préfet, quelques mois après l'ouverture de sa clinique, une déclaration, le tribunal civil de Vienne, en un jugement du 29 décembre 1934, estima qu'il convenait d'appliquer la sanction prévue par la loi et ordonna la fermeture de l'établissement.

Le docteur B... fit appel de ce jugement et soutint devant la Cour de Grenoble qu'il n'avait pas à faire de déclaration préalable, son établissement ne pouvant être confondu avec un sanatorium.

Cette thèse fut repoussée par la Cour de Grenoble, qui confirma le jugement à elle déféré, motif pris de ce que la loi du 7 septembre 1919 vise tous les établissements destinés au traitement de la tuberculose, sans faire aucune distinction relative à la nature des traitements auxquels les malades sont soumis.

Le docteur B... forma un pourvoi, dans lequel il reprit le moyen écarté par la Cour de Grenoble.

La Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation a rejeté ce pourvoi en décidant qu'il est impossible, à moins de méconnaître la généralité des termes de la loi, comme aussi les préoccupations d'hygiène qui l'ont inspirée, d'en limiter arbitrairement l'application en tenant compte du mode de traitement de la tuberculose auquel sont soumis les malades.

Cette décision ne paraît pouvoir être l'objet d'aucune critique sérieuse, car la Cour suprême a justement interprété, tant en fait qu'en droit, les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 et des décrets qui en ont réglementé l'application.

En droit, en effet, il est certain qu'en présence de la définition très large du sanatorium donnée par les textes précités, — à savoir tout établissement destiné aux malades reconnus atteints de tuberculose — et qu'en l'absence de toute restriction relative aux modes de traitement, il est impossible de limiter arbitrairement la portée de la loi en déclarant celle-ci inapplicable dans le cas où est poursuivi un autre traitement que celui de la cure d'air et de repos.

En fait, le but essentiel recherché par le législateur a été d'exercer un contrôle sur la façon dont les tuberculeux sont soignés et de prescrire certaines règles d'hygiène et de propreté dans l'intérêt des malades. En conséquence, il ne serait pas admissible de priver des tuberculeux du bénéfice de cette surveillance et de ces préceptes sous le prétexte qu'ils sont soumis à un traitement différent du traitement le plus généralement suivi dans les sanatoriums.

Ainsi, les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 doivent être observées par les dirigeants de tous les établissements qui accueillent des tuberculeux, quelle que soit la nature des soins donnés. Du point de vue de la santé publique, il convient, d'ailleurs, de se féliciter de l'interprétation donnée par la Cour de Cassation, puisqu'elle ne peut lui être, à tous égards, que favorable.

***

Voici les sommaires de quelques décisions récentes qui nous paraissent devoir intéresser particulièrement nos lecteurs

Médecine-chirurgie-pharmacie. — Exercice de la médecine. — Fonctions ou emplois de médecine publique. — Délai d'attente. — Médecins naturalisés. — Engagés volontaires. — Dispense du délai (lois du 21 avril 1933 et du 28 juillet 1935, art. 7). — Assistance publique. — Concours — Exclusions sans distinction. — Excès de pouvoir.

La loi du 21 avril 1933 sur l'exercice de la médecine, après avoir disposé que toutes les fonctions publiques, données au concours ou sur titres, ne pourront être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés depuis cinq ans, spécifie que ce délai ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires en 1914, auront servi dans l'armée française pendant la guerre. Cette exception, ainsi instituée en faveur des engagés volontaires, a, d'ailleurs, été confirmée par la loi du 26 juillet 1935, laquelle impose aux étrangers naturalisés un délai d'attente de cinq ans, après l'obtention du droit d'exercer, pour remplir les fonctions ou emplois de médecine publique déterminés par un règlement d'administration publique.

D'autre part, en admettant qu'il ait appartenu au directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, dans l'exercice de son pouvoir, de fixer le statut du personnel de son administration et, notamment, ses conditions de recrutement, d'apporter d'autres restrictions à l'admission, dans ledit personnel, des médecins naturalisés, il n'a pu édicter valablement de semblables mesures que pour des raisons concernant le service médical des hôpitaux, en vue de satisfaire aux exigences spéciales de son fonctionnement.

Doit, en conséquence, être annulé l'arrêté du directeur général de l'Administration de l'Assistance publique, qui exclut tous les médecins naturalisés, sans distinction, des concours concernant les emplois du personnel médical, jusqu'à l'expiration du délai de dix ans à compter de la promulgation du décret leur ayant conféré la nationalité française, en tant que ledit arrêté qui a été pris afin de mieux protéger les nationaux, et par conséquent a été motivé par des considérations étrangères à l'intérêt médical des hôpitaux de l'Assistance publique, impose un délai d'attente aux médecins naturalisés ayant servi pendant la guerre dans l'armée française comme engagés volontaires.

Conseil d'Etat, 12 février 1937. *Gazette du Palais*, 16 novembre 1937.

Médecine-chirurgie-pharmacie. — Exercice illégal de la médecine. — Opticien. — Skiascopie.

Commet un acte d'exercice illégal de la médecine l'opticien qui recourt à la méthode de la skiascopie pour procéder à l'examen des yeux de ses clients et il importe peu qu'il ait ensuite laissé à ceux-ci le choix des verres à acheter si ce choix leur a été inspiré par les résultats de l'exament auquel ils avaient été soumis.

Cour de Cassation (Ch. criminelle) 1er juillet 1937. *Gazette du Palais*, 12 novembre 1937.

Médecine-chirurgie-pharmacie. — Exercice illégal. — Guérisseurs. — Traitement suivi. — Spiritisme. — Procédés mystérieux.

Constituent le délait d'exercice illégal de la médecine les pratiques d'un individu, non docteur en médecine, qui reçoit de nombreux malades, les examine en procédant par des embrassements, des contacts de nature diverse, des impositions de mains, établit des diagnostics, prescrit des traitements, notamment l'absorption d'une « eau fluidifiée » par des procédés dont le caractère fantaisiste se perd dans une apparence d'appel à l'au-delà mystérieux.

Tribunal correctionnel de la Seine, 17 juin 1937, *Gazette du Palais*, 15 octobre 1937.

Médecine-chirurgie-pharmacie. — Exercice illégal. — Guérisseurs. — Traitement suivi. — Magnétisme. — Hypnotisme.

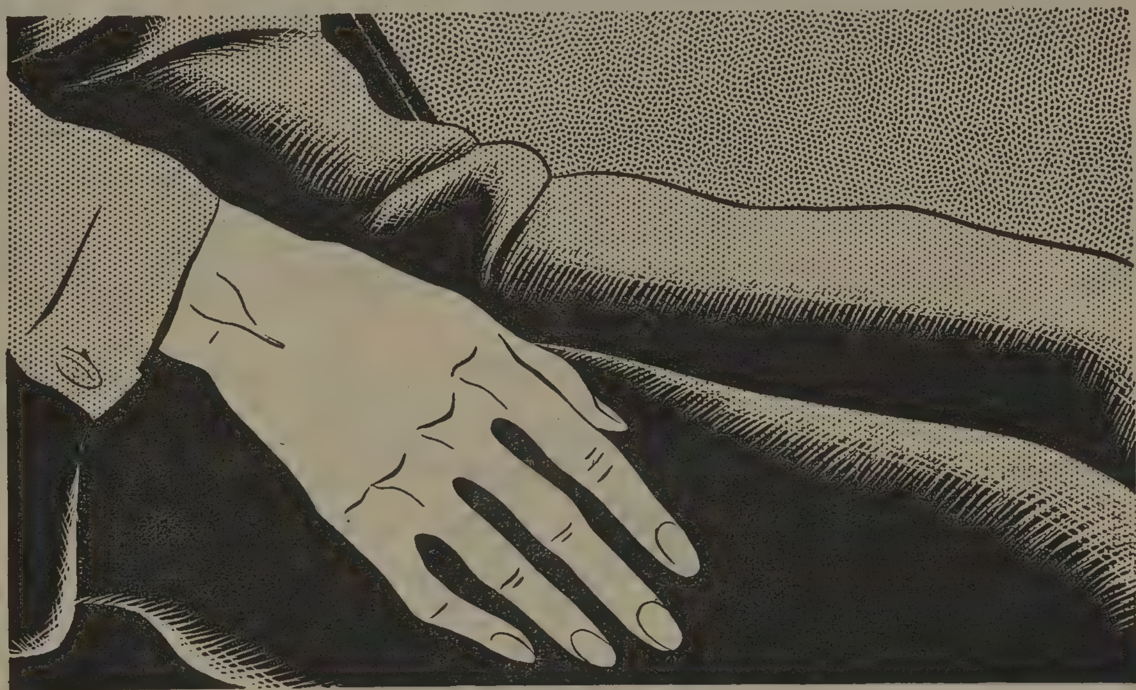
Si le législateur n'a pas voulu réserver aux médecins les expériences de magnétisme et d'hypnotisme, c'est à la condition que les profanes restent dans le domaine des expériences purement scientifiques et ne se servent pas du magnétisme et de l'hypnotisme pour exercer la profession de guérir ; en conséquence, exerce illégalement la médecine l'individu qui donne ses soins aux malades venus le consulter, soit par imposition des mains, soit en appliquant sur les plaies du coton imbibé d'huile d'olive qu'il déclarait avoir magnétisée, soit en leur faisant absorber de l'eau également magnétisée ; en effet, le traitement médical ne consiste pas uniquement dans l'usage des produits pharmaceutiques ou autres, mais en des moyens moraux, parmi lesquels rentre le magnétisme.

Tribunal correctionnel de La Rochelle, 29 avril 1937 *Gazette du Palais*, 10 octobre 1937.

G. NATTAN-LARRIER,
Docteur en Droit,
Avocat à la Cour de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

Paris. — Soc. Gén. d'Imp. et d'Ed., 17, rue Cassette.



N° 6. — MERCREDI 19 JANVIER 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE) PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Le XIVe anniversaire de la mort de Widal. — Comme chaque année, les élèves et les amis de Fernand Widal se sont réunis le 14 janvier, à l'hôpital Laënnec, autour de Mme Widal et de son fils.

Le professeur F. Bezançon, dans une allocution émue, exprima à Mme Widal la fidélité du souvenir des disciples de Widal.

Le professeur A. Lemierre fit ensuite une très belle conférence sur *le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde*. Il en retraça l'histoire depuis la retentissante communication de Widal à la Société médicale des hôpitaux en 1896. Après avoir subi l'épreuve du temps, malgré toutes les critiques, malgré toutes les polémiques, la méthode demeure intacte. S'appuyant sur de nombreux exemples, Lemierre montra enfin l'impulsion magnifique donnée aux recherches modernes par les travaux du Maître et de son Ecole.

Puis, les fidèles amis de Widal se rendirent au cimetière Montmartre, pour se recueillir sur sa tombe.

Hôpitaux de Paris. — *Jury du concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.*

MM. les docteurs : Coutela, Lagrange, Velter, Magitot, Prelat, Gautier (médecin), Brocq (chirurgien).

— *Concours de l'internat* (oral). — Première séance, 13 janvier 1938. Questions données : Diagnostic des hémoptysies tuberculeuses ; Signes du mal de Pott dorso-lombaire de l'adulte, sans le diagnostic.

MM. Deprez, 25 ; Blinder, 23 ; Tostivint, 15 ; Rognon, 24,5 ; Ciaudo, 17 ; Filippi, 15 ; Mlle Darhowsky, 28 ; MM. Chappelart, 14 ; Boudon, 29.

— *Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.* — Par arrêté de M. le Préfet de la Seine, en date du 4 janvier 1938 et sur la proposition de M. le directeur général de l'administration de l'Assistance publique, le docteur BRAINE, chirurgien des hôpitaux de Paris, a été nommé directeur des travaux scientifiques à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, en remplacement du docteur Robineau, démissionnaire.

Hôpitaux de Bordeaux. — *Le concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Cheyrou-Lagrèze, Lafon, Laborit, Morichaud-Beauchamp, Duchet-Suchaux, Pouyanne, Laporte, Collin, Fallot, Rumau, Dumeau, internes titulaires.

M. Perrineau, Mlle Hubschmann, M. Font-Lapalisse, Mlle Corpereau, MM. Courteix, Muret, Dutasta, Dubuc, de Fornel, Chassagnette, Garnier, internes provisoires.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Les élections pour le remplacement de MM. Roussy (de Paris) et Sigalas (de Bordeaux), comme représentants des Facultés de médecine, ont eu lieu le 10 janvier. MM. Tiffeneau (de Paris) et Spillmann (de Nancy), ont été élus.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Sont déclarées vacantes : 1° la chaire de médecine légale et de médecine sociale ; 2° la chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.

Collège de France. — La chaire de morphologie expérimentale et endocrinologie est déclarée vacante.

Légion d'honneur. — GRANDE CHANCELLERIE. — M. le médecin général Polin, membre du Conseil de l'ordre de la Légion d'honneur, est élevé à la dignité de grand-croix.

Distinctions honorifiques. — JUSTICE. — La médaille pénitentiaire est conférée à MM. les docteurs Coronat (à Gap) ; Croste (à Bayonne) ; Gazzola (à Nice) ; Sépet (à Marseille).

Ministère de la Santé publique. — Un concours est ouvert pour le recrutement d'inspecteurs départementaux d'hygiène et de directeurs des bureaux d'hygiène (villes de plus de 100.000 habitants). S'adresser au ministère, direction du personnel, 1er bureau, 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 5 février 1938 au plus tard. (*J. off.*, 11 janvier 1938, p. 526.)

— Le *Journal officiel* du 13 janvier 1938 publie (p. 593) un décret et des arrêtés portant création du *Conseil supérieur d'hygiène sociale*, nomination des membres et constitution dudit Conseil.

Le *Journal officiel* du 14 janvier 1938 publie (p. 627), un décret instituant auprès du ministre de la Santé publique, une commission chargée d'étudier les questions relatives à la *suppression des taudis*.

Guerre. — Des concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce, et pour l'obtention des titres de médecin et chirurgien des hôpitaux militaires et de pharmacien chimiste du Service de santé militaire, s'ouvriront en 1938. (*J. off.*, 11 janvier 1938, p. 529.)

Société des Chirurgiens de Paris. — La séance solennelle annuelle de la Société aura lieu, 44, rue de Rennes, le vendredi 21 janvier 1938, à 16 h. 30. M. le docteur Luquet prononcera l'éloge de Victor Pauchet.

Avis de concours. — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un troisième médecin spécialisé (ne faisant pas de clientèle), chargé d'assurer le service des dispensaires du Comité d'Hygiène sociale et de Défense contre la Tuberlose du département de la Charente-Inférieure, est actuellement ouvert.

Les conditions de participation à ce concours, de nomination et de rémunération sont celles prévues au règlement intérieur des dispensaires antituberculeux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris. Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au 15 février 1938.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE de la Pitié (prof. M. F. RATHERY).

Lundi 24 janvier. — 9 h. : M. BARGETON : Leçon de séméiologie cardiaque. — 10 h. 30 : M. DEROT ; Présentation de malades.

Mardi 25 janvier. — 9 h. : M. SALLET : Leçon de séméiologie rénale. — 10 h. 30 : Mlle JAMMET : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition. Diabète.

Mercredi 26 janvier. — 9 h. : M. GRENET : Leçon de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30 : M. KOURILSKY : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY. Maladies du rein.

Jeudi 27 janvier. — 9 h. : M. DE TRAVERSE : Leçon de chimie biologique élémentaire. — 10 h. 30 : M. le professeur F. RATHERY : Leçon clinique. Tuberculose et diabète.

CHRONIQUE

LA LUTTE CONTRE LES RATS

L'Exposition va être démolie, et déjà les rats qui se cachaient dans les sous-sols ont fait leur apparition au grand jour. La lutte que la Préfecture de police avait menée avec succès après la guerre, recommence déjà, et cela donne une actualité nouvelle à la campagne pour le *chat ratier*.

Le docteur Loir, dans un excellent volume sur le *Chat ratier*, paru il y a quelques années, et plus récemment au Congrès international du Chat (oct. 1937) (1), affirme que le rat « dilapide à son aise les biens dans la proportion de cinq à six milliards-or, rien qu'en France... » Si l'on considère que le rat se reproduit à la cadence de 5 à 6 portées par an (6 à 20 jeunes par portée), et que le rat, à deux mois est nubile, on peut se faire une idée de la multitude de rats issus du couple initial. M. Loir évalue la descendance de ce couple à une vingtaine de millions de sujets en trois ans !

Contre cet envahissement qui nous menace de nouveau dans nos biens et dans nos santés, de quelles armes disposons-nous ? Les pièges, les poisons, les virus.

Ce sont ces derniers qui sont les plus actifs. M. Loir préfère cependant l'emploi du chat.

L'expérience de notre confrère lui a prouvé que le meilleur moyen d'empêcher le rat de s'installer dans nos demeures, est de mettre les portées en perpétuel danger. C'est le chat, le chat commun sélectionné, qui donne les meilleurs résultats à ce point de vue.

Le chat est l'ennemi héréditaire du rat, seul il est capable de le poursuivre sans trêve et de l'éloigner de nos demeures.

M. Loir a obtenu au Havre des résultats absolument probants, à bord des navires d'abord (*Normandie* a un effectif de 50 chats ratiers et s'en trouve bien), puis dans les docks. Les essais faits par les Chemins de fer de l'Etat, par les grands magasins du Printemps, à Paris, dans d'autres entrepôts à Lyon, ont été décisifs. Enfin, l'expérience la plus importante a été faite en Italie, où 3.000 chats sont employés dans les anciens marais Pontins, pour protéger la magnifique récolte de blé de nos voisins.

En résumé, les observations des auteurs montrent que « partout où le chat est bien employé, il ne montre que des qualités, et les rats disparaissent. Partout où il est maltraité, sa valeur ratière diminue ou disparaît et les défauts qu'on lui reproche entrent en activité ».

F. L. S.

(1) Voir docteur LOIR et Mme LECLERC-ABADIE, *Arch. méd. de Normandie*, n° 168, déc. 1937.

ÉNERVEMENT CONTENU. MENSONGE NÉURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Par M. R. BENON
Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

L'énervement contenu est extrêmement curieux à observer chez les enfants : il indique la tendance du sujet à se renfermer en lui-même, à dominer facilement les manifestations réflexes de l'émotion énervement, laquelle, le plus ordinairement peut-être, s'exprime par paroles ou gestes. L'entêtement, la mauvaise humeur, la bouderie sont des variétés de cet état émotionnel spécial. Il est en général associé à la dissimulation des idées et des sentiments. Le mensonge, la fabulation, où il entre de la joie, en atténuent les effets douloureux (serrement épigastrique, constriction à la gorge, etc.) et bientôt les font disparaître. Un cas d'énervement contenu (refoulé, maîtrisé, dominé) étudié récemment nous paraît digne d'être rapporté brièvement.

***

Cette observation concerne un enfant de quinze ans qui a fait une fugue de N... à V..., fugue qui a duré un jour et demi et qui s'est terminée par un vol de couteau, suivi d'arrestation. Immédiatement après l'acte, cet individu s'est livré à des déclarations fantaisistes, mobiles, qui n'auraient pas manqué, il y a quelques années, de le faire considérer comme affecté de mythomanie : ce terme vague doit être précisé.

S'il existe une vraie mythomanie, celle-ci doit être désintéressée, non utilitaire ; sinon, c'est le mensonge simple ou complexe. Il existe sans doute des cas où mythomanie utilitaire et mythomanie artistique se combinent. Pratiquement la première importe seule, si atténuée qu'elle soit, et en cas de délit ou crime, des sanctions sont indispensables. Chez notre sujet, quelle était exactement la mythomanie observée ? En fait, elle était difficile à classer scientifiquement, parce que le mutisme, au moment de l'examen médical, était à peu près complet. Nous avons conclu qu'elle était à tendance utilitaire : cet enfant est parti de chez ses parents parce que la vie de contrainte familiale lui pesait, parce que la discipline domestique lui était devenue insupportable. Il s'était montré peu studieux à l'école, au séminaire, au lycée ; on le pressait de choisir une profession : serrurier, menuisier, coiffeur. Ennuyé, contrarié, énervé, il a allégué qu'il se rendait à la messe de sa paroisse et il a disparu. — Le vol de couteau, à V..., est resté inexplicable, mais il est bien probable qu'il eut des motifs rationnels, peut-être confus, obscurs, mais logiques quand même. Les actes non motivés, purement impulsifs, en dehors de l'épilepsie, de la démence, doivent être bien rares, quoi qu'en pensent certains psychologues et romanciers modernes.

Cet enfant, assez bien développé au point de vue physique, malgré la délicatesse de ses premières années, se présentait avec un faciès agréable, avançait vers nous naturellement, s'asseyait lorsqu'on l'en priait. Mais dès que la conversation allait s'engager, on remarquait l'obliquité de son regard, quelques mouvements d'énervement au niveau de la bouche, des épaules et surtout au niveau des mains ou mieux des doigts. Le signe de la contraction des sourcils, si fréquent dans l'énervement contenu, faisait défaut. Nulle question ou à peu près ne pouvait provoquer d'autres réponses que oui et non. L'examen physique, à l'état de nudité, fut pratiqué sans difficulté : il se déshabilla spontanément en présence de ses parents. La motilité, la sensibilité, la réflectivité étaient normales.

***

Il n'est pas douteux, pour nous, que ce sujet soit un dégénéré : dégénéré de l'intelligence (précocité de la mythomanie utilitaire), dégénéré de l'émotivité (disposition marquée à l'énervement contenu), dégénéré de l'activité (paresse : mais la paresse est certainement un complexe idéo-affectif). Il importe de faire remarquer que cet état de dégénérescence dysphrénique, dysthymique, dysthénique, ne constitue pas une maladie, mais des anomalies simples, et que ces anomalies, si étranges qu'elles soient, ne relèvent nullement de l'aliénation mentale. De tels individus sont lucides et pratiquement responsables de leurs actes.

Une certaine difficulté clinique est créée par la possibilité de confondre certaines anomalies psychiques avec la démence dite précoce. Parmi ces anomalies, l'énervement refoulé constitue une manifestation à caractère objectif qui incline l'observateur à penser à l'hébéphrénie, à l'idiotie acquise de Pinel et Esquirol. Le mutisme plus ou moins accentué, plus ou moins quotidien, le refus partiel des aliments, les attitudes stéréotypées, figées, sur une chaise, dans un coin d'appartement, l'opposition (ou négativisme, en fait) à toutes les sollicitations de l'entourage, constituent un tableau qu'on nous a accoutumé de considérer comme symptômes propres de la démence précoce ou schizophrénie. D'autres auteurs, moins catégoriques, ne paraissent voir là qu'une prédisposition à la maladie et la dénomment schizoïdie. Mais, à propos de schizoïdie, celle-ci est-elle l'inclination à la rêverie, à la méditation, hors de la dure réalité, ou bien est-elle la conséquence d'un caractère spécial, dit caractère renfermé ? Dans le premier cas, elle serait une anomalie intellectuelle, dans le second une anomalie émotionnelle. Il faudrait préciser. — Dans les cas de diagnostic qui nous préoccupent, anomalie par énervement contenu ou démence précoce, il y a cette conclusion essentielle : la seule manifestation dysthymique énervement contenu ne saurait être un signe valable de démence précoce que s'il existe des symptômes d'indifférence affective. Or ce n'était pas le cas chez notre sujet et ce ne doit être le cas chez les enfants, entre douze et seize ans, que très exceptionnellement. On dira que l'erreur reste possible ; on dira qu'il est préférable de considérer comme un malade et non comme un anormal un individu sur l'état duquel plane un doute. Nous reconnaissons l'importance de l'objection, mais nous estimons que de tels sujets, s'il y a eu crime ou délit, doivent d'abord faire l'objet d'une sanction. En cas de maladie avérée, l'internement dans un asile d'aliénés sera ultérieurement décidé.

Cette pratique est rationnelle ; elle exigerait que des médecins spécialistes soient affectés dans tout le pays à la visite des prisonniers.

Parfois, chez les enfants, l'énervement contenu est pris pour de la timidité. L'erreur ne saurait persister longtemps. Du reste l'observation indirecte bien faite met rapidement sur la voie du diagnostic exact, tellement l'anxiété habituelle du timide apparaît frappante dans une foule de détails bien caractéristiques de sa vie quotidienne.

***

La question des enfants difficiles, des pervers précoces si l'on veut, mérite de retenir très spécialement l'attention des Pouvoirs publics. Autant il est aisé d'assister n'importe où, en quelque sorte, les enfants arriérés, les enfants invalides, les enfants gâteux, autant on aura du mal à organiser une protection efficace de la famille et de la société contre les enfants et adolescents à tendances vicieuses ou perverses : il faut pour eux des établissements fermés ; il faut près d'eux des neuro-psychiatres ; il faut avec eux des maîtres d'étude spécialisés, des chefs d'atelier variés, etc., et aussi, dans l'établissement, des chambres d'isolement en nombre suffisant avec surveillance active et continue, etc. Tout cela nécessite une vaste administration centralisée, des conseils médicaux, non pas des directions médicales. Le médecin, ici, sera avant tout un expert, mais il pourra, dans son infirmerie, faire des essais de traitement sur les anormaux, mettre en observation ceux qui paraîtront faire des maladies mentales précises. Ce sera une tâche non dépourvue d'intérêt. Il se pourrait que l'avis du médecin ne soit pas toujours suivi dans les commissions qui seront créées (par exemple pour la mise en liberté ou pour le maintien) : il n'en restera pas moins que, comme dans l'armée, les avis médicaux auront grand poids lorsqu'ils seront solidement fondés.

Voici l'observation qui a provoqué ces considérations cliniques et médico-légales. On ne manquera pas de remarquer l'importance des premiers témoignages recueillis. Le sujet fut déclaré pratiquement responsable de ses actes et les anomalies constatées chez lui ne furent pas considérées comme étant de nature à atténuer sa responsabilité.

RÉSUMÉ. — *Garçon, 15 ans (1936). Fugue le vendredi 2 octobre 1936, de N... à V...; et arrestation en cette dernière ville, à la suite d'un vol de couteau. Mutisme à peu près complet. Immobilité voulue. Quelques petits signes d'énervement. — Pratiquement lucidité totale ; pas de démence précoce. Responsabilité.*

Le Sieur H. Pierre, âgé de 15 ans, né le 7 juin 1921, à D..., sans profession, actuellement domicilié à N..., chez ses parents, est inculpé de vol.

Les faits. — Le vendredi 2 octobre 1936, H... a quitté, à N..., la maison paternelle, dès six heures du matin, pour aller à la messe. Il lui arrivait assez souvent de se rendre à l'église, à cette heure-là. Comme il n'était pas rentré à huit heures, sa famille a signalé son absence au Commissariat de police. Il a été arrêté à V..., le 3 octobre 1936, vers dix-huit heures quarante cinq, à la suite d'un vol de couteau, commis boulevard Maréchal-Foch, chez un marchand de la ville. Voici, en résumé, ce qu'a déclaré le coutelier : un jeune homme qu'il ne connaissait pas est entré dans son magasin ; il paraissait pris de boisson ; il a demandé de lui présenter des couteaux de poche. On lui a montré notamment deux couteaux à manches en corne de cerf. A un moment donné, alors qu'on avait le dos tourné, il est parti en disant qu'il n'avait pas assez d'argent pour payer et qu'il reviendrait. Comme ce jeune homme avait paru bizarre au coutelier, ainsi qu'à sa femme, celui-ci a vérifié sa vitrine et constaté que l'un des couteaux à manche en corne de cerf avait disparu. Il a rejoint, sur le boulevard, H... qui a avoué son vol ; il l'a ramené dans son magasin et a téléphoné au commissariat. Un gardien de la paix est venu. L'inculpé n'avait sur lui ni papier, ni sou. Il a donné son nom à l'agent, son prénom, la date et le lieu de sa naissance ; il a déclaré que son père était garagiste à N..., et qu'il se rendait à Q..., chez un oncle, pour apprendre le métier de serrurier. Fouillé il a été trouvé porteur d'une lampe électrique de poche, de deux piles et de deux ampoules, de deux flacons vides, ayant contenu des échantillons de liqueur, d'un couteau, d'un peigne, d'une glace, d'un chapelet et autres menus objets. — Devant le Commissaire de police, il n'a pas décliné le nom de sa mère (sur demande). Il a dit avoir obtenu son certificat d'études primaires (faux). Il a reconnu le vol commis. Il a déclaré, encore, que son père était garagiste, qu'il se rendait à Q... chez un cousin, M. C...., entrepreneur de serrurerie (faux : son père ne connaît personne à Q...). Il a dit être parti de chez lui avec cent francs, que lui avait remis son père (faux). Il a pris le train pour V... et non pour Q..., comme le lui avait recommandé son père (faux) Il a payé vingt-cinq francs, dit-il, un billet de troisième classe. Il est descendu à la gare de V... et il avait à ce moment quatre vingts francs sur lui. Il n'a plus un sou. Il a dépensé son argent à boire et à manger. Il regrette son vol. Il affirme ne pas en avoir commis d'autres. — Devant M. le Juge d'Instruction, il a déclaré avoir voyagé à pied de N... à V... et être parti avec vingt francs. A V..., il a cru avoir perdu son couteau (ce qui n'était pas exact) et c'est pour cela qu'il est entré chez un coutelier. N'ayant pas d'argent, il a volé un couteau et il a été arrêté.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été, les uns puisés au dossier, les autres fournis par l'inculpé ou par ses parents qui l'ont accompagné lors de nos examens. — Son père, âgé de 41 ans, a été intoxiqué par les gaz au cours de la guerre de 1914-1918 : il souffre d'emphysème avec par intervalles poussées de bronchite. Sa mère serait bien portante : elle a mis trois enfants au monde. L'inculpé a une sœur et un frère âgés de dix et six ans. La mère n'a pas fait de fausse couche. La grand'mère maternelle, décédée à 72 ans, aurait présenté des signes d'affaiblissement intellectuel ; son oncle du même côté serait anormal, peu intelligent, sujet à des attaques de nerfs ; toutefois il est capable de subvenir à ses besoins. Pas de cas d'aliénation mentale dans la famille, suivi d'internement. — L'inculpé est né à terme et a été élevé par ses parents. A l'âge de deux ans, il aurait été atteint de fièvre typhoïde ; dans la suite il fut affecté souvent de bronchites et sa mère a eu « du mal à le tirer », comme elle dit. Il n'a souffert ni de méningite, ni de convulsions. — Il sait lire, écrire et compter ; il peut faire une lettre ; il n'a pas obtenu son certificat d'études primaires. A V..., à Marmande, à Dijon où son père a obtenu des emplois réservés d'ancien combattant, il a fréquenté l'école régulièrement ; à N..., de même. Il n'est pas inintelligent, mais il ne serait pas capable de se livrer à un travail suivi. Placé encore au séminaire de J..., durant deux ans, on l'a déclaré anormal ; il ne s'est jamais évadé de l'établissement. On lui a proposé les métiers de serrurier, de menuisier, de coiffeur ; il n'en accepte aucun et ne s'applique

à aucune tâche. — Comme caractère, il serait menteur, gourmand, envieux, paresseux. Son père dit : « Il est menteur, mais on ne sait pas trop ce qu'il pense, car il ne parle presque pas. Il ne dit jamais non, mais il ne fait que ce qu'il veut. Tout lui fait envie ; l'argent qu'on lui donne, il le dépense en bonbons. Rien ne lui plaît comme travail. Il a quelquefois pris de l'argent, dans les poches de sa mère. Depuis qu'il grandit, il parle de moins en moins. » Pas de vol, sauf celui de V..., hors de la maison. Pas de vagabondage. Pas de manifestations colériques avec menaces, bris d'objets. Caractère sournois, nettement fermé, concentré, têtu. Peu affectueux. Quelques tendances à l'orgueil, à la jalousie, celle-ci dirigée contre sa sœur et son frère. Pas de masturbation connue. Fausse timidité.

Examen spécial. — L'examen mental de l'inculpé (novembre 1936) est très difficile, parce qu'il ne répond à peu près à aucune question posée. Ou bien, s'il répond, c'est par monosyllabes, ou d'un seul mot. Jamais il ne donne de détails, quel que soit le fait dont il s'agit. Par exemple lorsqu'on l'interroge sur son père, lorsqu'on lui demande s'il est vivant, quel âge il a, il se contente de dire oui. Son père l'accompagne ; il est là, dans une pièce à côté, or quand on lui demande où est son père, il dit négligemment : « Il doit être là ». Il dit la profession de son père qui est coiffeur. Pour l'âge de son père : il ne sait pas et ne cherche point. Il parle bas, entre les dents. On a le soin pourtant de lui parler doucement, de le mettre en confiance ; on ne se hâte pas. Il reste toujours à peu près muet, son regard est constamment oblique. Cependant, lorsqu'il n'est pas fixé par l'observateur, il en profite pour le regarder. Il est à peu près immobile sur sa chaise, mais non pas abattu. On note : des mouvements du coin des lèvres, des contractions alternées des épaules, de petits mouvements des extrémités des doigts, les mains étant placées entre les cuisses et le sujet exécutant l'acte de se frotter la pulpe des doigts ou de se curer les ongles ; on remarque aussi du mordillement des lèvres (tous signes d'énervement contenu). Les sourcils ne sont pas contractés (faciès gras et un peu long). Il n'accuse pas de serrement épigastrique. — Dans de telles conditions, il est difficile d'apprécier le niveau psychique et aussi l'affaiblissement des facultés mentales, mais en revanche, nuls symptômes signalés par l'entourage n'indiquent une insuffisance de développement mental ou une perte de l'intelligence. — Pas d'idées délirantes, ni illusions, ni hallucinations. Pas d'excitation de forme maniaque. Pas d'asthénie musculaire ni psychique. Pas d'obsessions-phobies. Pas de crises épileptiques ni hystériques. — L'état physique est bon ; la motilité, la sensibilité, la réflectivité sont normales. Les pupilles sont égales et actives. Le thorax est assez large, mais plat. Pas de lésions au niveau des orifices naturels. Les viscères de la cage thoracique apparaissent comme sains ainsi que ceux de la cavité abdominale. Les organes génitaux sont forts.

Questionné sur les faits qui lui sont reprochés, il n'est pas possible d'obtenir de lui des explications. Est-ce à cause des interrogatoires subis antérieurement ? En vain cherche-t-on à savoir pour quels motifs il a quitté le foyer paternel, pourquoi il a inventé le voyage de Q..., pourquoi il a donné le nom d'un tiers que nul ne connaît, enfin pourquoi il a commis ce vol de couteau. Tout un monde psychique doit occuper ce cerveau, mais ce cerveau reste impénétrable.

*
**

L'étude de l'énervement contenu ou refoulé chez les enfants est du plus haut intérêt pratique. Ce mode d'énervement, avec serrement épigastrique et constriction à la gorge, plus ou moins bien accusés, coexiste souvent avec la mythomanie utilitaire ou mensonge. On peut le considérer, quand il est très marqué, comme une anomalie du caractère, et comme un signe de dégénérescence ou de déséquilibration psychique (Magnan), mais il doit être distingué de la maladie démence précoce et de l'anomalie timidité. — L'assistance des enfants difficiles, à perversité précoce et récidivante, est à organiser spécialement : elle est autrement complexe que l'assistance des enfants arriérés, gâteux ou infirmes.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

L'ADRÉNALINE EN MÉDECINE INFANTILE (1)

par M. L. Babonneix,

Médecin du Service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

Synonymes. — Suprarérine, épinéphrine. Adrenalinum (Codex, 1920, p. 12-12 et 1926, p. 45-46), α méthylamino β 3-4 dioxyphényléthanol.

Définition. — C'est le principe actif de la partie médullaire des glandes surrénales. C'est elle qui constitue la *substance chromaffine* que Vulpian mettait en évidence dans les surrénales par sa réaction au perchlorure de fer (1856). Elle a été, pour la première fois, isolée sous forme cristallisée par Aldric et Takamine (1901). On l'obtient, aujourd'hui, soit en partant des surrénales du bœuf, qui en renferment 0 g. p. 1.000 (G. Bertrand), ou du cheval (A. naturelle lévogyre), soit par synthèse, en partant de la pyrocatéchine (A. racémique), qu'on dédouble pour obtenir l'A. synthétique lévogyre, identique à la naturelle. L'A. *lévogyre*, vingt fois plus active que la dextrogyre et deux fois plus que la racémique, est seule officinale. On l'emploie sous forme de *chlorhydrate*.

Caractères chimiques. — C'est une poudre microcristalline blanche, inodore, de saveur légèrement amère. Chauffée lentement, elle fond à +215° ; chauffée lentement, elle fond à +263°. A une température plus élevée, elle se décompose en émettant des vapeurs dont l'odeur rappelle celle des fumées d'opium.

Assez stable quand elle est pure, elle est insoluble dans la benzine, le chloroforme, l'éther, le sulfure de carbone, à peine soluble dans l'eau froide, peu dans l'alcool, plus dans l'eau bouillante.

On peut l'obtenir en solutions huileuses en recourant à l'acide oléique.

Elle réduit la liqueur de Fehling.

Exposée à l'air, elle s'oxyde surtout quand elle est humide et prend une coloration de plus en plus brune. Ses solutions aqueuses rosissent à l'air, cette couleur disparaissant par addition d'un peu d'HCl et d'un corps réducteur tel que le bisulfite de sodium.

Très soluble dans l'eau chargée d'acide, elle se dissout dans les alcalis, qui la décomposent lorsqu'il y en a une certaine quantité dans la solution.

Dissoute dans l'eau, elle présente une réaction alcaline.

Nous avons déjà vu qu'avec le perchlorure de fer, en solution à 15 p. 100, elle prend une coloration verte.

(1) L. Babonneix, *Précis de thérapeutique infantile*, Paris, 1932, in-18, p. 5-6. — L. Babonneix et R. Fabre, *Traité de médecine des enfants*, Paris, 1934, in-8°, p. 277, 304, 402. — *Codex medicamentarius gallicus*, Paris, 1906, in-8°, p. 12-13. — *Formulaire Astier*, Paris, 1937, in-18, p. 10-13. — A. Richaud et R. Hazard, *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, 1935, in-18, 7e édition, p. 683 et 1.118. — M. Tiffeneau, *Abrégé de pharmacologie*, Paris, 1931, 3e édition, p. 44-50.

Toxicité. — Elle est assez considérable pour que l'adrénaline *figure au tableau A.*

Propriétés physiologiques. — C'est le *sympathomimétique* par excellence. Ses effets correspondent exactement à ceux que produit l'excitation du sympathique (Bargen et Dale, 1910). Ce sont surtout :

1° La *vaso-constriction* de presque tous les vaisseaux, artérioles surtout, les vaso-constricteurs étant d'origine sympathique, abstraction faite des vaisseaux cérébraux, coronaires et pulmonaires ;

2° L'*hypertension artérielle*, avec *ralentissement du rythme cardiaque*, par production d'un réflexe qui, parti du sinus carotidien (J.-L. et C. Heymans et leurs collaborateurs), va exciter les noyaux bulbaires du vague ;

3° La *dilatation des bronches ;*

4° La *mydriase*, par excitation des fibres irido-dilatatrices émanant de la moelle cervicale inférieure.

Ajoutons encore :

Qu'injectée, elle provoque une hyperglycémie importante qui peut s'accompagner de glycosurie;

Que, dans certaines conditions, ses effets sont *augmentés* par la cocaïne, l'éphédrine (L. Launoy), la nicotine, la spartéine, la thionine (Gautrelet), la thyroxine; *diminués* par les hypotenseurs qui paralysent la fibre lisse : acétylcholine, nitrites, papavérine et par certains alcaloïdes (quinine); *inversés* par divers alcaloïdes, dont surtout ceux de l'ergot (Dale), et l'yohimbine (R. Hamet), comme si elle possédait une double action, vaso-constrictrice et vaso-dilatatrice, celle-ci étant, à l'état normal, masquée par celle-là ;

Qu'elle sensibilise le cœur à l'action toxique du chloroforme (*syncope, adrénalino-chloroformique*) ;

Qu'elle *renforce l'action des anesthésiques locaux ;*

Qu'elle subit dans le sang et dans le foie une destruction presque totale.

Associations. — Ce sont : 1° les *anesthésiques locaux ;* 2° dans l'asthme, les *solutés injectables de lobe postérieur d'hypophyse de bœuf* (1 cm³ représente un quart de lobe postérieur frais et contient 40 unités hypophysaires ; on lui ajoute 0 mg. 5 d'adrénaline ; la *papavérine.*

Indications. — Elle s'emploie surtout :

A. *A l'intérieur :*

1° Dans les *infections générales aiguës* avec insuffisance surrénale et hypotension (E. Sergent). Utile dans tous les cas, elle convient particulièrement aux scarlatines malignes avec ulcérations pharyngées (*angine nécrotique* de Henoch, *angine ulcéreuse* de H. Méry et J. Hallé) et tendance aux gangrènes cutanées (V. Hutinel, L. Martin et H. Darré) ;

2° Dans la plupart des *infections chroniques*, dont, surtout, la *tuberculose*, où elle agit, partiellement au moins, en fixant la chaux (E. Sergent) ;

3° Dans l'*asthme infantile* (Marfan), où on la remplace souvent, aujourd'hui, par l'éphédrine, moins brutale et plus maniable ;

4° Dans l'*urticaire ;*

5° Dans le *syndrome pâleur-hyperthermie du nourrisson ;*

6° Dans les *accidents d'hypoglycémie consécutifs à un emploi imprudent de l'insuline ;*

7° Dans les *syncopes survenant au cours de l'anesthésie chloroformique* (Tournade).

Contre-indications. — Elles sont au nombre de quatre :

1° *Hémorragies* et, surtout, *hémoptysies ;*

2° *Syncopes du début de la chloroformisation* (Tournade) ;

3° *Hypertension artérielle ;*

4° *Affections à tendances œdémateuses.*

Posologie et mode d'emploi. — On utilise la solution aqueuse faible de chlorhydrate d'adrénaline au millième (un gramme = xx gouttes = un milligramme de produit) ou, plutôt, le soluté suivant (Codex 1926. — Tableau C) :

Soluté (Solutio adrenalini)

Adrénaline officinale	dix centigrammes
HCl officinal	IV gouttes
Soluté officinal de bisulfite de soude	XII —
Chlorure de sodium	0 g. 70
Eau distillée	100 g.

A conserver à l'abri de la lumière, dans un flacon de verre bouchant à l'émeri.

D'une manière générale, le médicament devra être (E. Sergent, A. Netter) :

1° Administré seulement par la bouche, la voie sous-cutanée exposant à des accidents et devant être réservée aux cas d'urgence, et les applications locales (sur la muqueuse conjonctivale) n'offrant rien de spécial à l'enfant ;

2° Extrait du flacon juste au moment de s'en servir ;

3° Donné, en dehors des repas, par doses espacées, dans un minimum d'eau ;

4° Prescrit seul ;

5° Donné à doses suffisantes, par exemple :

X à XX gouttes par jour chez le nourrisson ;
XX à XL — — de 2 à 6 ans ;
XX à LX — — de 6 à 10 ans ;
LX à C — — au-dessus de 10 ans ;

6° Cessé au bout de quelques jours, pour éviter son accumulation ;

7° Remplacé, lorsqu'il semble inefficace, par les extraits surrénaux et, surtout, les extraits corticaux.

Passons maintenant à l'étude de quelques cas particuliers :

Dans les *infections aiguës.*

Dans la *coqueluche*, on en donnera II gouttes toutes les trois heures au-dessous de 3 ans ; III de 3 à 7 ans ; IV de 7 à 14. Augmenter chaque dose d'I goutte si, au bout de trois à quatre jours, la fréquence et l'intensité des quintes ne sont pas diminuées (Pletcher, Dumont, de Guéret).

Dans l'*asthme*, M. Marfan prescrit X à XX gouttes de soluté aqueux, une à deux fois dans les 24 heures. On peut lui adjoindre la papavérine, à la dose, selon l'âge, de un à trois centigrammes.

Dans l'*urticaire*, on donnera III gouttes par année d'âge de soluté du Codex.

Dans le *syndrome pâleur-hyperthermie du nourrisson*, l'adrénaline sera associée aux toni-cardiaques, aux transfusions, aux compresses fraîches et aux lavements froids.

Intoxication. — Essayer, *avec prudence*, soit les vaso-dilatateurs : acétylcholine, nitrite d'amyle, en inhalation, papavérine, soit les substances capables de la décomposer (acides dilués), soit ses antagonistes : caféine, hydrastinine, quinine, extraits organiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vers une médecine humaine, par A. Vincent, un volume in-8° de 296 pages. Prix : 18 francs, chez Fernand Aubier, 13, quai Conti, Paris (6e).

Les vulvo-vaginites infantiles ; contribution à l'étude de leur thérapeutique par les substances œstrogènes (thèse), par le docteur Jean Delbos. Un volume grand in-8° de 188 pages, chez Bosc et Riou, 42, quai Gailleton, Lyon. 1937.

Etude de l'exophtalmie basedowienne (thèse), par J.-M. Boivin. Un volume grand in-8° de 188 pages, aux Editions « Le Rouge et le Noir », Paris, 1937.

Les affinités de la toxine streptococcique pour le système neuro-végétatif, applications à la pathogénie de la scarlatine, par Michel Conte. Un volume in-8° de 192 pages, chez Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (6e) 1937.


tonique
"roche"
élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.
phosphore · strychnine
arsylène · manganèse
toni-stimulant
complet
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie _10, Rue Crillon_ PARIS


PHANODORME
procure un sommeil paisible
et réparateur
suivi d'un réveil euphorique
PHANODORME
non-toxique, aucune action nocive
sur l'appareil rénal ou respiratoire,
ni accumulation, ni accoutumance.
en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20
Cinquante Années
1888 BAYER 1938
PRODUITS
PHARMACEUTIQUES
Littérature et Échantillons :
EDMOND RIGAL & Cie
26, Rue Vauquelin, PARIS-Ve

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1937)

M. Leveuf. — **A propos de la résection diaphysaire dans l'ostéomyélite.** L'auteur rappelle l'historique de la résection diaphysaire précoce dans l'ostéomyélite et souligne les étapes successives par lesquelles sont passées les idées des chirurgiens au sujet de cette intervention.

M. Sorrel rapporte une observation de MM. Pellé et Samson (Rennes) intitulée : **Hémiplégie traumatique par hématome extra-dural. Intervention. Guérison.** Il s'agissait d'une fillette de 5 ans chez laquelle était apparue, après un intervalle libre de quelques heures, une hémiplégie droite avec aphasie. L'hématome extra-dural trouvé à l'intervention fut évacué, et le résultat post-opératoire fut excellent.

M. Fèvre fait un rapport sur une observation de MM. Loyer, Barge et Larraud, intitulée : **Hématome pulsatile infecté de la région fessière inférieure droite** consécutif à un coup de couteau et développé aux dépens de l'artère circonflexe postérieure.

M. Fèvre rapporte un cas d'**invagination intestinale aiguë par diverticule de Meckel** observé par MM. Salmon, Artaud et Granjon. Le rapporteur y ajoute 3 observations personnelles qui lui permettent de reprendre les différents tableaux de l'invagination par diverticule de Meckel ; chez le nourrisson, au tableau d'invagination s'ajoutent du ballonnement abdominal, de la diarrhée et parfois du péristaltisme intestinal. Chez le grand enfant, le tableau le plus habituel est celui d'une occlusion intestinale.

M. Martin considère que l'invagination par diverticule est rare et il n'en a observé que deux cas ; dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une récidive d'invagination.

M. Sorrel a observé dans son service, depuis 1930, 100 cas d'invagination ; dans 4 cas le diverticule de Meckel était en cause.

MM. Moure et Orsoni. **A propos de 121 cas de gastrectomie.** — C'est la statistique intégrale des gastrectomies faites depuis janvier 1932 dans le service de M. Moure.

A propos de la technique, l'auteur insiste sur l'utilité d'une section très complète des vaisseaux de la petite courbure, car toute la difficulté de l'abaissement de l'estomac est due à la persistance de l'« éventail fibreux » de la petite courbure. Section horizontale de l'estomac. Anastomose à la Polya.

Dans les soins post-opératoires, l'auteur recommande l'utilisation d'un traitement arsenical pour diminuer la flore microbienne de la cavité buccale.

11 cas de gastrectomie pour cancer, avec deux morts ; une survie après 4 ans.

94 gastrectomies pour ulcère gastrique ou duodénal, avec 4 morts opératoires. L'auteur est éclectique dans les techniques employées : gastrectomie pour exclusion, en laissant ou en enlevant le pylore, gastro-duodénectomie suivant les lésions.

M. Sénèque reproche au procédé de Polya utilisé par M. Moure de laisser une bouche de gastro-jéjunostomie trop large et de ne permettre qu'une fermeture imparfaite le long de la petite courbure. L'auteur insiste sur l'intérêt qu'il y a à revoir les opérés un mois après leur intervention, pour étudier le fonctionnement de la bouche.

M. Bréchot, dont l'expérience porte sur 203 gastrectomies, donne ses préférences au Polya, sauf si la gastrectomie doit remonter très haut sur la petite courbure ; il a alors recours à l'anastomose type Hoffmeister-Finsterer.

M. Bréchot considère que la gastrectomie est l'opération de choix pour les pyloro-antrites.

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1937)

M. Okinczyc prend la parole à propos de la communication de M. Moure **sur la gastrectomie.** Il considère comme mauvaises la section horizontale de l'estomac et l'anastomose telles que les pratique M. Moure. Sur 130 gastrectomies, l'auteur a eu deux morts par complications pulmonaires. Aussi rejette-t-il l'anesthésie générale.

M. Huet rapporte une observation d'Herhert sur un **syndrome péritonéal par infection vaginale d'eau bouillie. Mickulicz. Guérison.** Malgré cette infection, la grossesse a continué son évolution.

M. Barhier communique une observation de M. Jakovljevitch (Novi-Sad), **d'une tumeur du corpuscule carotidien opérée et guérie.** Il s'agissait d'un neuro-fibrome, tumeur incomparablement moins fréquente que les para-gangliomes, mais sûrement plus maligne.

M. Leveuf. — **Les lésions provoquées par les troubles de la circulation capillaire consécutifs à la contusion de l'artère humérale dans les fractures supra-condyliennes de l'humérus.**

L'auteur rapporte dix observations d'enfants ayant présenté des lésions cliniques de la « maladie de Volkmann », sans qu'il y ait eu application d'un quelconque appareil. Au début, ces enfants présentaient une disparition de la motilité des muscles innervés par les trois nerfs de l'avant-bras ; secondairement (du 40e au 60e jour), on voit une récupération fonctionnelle dans le territoire du radial ; c'est à ce stade qu'apparaît la rétraction des muscles fléchisseurs de l'avant-bras. La récupération dans les territoires du médian et du cubital est possible, mais très lente et ne se fait qu'au bout de plusieurs mois, parfois d'un an ; si bien que lorsqu'elle s'amorce, les malades présentent malgré tout, des séquelles du fait de la rétraction des muscles de la loge antérieure. A côté des formes totales, il existe des formes partielles de pronostic bien plus favorable.

Anatomiquement, l'auteur a constaté que presque constamment, l'artère humérale est oblitérée, parfois même sectionnée. Le médian serait également l'objet de lésions histologiques. Les muscles de l'avant-bras sont pâles et saignent peu ; l'auteur n'a pas rencontré d'hématome dans la loge antibrachiale.

Les biopsies musculaires faites par l'auteur (au niveau des fléchisseurs et des extenseurs), lui ont permis de constater l'existence de lésions de nécrose au voisinage desquelles les artères restent perméables ; mais surtout on est frappé par les altérations des capillaires qui sont le siège d'une extravasation sanguine considérable ; à la suite de cette exsudation dans les tissus musculaires, il se produit une réaction importante du tissu conjonctif. *L'auteur considère que cette extravasation sanguine est la lésion la plus importante.*

En effet, au point de vue pathogénique, M. Leveuf admet que la contusion artérielle détermine un dysfonctionnement de la circulation capillaire ; la prédominance des lésions sur les fléchisseurs s'expliquant par le fait que ces muscles reçoivent à eux seuls la plus grande part de la circulation artérielle et de l'innervation sympathique de l'avant-bras.

M. Cunéo explique que le radial est respecté par le fait que ce nerf possède une vascularisation autonome, tandis que médian et cubital ont une vascularisation segmentaire.

M. Boppe a observé six enfants atteints de fracture sus-condylienne de l'humérus, qui présentaient des signes cliniques indiscutables de contusion artérielle, sans qu'il y ait des signes nerveux (sauf dans deux cas).

M. Sorrel considère qu'on ne peut admettre une pathogénie unique de la maladie de Volkmann.

M. Bachy. — **Deux cas d'invagination iléo-colique chez l'adulte.** — Dans la deuxième observation, il semble que la présence d'un calcul stercoral ait été à l'origine de l'invagination iléo-colique.

M. Bachy rapporte trois observations d'invagination ; la première, invagination cœcale, la seconde, invagination partielle du cœcum d'origine appendiculaire ; la troisième est une invagination par diverticule de Meckel.

L'auteur précise les conditions de la résection d'emblée de l'invagination (bon état général ; précocité de l'intervention impliquant une stase intestinale d'assez courte durée, etc...).

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1937)

Hypertrophie mammaire de la puberté. — M. COMBY. Un cas d'engorgement mammaire de la puberté, survenu chez un garçon de 12 ans chez lequel une amputation avait été proposée. L'auteur estime injustifiable l'opération chez de tels sujets.

Hémorragies digestives dans les affections hépato-spléniques. — MM. CAIN et CATTAU. Examen du tractus gastro-intestinal à l'autopsie de sujets morts d'hématémèse ou d'entérorragie. Macroscopiquement : altérations segmentaires allant de l'hyperémie de la muqueuse avec taches purpuriques jusqu'à la simple dilatation du réseau veineux. Histologiquement, on constate que le processus congestif débute dans les veines de la sous-muqueuse et se propage aux capillaires de la muqueuse. Par analogie avec les données expérimentales, on doit admettre une irritation sympathique prenant naissance à distance et à laquelle prédisposent les lésions spléniques.

Cancer du poumon à petites cellules, à métastases multiples. Diagnostic par la biopsie d'une tumeur métastasique de la boîte cranienne. — MM. NICAUD et CORCOS.

Cancer du poumon à petites cellules, à métastases multiples, sans séméiologie pulmonaire. Anémie pernicieuse aiguë après traitement par le thorium X. — MM. NICAUD et HAMBURGER.

Comportement de la natremie dans un cas de maladie d'Addison ayant évolué chez une brightique hypertendue. — MM. Eric MARTIN, JUNET et STEINMANN. Malade de 61 ans dans le sang de laquelle on put suivre les taux du chlore, du sodium et de la réserve alcaline. Un régime carencé en NaCl a entraîné un abaissement du sodium de reste combiné aux albumines et aux sulfates, sans abaissement du chlore que le rein ne pouvait éliminer.

Méningo-radiculo-névrite mélitococcique à forme pseudo-myopathique. Isolement de « Brucella melitensis » du liquide céphalo-rachidien. — MM. ROGER, PAILLAS et VAGUE (Marseille).

Réticulo-endothélio-sarcome de la plèvre à évolution rapide. Image radiologique. — MM. NICAUD et RAVINA. Malade de 42 ans, ayant présenté fatigue, amaigrissement, toux avec crachats hémoptoïques. A la radio, constatation de trois masses arrondies volumineuses dans l'hémithorax droit. Mort en 6 semaines. A l'autopsie, la tumeur supérieure était constituée par la crosse aortique sous-tendue par des masses humorales. Les masses inférieures étaient développées aux dépens de la plèvre. Il s'agissait d'un réticulo-endothélio-sarcome de la plèvre.

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1937)

Leucose aiguë aleucémique simulant un érythème noueux. Terminaison par gangrène de la verge. — MM. KOURILSKY, BEAUVY et ANGLADE. Un cas de cryptoleucémie aiguë sans modification sanguine, caractérisée cliniquement par un état fébrile sans localisation, avec éléments éruptifs rappelant l'érythème noueux. Aux examens multipliés, absence de modification sanguine et de splénomégalie. Comme symptômes d'atteinte sanguine, on nota une adénopathie cervicale, une leucopénie avec hypogranulocytose, et une anémie modérée. La maladie se termina par une gangrène du prépuce et de la verge. Evolution pendant 7 mois, et origine toxique, le malade ingérant des préparations à base de pyramidon.

Le jaune d'acridine dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — M. René PUIG (Perpignan). Enfant de 8 ans atteint de méningite cérébro-spinale, traité par le jaune d'acridine intra-rachidien (7 cmc d'une solution au 1/10.000). Au bout de 4 injections, la température baissa à 37° et s'y stabilisa. Ces injections intra-rachidiennes furent bien tolérées.

Essai d'exploration biologique. Analyse chimique du liquide de phlyctène obtenu par application d'un vésicatoire. — MM. GILBERT-DREYFUS et LAMOTTE. La phlyctène obtenue par l'application, pendant 18 heures, d'un vésicatoire, contient un liquide dont la teneur en glycose ne varie, chez un sujet normal, que dans de faibles proportions et se tient entre 0 gr. 65 et 0 gr. 95 pour 1.000. La glycose de phlyctène apparaît donc comme une constante physiologique inférieure de 1,5 à 18 p. 100 à la glycémie.

Hémiparésie transitoire à rechutes durant pendant six ans et suivie de paralysie oculaire durable. Syphilis cérébro-méningée. — MM. PAGNIEZ, PLICHET et CEMAR.

Maladie d'Addison traitée. Guérison clinique. — MM. RIVOIRE et MARTINY.

Sarcome d'Ewing. Etude cytologique comparée par les ponctions sternales et tumorales et par la biopsie. — MM. CARNOT, CACHERA, COURTIAL et LAVERGNE. Observation d'un réticulo-sarcome du tibia ayant évolué en huit mois vers la mort chez un garçon de 16 ans ; le diagnostic porté fut celui d'ostéomyélite. La radiothérapie intensive n'a pas empêché la récidive sur place de la tumeur primitive, ni l'éclosion rapide de métastases osseuses nombreuses dans le crâne, les côtes, les vertèbres, le bassin, ainsi que l'apparition d'une pleurésie et de tumeurs pulmonaires. La ponction sternale a décelé l'existence de cellules tumorales dans la moelle osseuse à une période où aucune métastase sternale ou costale n'était encore décelable.

Méningo-radiculo-névrite mélitococcique à forme pseudo-myopathique. Isolement du « Brucella melitensis » du liquide céphalo-rachidien. — MM. ROGER, PAILLAS et VAGUE (Marseille). — Au cinquième mois d'une mélitococcie, évolution progressive, puis régressive d'une parésie flasque incomplète, prédominant à la racine des membres inférieurs avec lordose et démarche pseudo-myopathique et bande d'hypoesthésie radiculaire. Liquide céphalo-rachidien xanthochromique avec 104 lymphocites et 2 gr. 50 d'albumine. Rachiculture positive par « Brucella melitensis ».

Maladie de Basedow avec troubles ovariens et lipodystrophie. — M. DECOURT. Jeune fille de 22 ans chez qui coexistent des troubles ovariens, un syndrome basedowien et un état lipodystrophique caractérisé par adipose prononcée de la moitié inférieure du corps avec amaigrissement de la moitié supérieure. Ceci viendrait à l'appui de la conception qui attribue aux glandes à sécrétion interne des rapports régionaux avec les centres neuro-végétatifs des segments correspondants du corps.

Troubles cardio-vasculaires dans le myxœdème. — MM. ROGER, FROMENT et M. JEUNE signalent trois formes cliniques :

1° Hypertrophie curable latente, souvent importante avec un minimum de signes fonctionnels, pouvant se résorber sous l'emploi d'extraits thyroïdiens ;

2° Micro-tracé électrocardiographique pouvant laisser place à un tracé de voltage normal après usage d'extraits thyroïdiens ;

3° Deux types d'angine de poitrine : a) angor curable

par opothérapie ; b) angor coronarien aggravé par le traitement thyroïdien, dont l'emploi peut être mortel.

Diabète avec insulino-sensibilité maxima traité par l'insulinate de protamine. — MM. RIVOIRE et POZZO DI BORGO (Nice), déclarent avoir des résultats favorables chez les diabétiques, par l'insulinate de protamine. Chez une malade présentant après chaque piqûre d'insuline des accidents hypoglycémiques graves, les auteurs employèrent l'insulinate de protamine à la dose de 40 unités toutes les 16 heures. Le résultat fut remarquable et instantané. Le coma disparut, les œdèmes s'effacèrent, et l'insuffisance hépatique s'amenda.

Les symptômes du diabète furent atténués par la radiothérapie de l'hypophyse sans que l'insulino-sensibilité ait disparu.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ANGINE DE DECUBITUS

L'angine de décubitus est caractérisée par des phénomènes algiques et par des manifestations d'insuffisance cardiaque. C'est ce dernier élément qui en domine le pronostic à distance ; c'est lui qui fait passer le malade au stade de l'asystolie complète, aggravant considérablement le pronostic.

Cette insuffisance cardiaque doit toujours être présente à l'esprit lorsque l'on institue le traitement de l'angine de décubitus : le nitrite d'amyle, la trinitrine peuvent masquer un moment la douleur, ils ne peuvent aucunement prévenir l'asystolie menaçante.

Il faut pour cela un toni-cardiaque, et un toni-cardiaque complet, renforçant la contraction du myocarde, mais remédiant de plus à sa mauvaise irrigation. L'irrigation totale du cœur comporte, en effet, deux facteurs : l'un musculaire, myocardique ; l'autre vasculaire, coronarien.

Le traitement de l'angine de poitrine de décubitus devra donc comprendre deux temps :

— Premier temps : anti-algique.

— Deuxième temps : toni-cardiaque.

Au premier temps sont indiqués : trinitrine-caréna et caréna.

Au second temps, il faut donner : caréna-ouabaïne.

Ainsi est assurée la meilleure thérapeutique, car elle associe aux propriétés heureuses de la trinitrine et de l'ouabaïne, l'action si remarquable de l'aminophylline (Caréna).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

EXAMEN CLINIQUE ET DIAGNOSTIC D'UNE ÉPAULE TRAUMATISÉE

A. *Examen clinique.* — L'examen doit être pratiqué de façon méthodique et systématique, après interrogatoire pour reconstituer les circonstances de l'accident :

— Le blessé le torse complètement nu ;

— En comparant toujours les deux épaules pour relever les dissymétries.

1) *Inspection.* — De face, de profil, de dos. Rechercher :

— Une ecchymose.

— Une déformation : épaulette, coup de hache, abaissement ou aplatissement du moignon.

— Une plaie à explorer pour connaître les tissus atteints, la communication avec l'articulation ou un foyer de fracture.

2) *Palpation*, à la recherche :

— De points douloureux.

— De saillies de fragments osseux.

3) *Mensuration* des distances sterno-acromiale et acromio-épicondyliennes.

4) *Recherche* des mouvements spontanés et provoqués. Enfin prise du pouls et examen neurologique rapide complications vasculaires ou nerveuses).

B. *Examen radiologique :*

— Avant tout acte thérapeutique.

— De face, de profil, avec clichés comparatifs de l'épaule saine.

— A refaire après traitement de la lésion.

DIAGNOSTIC

I. *Traumatisme récent.*

A. *Déformation nette.* — Deux gros diagnostic :

1° *Luxation de l'épaule* antéro-interne. Evident : épaulette, coup de hache externe le font poser. Vacuité sous-acromiale, présence de la tête dans l'aisselle l'affirment. Le signe de Berger, impossibilité du coude au corps, reste dans tous les cas le signe majeur.

— Variété intracoracoïdienne avec ses gros dégâts.

— Extra coracoïdienne, parfois récidivante.

2° *Fracture du col chirurgical.* Ici encore

Signe de l'épaulette.

Coup de hache, peut-être plus haut situé.

Surtout :

— La tête est dans la glène.

— Mobilité anormale et crépitation souvent perçues sans qu'on les cherche.

— Les jours suivants se développe une large ecchymose brachio-thoracique.

3° *Plus rarement :*

a) Fracture du col de l'omoplate : épaulette, vide sous-acromial, masse dans l'aisselle. Mais déformation de réduction facile et reproduction immédiate.

b) Fracture de la clavicule, luxation en haut de la clavicule avec mobilité en touche de piano.

c) Variétés rares de luxation de l'épaule (en haut, en bas, en arrière).

B. *Pas de déformation.* — Examen clinique hésitant. Souvent seulement après radio on peut affirmer :

a) Fracture du col anatomique (vieillard).

b) Fracture parcellaire des tubérosités (association à une luxation).

c) Fracture sans déplacement de : clavicule, acromion, épine ou corps de l'omoplate.

d) Seulement en dernier lieu, penser à l'entorse ou à la contusion de l'épaule.

II. *Traumatisme ancien.*

1° *Luxation ancienne non réduite.* Deux problèmes :

— Valeur de la néarthrose : douleur, étendue des mouvements.

— Possibilité de réduction et intérêt d'une intervention.

2° *Fracture ancienne.* Apprécier les qualités du cal :

— Sa solidité.

— La position de consolidation.

A ce moment se pose aussi le *pronostic* de l'épaule. Commandé par :

— L'articulation : péri-arthrite scapulo-humérale rebelle.

— Les muscles périarticulaires, surtout atrophie du deltoïde, seul muscle abducteur. Mesurer l'abduction de dos, en immobilisant l'omoplate pour éviter les mouvements de sonnette.

M. PIERRE SAGAUT

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

N° 7. — SAMEDI 22 JANVIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de Médaille d'or (médecine).* — Epreuve écrite. Questions sorties : Physiologie de l'élimination de l'urée. — Accidents nerveux de l'alcoolisme.

Total des points (mémoire et épreuves) : M. Siguier, 67. MM. Duperrat, Lesobre et Mallet, 66. Une séance supplémentaire pour les départager a lieu au moment où nous mettons sous presse.

Jury du concours d'assistant d'électro-radiologie. — MM. les docteurs Desplas, Paisseau, Gibert, Bourguignon, Morel-Kahn.

Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 18 janvier 1938 : M. Ferrand, 8 ; Mlle Bournisien, 18 ; MM. Rovault, 22 ; Dailly, 16 ; Aharbi, 24,5 ; Pluvinage, 20 ; Roujon, 16 ; Langevin, 22 ; Eudel, 23,5 ; Jardel, 16.

Questions données : Diagnostic des angines diphtériques. Symptômes et évolution des fractures du col du fémur.

Séance du 19 janvier 1938 : MM. Delouche, 18 ; Rometti, 18 ; Mlle Moreau, 12 ; MM. Loubrieu, 15 ; Lanvin, 20 ; Bolivar, 19 ; Brault, 20 ; Demassieux, 15 ; Geffriaud 16 ; Mlle Feder, 24.

Questions données : Symptômes et diagnostic de la colique néphrétique. Complications de l'avortement.

Hôpitaux d'Avignon. — Le concours pour une place de médecin stomatologiste des hôpitaux d'Avignon, qui a eu lieu récemment devant la Faculté de médecine de Montpellier, s'est terminé par la nomination de M. Picamal.

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours d'internat de la clinique psychiatrique de Font d'Aurelle s'est récemment terminé par la désignation de M. Henri Souchon comme interne titulaire, et MM. Jean Roder et Paul Méténier comme externes en premier.

Conseil supérieur d'hygiène sociale. — Ont été nommés membres de la section permanente : MM. R. Debré, Devraigne, Even, Evrot, A. Gosset et Viborel.

Faculté de médecine de Bordeaux. — La XXXIIe série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin breveté de la Marine marchande (décembre 1937) a été suivie par 28 auditeurs, dont 7 avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'Expansion chimique « Specia ».

Après examen, ont reçu le *diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux :* MM. Abiad, Bellidenty préparateur, Bertrand, Bosredon, Cazamian, Durand, Duval, Gérin Jean, Le Corroller, Liemny, Lotte, Meslin, Monet, docteur Nancel-Pénard médecin résidant, Pedoussant, Ramsis, docteur Torte, Zoghbi.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des *médecins brevetés de la Marine marchande :* MM. les docteurs Boucart, Colonna, Eugène (Eugène), Gaubert, Glaunes, Heckenroth, Lataillade, Liard, Porte, de Raynal de Saint-Michel, Torte.

La XXXIIIe série d'études aura lieu du 3 novembre au 24 décembre 1938. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. (Professeur. M. LOEPER). — Le professeur Gustav SINGER (de Vienne), fera le samedi 29 janvier 1938, à 11 heures du matin, à l'amphithéâtre Hayem, une conférence sur le *Traitement du diabète ; réformes et prévoyance sociale* (avec projections).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (Professeur : M. F. RATHERY).

Vendredi 28 janvier. — 9 h. : M. BACHMAN : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 10 h. 30 : M. LARGEAU : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition. Diabète. Rhumatisme.

Samedi 29 janvier. — 9 h. : M. J. FERROIR : Leçon de séméiologie digestive.

HÔPITAL FOCH (Les Médaillés Militaires), 60, rue Vergniaud, Paris (13e). — *Les Actualités Médicales pratiques.* Conférences médico-chirurgicales gratuites, ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins de l'hôpital Foch (Les Médaillés militaires), le *dimanche matin*, dans la salle des Conférences de l'hôpital Foch.

PROGRAMME :

23 janvier 1938. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2 : M. DEVAL : Les nouveaux anesthésiques : Evipan, Avertine, Cyclopropane, Percaïne, Dunacaïne, etc...

10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — M. GASTINEL : Le problème actuel de la scarlatine.

30 janvier 1938. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — M. LEROUX Robert : Le cancer de la sous-glotte : formes anatomo-cliniques, radiographies, indications thérapeutiques, avec projections.

10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — M. DENIKER : Le traitement des grands brûlés.

CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR CHIRAY

M. le professeur CHIRAY prenait possession lundi dernier de la *Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie.* Sa leçon inaugurale avait attiré à la Faculté un auditoire très nombreux. On était pressé d'entendre un des maîtres les plus brillants de l'heure, un des savants dont les recherches en gastro-entérologie et en hépatologie font autorité dans le monde entier. Enfin Chiray ne compte que des amis. Tous étaient heureux d'applaudir à son succès : aussi lui firent-ils une chaleureuse ovation lorsque, précédé du massier, il fit son entrée dans le grand amphithéâtre.

M. le recteur Roussy et M. le doyen Tiffeneau l'accompagnaient, avec une délégation en robe, comprenant : MM. les professeurs Clerc, Debré, Marion, Rathery, Noël Fiessinger, Grégoire, Gougerot, Bezançon, Roger, Lemaître, Villaret, Carnot, Gosset, MM. Justin-Besançon et Mollaret.

Dans l'assistance, au premier rang, Mme Chiray et le docteur Chiray, ancien interne des hôpitaux (1873), père du nouveau professeur. Autour d'eux, je cite au hasard des entrées : MM. Paul Halbron, Capette, Hernando (de Madrid) ; Lian, Basset, Et. Bernard, Leroux, Lemierre, Weil-Hallé, Lévi-Valensi, Chevassu, Brulé, Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine, MM. Lévy-Solal, Achard, Rouget, Crouzon, Mocquot, Sergent, Castaigne, Lepape, Lardennois, Leveuf, Paul Gnéniot, Vignes, René Gaultier, Laubry, Guillain, Fabre, Harvier, Loeper, Charles Richet fils, Desmarets, Ramond, Lereboullet, Léon Binet. Voici encore notre collègue Flurin, président du syndicat national des médecins des stations thermales et climatiques, et un nombre considérable de ses collègues que je regrette de ne pouvoir tous citer.

M. le doyen TIFFENEAU présente en excellents termes le nouveau professeur et lui donne la parole.

M. le professeur CHIRAY en un « compliment » fort bien tourné, remercie MM. Roussy et Tiffeneau, ainsi que les collègues qui l'ont élu. Puis, dans un charmant « curriculum vitae », il rappelle non sans une juste fierté que s'il est Parisien de Paris, fils d'un médecin parisien — auquel l'assistance fait une ovation, — il est aussi de bonne souche terrienne, et que ses ancêtres ont labouré le sol de France.

Chiray rappelle ensuite, avec quelle émotion, ses maîtres : Rendu, Déjerine, Debove, Gilbert, tous disparus, enfin M. Henri Roger, qui assiste à la séance et recueille les applaudissements de l'auditoire. Il dit son attachement à ses amis Castaigne, Ramond, Paul Halbron, à ses collaborateurs et à ses collègues.

Après avoir *exécuté* les concours, qui « gaspillent un magnifique matériel cérébral », Chiray nous parle de ses prédécesseurs, en particulier de Villaret, et de tous ceux qui vont devenir ses collaborateurs dans les stations thermales : Flurin, Macé de Lépinay, Perpère et leurs collègues.

La question des V.E.M., qui connurent avec Landouzy, Carnot et Villaret un si magnifique essor, fait l'objet de ses préoccupations. Il espère qu'ils sortiront du sommeil où les plongent actuellement les questions budgétaires.

M. Chiray aborde l'histoire de la thérapeutique hydrominérale ; il le fait à grands traits ; il sait intéresser l'auditoire par des anecdotes ; il nous indique ensuite un plan de recherches et d'enseignement dont bénéficiera cette science hydrologique qui, malgré un merveilleux passé, reste encore pleine de promesses qu'il s'agit de réaliser.

F. L. S.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du professeur George H. F. Nuttall ,de l'Université de Cambridge, membre correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris, dont les travaux sur l'immunité, la bactériologie et la parasitologie sont bien connus. Il était directeur du *Journal of Hygiene.*

— Nous apprenons la mort survenue à Pau, du docteur Jacques-Amédée Doléris, accoucheur honoraire des hôpitaux, ancien Président de l'Académie de médecine (1924), ancien député des Basses-Pyrénées, commandeur de la Légion d'honneur.

M. Doléris était âgé de 86 ans.

— Le professeur Armando Colangeli, ophtalmologiste de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Rome. Il était connu par ses travaux sur le glaucome et la cataracte.

— Le professeur Hugues Oltramare, ancien professeur de dermatologie et syphiligraphie de l'Université de Genève.

— Le professeur George Alfred Buckmaster (de Londres), ancien professeur de physiologie à l'Université de Bristol.

— Le docteur Léon d'Astros, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Marseille, correspondant de l'Académie de médecine.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

*

ÉTUDE DIAGNOSTIQUE DES COMPRESSIONS MÉDULLAIRES

PAR MM.

J.-A. CHAVANY, Médecin de l'hôpital de Bon-Secours.

F. THIÉBAUT, Médecin assistant de l'hôpital de la Pitié.

Si tous les chapitres de la pathologie médullaire offrent un intérêt nosographique identique, du point de vue utilitaire, celui *des compressions médullaires* mérite une place de choix, étant données les possibilités thérapeutiques qu'il comporte dans beaucoup de cas, et dont il est redevable à la *neuro-chirurgie.* En tenant compte de la qualité des résultats obtenus par les méthodes chirurgicales et par les procédés médicaux, on peut soutenir qu'en pratique, le *diagnostic des paraplégies doit être centré sur la notion de compression possible ;* c'est elle qui doit constituer l'idée directrice autour de laquelle tout l'examen gravitera pour affirmer ou infirmer la compression.

La pratique neuro-chirurgicale, en nous permettant d'effectuer un contrôle immédiat du diagnostic posé, fait faire chaque jour à la séméiologie médullaire des progrès notables. *Si elle met en évidence les possibilités accrues des moyens d'investigation dont dispose le neurologiste, elle montre aussi leurs limites.*

Ce sont justement ces *possibilités et ces limites* que nous voulons exposer dans ce mémoire, en les illustrant par l'analyse succincte d'un certain nombre de cas anatomo-cliniques. Notre intention n'est pas de passer méthodiquement en revue tous les signes qui ont été décrits par les auteurs : nous ferons seulement état de ceux que nous avons notés personnellement, et dont le judicieux assemblage a permis de solutionner les problèmes cliniques posés. L'esprit même de cette étude est de dégager et de mettre en lumière *la somme vraiment utile des notions nécessaires et suffisantes pour préciser au maximum le diagnostic de compression médullaire.* C'est dire aussi que nous resterons sur le terrain de la séméiologie pure et que nous n'utiliserons, de l'étiologie et de l'anatomie pathologique, que les seuls rudiments susceptibles d'éclairer le côté clinique.

Parce qu'elle représente la variété la plus typique de compression médullaire, c'est la *compression sous-durale par tumeur juxta-médullaire énucléable* que nous aurons en vue pour rappeler brièvement les caractères essentiels de la maladie. Nous envisagerons ensuite *certaines formes atypiques,* susceptibles de faire méconnaître des tumeurs qui existent véritablement et nous terminerons par l'étude *des affections qui peuvent simuler* une compression sous-durale, qu'il s'agisse de *compressions extra-durales,* de *tumeurs intra-médullaires* ou même de *certaines myélites* qui prennent le masque pseudo-tumoral.

PREMIERE PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

I. — Symptomatologie typique des compressions médullaires sous-durales par tumeur.

Une *compression médullaire sous-durale* par tumeur s'identifie aisément, lorsqu'elle se présente à l'observateur avec les caractères suivants :

Un tableau clinique particulier,
Un blocage sous-arachnoïdien,
Une évolution lente et progressive.

Telle est la triade qui mérite d'être rappelée ici à grands traits schématiques.

Le tableau clinique.

L'aspect clinique réalisé dépend avant tout du *siège de la compression.*

Voici, réduits à leur plus simple expression, les tableaux les plus habituellement observés.

En cas de compression dorsale, la plus fréquente, le malade présente une *paraplégie spasmodique,* dans laquelle les troubles de la motilité volontaire et les manifestations hypertoniques s'associent dans des proportions variables. Si l'hypertonie des membres inférieurs fait défaut, l'exagération des réflexes tendineux, le signe de Babinski avec phénomène du triple retrait, l'abolition des réflexes cutanés témoignent de la souffrance pyramidale.

Il existe une *hypoesthésie superficielle* plus ou moins accusée, pouvant aller jusqu'à l'*anesthésie complète.* Le territoire affecté est plus ou moins étendu, *mais toujours continu et non suspendu,* et se termine *par une limite supérieure nette ;* fréquemment, l'atteinte de la sensibilité thermique est prédominante au moins dans les débuts.

On note des *troubles sphinctériens et génitaux,* qui peuvent être d'apparition tardive, ou rester longtemps discrets.

En cas de compression cervicale, déjà moins fréquente, l'atteinte motrice offre le *type quadriplégique.* La paralysie est spasmodique aux membres inférieurs ; aux membres supérieurs, elle est surtout flasque et atrophique en cas de compression cervicale inférieure, mais surtout spasmodique si la compression est cervicale haute. Le régime des réflexes tendineux des membres supérieurs varie suivant la hauteur de la compression ; ils sont parfois simplement abolis, souvent inversés, plus rarement vifs.

Les *troubles de la sensibilité* ne diffèrent des précédents que par l'élévation de leur limite supérieure. A retenir la possibilité de *troubles de la série ataxique* (R. Garcin).

Les *troubles sphinctériens et génitaux* sont souvent très tardifs.

En cas de compression lombo-sacrée, variété rare, la *paraplégie est flasque,* atrophique avec abolition des réflexes tendineux accompagnée ou non du signe de Babinski.

Les *troubles objectifs de la sensibilité* sont limités aux membres inférieurs avec anesthésie en selle.

Les *troubles génitaux et sphinctériens* sont dans de tels cas souvent *très précoces* et souvent *très accusés* avec possibilité d'anesthésie uréthro-vésicale et ano-rectale. Les escarres y sont dans la règle précoces et particulièrement graves.

Le blocage sous-arachnoïdien

En face d'un tel tableau clinique, une exploration par voie lombaire de la cavité sous-arachnoïdienne s'impose, qui va mettre en évidence de diverses façons le *blocage de cette cavité.*

Celui-ci se révèle dès l'abord par l'*épreuve manométrique lombaire,* dite de Queckenstedt-Stookey, épreuve très sensible, mais dont il ne faut pas méconnaître certaines petites difficultés pratiques. Nous avons longuement exposé sa technique et ses résultats dans un travail antérieur (1).

L'*analyse du liquide céphalo-rachidien* prélevé vient en montrant *la dissociation albumino-cytologique,* confirmer l'idée de blocage ; ce test biologique apporte souvent une orientation opportune au médecin général qui a pratiqué

(1) J. A. Chavany et F. Thiébaut : Les principaux éléments de diagnostic des compressions médullaires par tumeurs énucléables. *Gazette des Hôpitaux,* 6 et 9 avril 1932.

la rachicentèse sans mettre en œuvre les manipulations manométriques.

Le troisième terme du blocage est fourni par *le lipiodo-diagnostic de Sicard et Forestier*, en décelant les arrêts de l'huile iodée en une région très localisée de l'espace sous-arachnoïdien. Cette très élégante épreuve qui affirme le blocage et qui peut fixer de façon précise et objective la situation exacte de la tumeur par rapport au rachis, est d'un réel intérêt pour le neuro-chirurgien ; dans des cas rares à la vérité mais indubitables, *et seulement s'il y a blocage*, elle est susceptible, de même d'ailleurs que la simple soustraction de liquide céphalo-rachidien, de *précipiter l'évolution symptomatique déjà existante*, en ce qui concerne les troubles moteurs, sensitifs et même d'entraîner l'apparition de certains accidents plus sérieux, sur lesquels nous avons insisté ailleurs (1). Aussi pensons-nous prudent de considérer le lipiodo-diagnostic *comme un temps pré-opératoire*, le plus souvent indispensable, à mettre en œuvre dans les heures qui précèdent l'intervention.

L'évolution

Nous ne saurions trop insister sur l'importance des renseignements fournis par un interrogatoire minutieusement conduit, qui permet d'enregistrer méthodiquement l'ordre chronologique d'apparition des symptômes ; une telle pratique, indispensable lorsqu'il s'agit de malades neuro-chirurgicaux de la sphère cérébrale, s'avère éminemment utile aussi en pathologie médullaire.

La reconstitution ainsi faite de l'histoire de la maladie montre *une évolution lente et progressive.*

Les premières manifestations seront souvent *des douleurs* caractéristiques, lorsqu'elles enserrent le tronc en ceinture et sont exagérées par la toux, l'éternuement, les efforts, faisant ainsi la preuve de *douleurs radiculaires typiques* : elles ont une grande valeur localisatrice, comme les douleurs dans les membres supérieurs et surtout les épaules et le cou en cas de compression cervicale ou les névralgies sciatiques ou honteuses en cas de compression de la queue de cheval. La raideur du rachis accompagne parfois les douleurs radiculaires ; elle est importante à connaître en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle expose, surtout la raideur du cou dans les compressions hautes et la raideur lombaire dans les compressions basses.

Déjà moins typiques sont *les débuts par des troubles de la marche*, en particulier par le dérobement des jambes ou par des *amyotrophies* dans les membres supérieurs ou inférieurs. Par contre, le *début par un syndrome de Brown-Séquard* mérite de retenir l'attention, qu'il s'agisse d'une forme complète, ou simplement d'une forme approchée avec prédominance des troubles moteurs et des troubles de la notion de position d'un côté, des troubles de la sensibilité superficielle du côté opposé. Le Brown-Séquard, en cas de compression, est particulièrement évocateur de la présence d'une tumeur juxta-médullaire, car il ne s'observe pour ainsi dire jamais au cours des lésions rachidiennes pottiques ou cancéreuses.

Mais, dans tous les cas, *l'aggravation progressive des premières manifestations*, l'apparition successive de troubles nouveaux constituent des éléments de diagnostic de première importance. Cette progressivité des troubles est parfois émaillée d'aggravations brusques spontanées ou provoquées, rappelons-le, par des ponctions lombaires ou par des injections d'huile iodée.

Voici un exemple typique de compression cervicale sous-durale, où l'on retrouve :

(1) J.-A. Chavany : *Le Monde Médical*, 1er avril 1936, n° 880, et *Revue Neurologique*, mai 1937, page 613.

1° *L'évolution lentement progressive* étagée sur trois années et caractérisée par la succession des deux phases : de douleurs radiculaires, puis de paralysie ;

2° A la période d'état, *la quadriplégie spasmodique* avec prédominance des troubles moteurs à gauche et de l'anesthésie à droite ; amyotrophie discrète des membres supérieurs avec inversion du réflexe stylo-radial gauche ; douleurs articulaires cervico-thoraco-brachiales gauches avec raideur du cou.

Le tableau clinique a paru tellement évocateur que Cl. Vincent opéra le malade, *sans l'aide du lipiodo-diagnostic*, et extirpa un neurinome de la grosseur d'une olive adhérant à la quatrième racine cervicale gauche.

Gaston C., adressé par le docteur Boisseau (de Nice).

Début en 1934 par des douleurs dans les creux sus-claviculaire et la fosse sus-épineuse gauches, augmentées par les efforts. *En* 1936 elles gagnent le membre supérieur gauche et la partie inférieure du cou. *Vers le milieu de la même année*, diminution progressive de la force musculaire du membre supérieur gauche, puis *au début de* 1937 du membre supérieur droit en même temps que la douleur devenait spasmodique.

L'examen pratiqué *en avril* 1937 montre que les *douleurs* s'accompagnent de *raideur cervico-dorsale supérieure* avec attitude en torticolis. Il existe une *quadriplégie spasmodique* avec vivacité des réflexes osso-tendineux et signe de Babinski bilatéral. La paralysie spasmodique domine très nettement du côté gauche et de ce côté le réflexe stylo-radial est inversé. On note une légère amyotrophie aux membres supérieurs dominant au moignon de l'épaule. L'*anesthésie*, plus nette et plus étendue pour la sensibilité thermique, domine très nettement à droite et remonte jusqu'à C 4 ; à gauche on note seulement une bande cervico-thoraco-brachiale en C 4 D 2. Les troubles vésicaux sont légers. Il n'est pas fait d'épreuve de Stookey ni d'injection sous-archnoïdienne de lipiodol.

Le 29 *avril* 1937, Cl. Vincent intervient et après laminectomie et ouverture de la dure-mère trouve en avant et à gauche de la moelle, croisée par la 4e racine cervicale, la tumeur dont il est fait mention plus haut. Suites opératoires normales.

II. — Formes frustes des compressions médullaires sous-durales par tumeur.

Lorsque les compressions médullaires tumorales offrent les caractères que nous venons de décrire, leur diagnostic ne présente habituellement pas de difficultés. Mais assez nombreux sont les cas, dont la *symptomatologie atypique* fait méconnaître une tumeur sous-durale qui existe pourtant. Disons tout de suite que cette éventualité survient principalement lorsque l'un ou, à plus forte raison, plusieurs des caractères essentiels sus-mentionnés font défaut. Il en est souvent ainsi *au début de l'évolution des tumeurs*, lorsqu'elles ne sont pas suffisamment volumineuses pour comprimer la moelle ou bloquer la circulation du liquide céphalo-rachidien.

En voici 4 exemples :

Alice R., adressée par le docteur Germain Petit (de Clermont-Ferrand).

Début en mars 1935 par des *douleurs* à la face antérieure des cuisses, surtout à gauche, douleurs continues avec des paroxysmes. *En juillet* 1935 apparaît une douleur vers la onzième apophyse épineuse dorsale qui irradie en demi-ceinture au-dessus de la crête iliaque et descend vers le pli de l'aine du côté gauche. *En décembre* 1935 le tableau se complète par des mictions impérieuses.

L'examen pratiqué *en janvier* 1936 montre l'absence de paraplégie spasmodique. Les réflexes ne sont pas modifiés sauf les cutanés abdominaux gauches qui ne sont pas trouvés. Il existe une petite bande d'anesthésie unilatérale gauche au-dessus de la crête iliaque et du pli de l'aine. L'examen du liquide C. R. donne : Albumine = 0 gr. 35. Eléments = 0,2. Le lipiodol objective un arrêt en D 10.

Ablation par David le 29 *janvier* 1936 d'une tumeur de la onzième racine dorsale gauche.

Yvonne C., adressée par le docteur Layani.

Début apparent en novembre 1935 par des *douleurs* en demi-ceinture à type d'élancements et de piqûres du côté gauche au-dessus de la crête iliaque et du pli de l'aine, douleurs exagérées par la toux et l'éternuement.

L'examen pratiqué *en mai* 1936 montre seulement *une bande d'anesthésie* dans le territoire douloureux et l'abolition du réflexe cutané abdominal inférieur gauche. L'épreuve de Stookey donne un blocage imparfait. Par contre, le liquide céphalo-rachidien contient 1 gr. 85 d'albumine et le lipiodol injecté par voie haute et par voie basse s'arrête en D 9.

L'opération pratiquée *le 22 mai* 1936 par David permet d'enlever une tumeur de la grosseur d'une datte, pesant 4 grammes, du type schwannome, plaquée contre la face postérieure de la moelle et reliée par une bride arachnoïdienne à la neuvième racine dorsale postérieure gauche.

Alice G., adressée par le docteur Darquier.

Pendant cinq ans, la malade se plaint d'une douleur dans la hanche gauche puis dans la région lombaire. Un examen pratiqué à ce moment montre seulement un affaiblissement des réflexes tendineux du membre inférieur gauche. Mais l'épreuve de Stookey révèle un blocage parfait. On ne peut, par ponction lombaire, retirer que 3 cm³ d'un liquide qui coagule en masse. *Pendant deux ans encore* la malade refuse l'intervention et c'est seulement *sept ans après le début* des troubles qu'elle l'accepte, en raison de l'irradiation de la douleur lombaire dans la fesse gauche et d'une gêne légère de la marche.

L'examen montre alors en tout et pour tout *une diminution du réflexe rotulien gauche* et une *lordose lombaire très accusée* et fixée par la contracture musculaire. Ajoutons qu'il existait un pied bot équin depuis l'enfance.

Après laminectomie de D 12 à L 3 (David) et écartement à droite et à gauche des racines de la queue de cheval on découvre une tumeur allongée qui est enlevée en grande partie sauf son extrémité inférieure. Une seconde intervention pratiquée huit mois plus tard permet de pratiquer l'ablation du fragment resté. L'examen histologique du Dr Cortero montre qu'il s'agit d'un oligodendrocytome schwannoïde.

Mad. Ric., adressée par le prof. R. Roger (de Marseille).

Début difficile à préciser par des douleurs lombaires *en mai* 1935. Fourmillements dans le membre inférieur droit et surtout sensation fixe de constriction pénible à la partie supérieure de la cuisse. Légers troubles sphinctériens et diminution de la sensibilité anale.

L'examen clinique pratiqué *en juin* 1935 est négatif. *Absolument aucun signe de blocage.*

Le 27 *juillet* 1935 Cl. Vincent extirpe une toute petite tumeur angiomateuse placée sur une racine de la queue de cheval.

Il est tout à fait intéressant de noter combien la séméiologie de ces 4 cas a pu être *fruste*, se bornant presque uniquement à des troubles radiculaires. Dans les deux premiers cas, les signes de blocage ont été *dissociés*, se limitant à l'arrêt du lipiodol en un point qui correspondait à l'émergence de la racine lésée. Dans le troisième cas, la contracture lombaire et le syndrome de Froin ont été les faits dominants du tableau clinique ; ce cas constitue une illustration du syndrome décrit par Sicard, sous le nom de *lumbago xanthochromique*, qui doit toujours faire penser à la présence d'une tumeur de la queue de cheval, en l'absence même de signes nerveux concomitants. Enfin dans le quatrième cas, les signes de blocage faisaient complètement défaut et Cl. Vincent s'est décidé à intervenir sur les seuls troubles subjectifs.

Mentionnons que ces quatre malades furent guéris par l'opération.

DEUXIEME PARTIE

PROBLÈME DIAGNOSTIQUE

Si l'identification d'une tumeur sous-durale, très souvent aisée, peut n'être point faite au cours de certaines formes symptomatiques frustes, l'erreur inverse, paraissant actuellement davantage à redouter, peut se produire, *qui consiste à croire à une tumeur sous-durale qui n'existe pas.* En pratique, un tel problème se posera en face d'autres affections neurologiques *qui réalisent en totalité ou en partie* les trois caractères essentiels des compressions médullaires. Au lit du malade, sont susceptibles de telle simulation *trois groupements pathologiques*, que nous allons méthodiquement envisager :

Les compressions extra-durales,
Les tumeurs intramédullaires,
Les myélites.

I. — Les compressions extra-durales

On peut quelquefois soupçonner *l'origine extra-durale de la compression médullaire uniquement d'après le groupement des signes nerveux observés.* Il en sera ainsi par exemple, lorsqu'il existe un *contraste entre l'importance des troubles moteurs et la discrétion des troubles de la sensibilité objective*, ou lorsque les *signes d'irritation l'emporteront sur les signes d'inhibition.* Mais, bien souvent, ces nuances font défaut et les compressions extra-durales se révèlent par les mêmes signes que les compressions sous-durales. C'est la même évolution habituellement lente, parfois rapide, toujours progressive ; ce sont les mêmes signes de blocage. Il faut alors tenir compte pour différencier les compressions extra-durales et intra-durales d'autres recherches parmi lesquelles *l'examen clinique et surtout radiologique du rachis*, et *l'étude du cheminement lipiodolé sous-arachnoïdien* tiennent la première place.

C'est ainsi que dans les cas *de métastase rachidienne*, où le tableau clinique est celui de la paraplégie douloureuse de Charcot, la *radiographie* peut montrer la ou les vertèbres envahies, tandis que l'examen des reins, du tube digestif, du corps thyroïde, des seins chez la femme, de la prostate chez l'homme pourra faire découvrir la tumeur primitive. Les *images radiologiques* de ces néoplasies métastatiques *sont à elles seules caractéristiques*, avec l'intégrité constante du disque intervertébral qui contraste avec les aspects lésionnels des corps vertébraux, variables suivant le type observé ; *ostéoporotique, ostéoplastique, condensant.* De telles images signent un diagnostic de cancer métastatique, même lorsque le foyer primitif — ce que nous avons vu maintes fois — ne peut être décelé. A l'inverse, il est fréquent que les *signes cliniques nerveux précèdent les signes radiologiques osseux :* d'où le conseil, lorsque la néoplasie primitive est connue, *de ne pas éliminer la possibilité de métastase rachidienne en l'absence de données radiologiques nettes.* Ces dernières ne tarderont sans doute pas à se manifester ; dans un cas récent observé par nous, quarante jours ont suffi pour transformer une vertèbre d'apparence normale en une vertèbre en galette des plus typiques.

Un certain nombre *de tumeurs primitives du rachis* peuvent déterminer des lésions osseuses visibles sur les clichés. Les unes sont *malignes :* myélomes, ostéo-sarcomes, chordomes. Les autres, *plus fréquentes*, il faut bien le savoir, *sont bénignes :* tumeurs à myéloplaxes, chondromes, hémangiomes (1). Il nous a été donné d'observer *deux cas d'hémangiomes ;* la *radiographie* montrant l'aspect réticulé, auréolaire, finement spongieux des corps vertébraux, fait à la fois le diagnostic de la lésion et de son siège ; *les signes de blocage* plus ou moins intense, traduisent le retentissement plus ou moins grand de la néoplasie sur la lumière du canal rachidien, et c'est cette dernière observation qui dictera la précession de l'acte thérapeutique à effectuer : radiothérapie ou laminectomie décompressive.

La radiographie nous a permis d'attribuer à une *hémi-ostéo-hypertrophie vertébrale cervico-thoracique symptomatique d'un noevus vasculaire* plan de la région scapulaire un syndrome de compression médullaire et la trépanation

(1) P. Michon, Grégoire et J. Lafont (de Nancy) : A propos du diagnostic de compression médullaire par hémangiome vertébral. — *Revue Neurologique*, avril 1935, pages 565 à 571.

décompressive a suffi à faire disparaître les troubles neurologiques (1).

André N..., 30 ans, adressé par le docteur Ascher.

Au début de 1935 apparition d'une faiblesse progressive des membres inférieurs avec dérobement passager des jambes qui obligent le malade à cesser son travail *en mars* 1936. *Douleurs atténuées.*

Examiné *en juin* 1936 il présente une paraplégie spasmodique modérée avec réflexes tendineux vifs, signe de Babinski bilatéral. Réflexes crémastériens et cutanés abdominaux abolis. *Hypoesthésie discrète* à tous les modes remontant jusqu'en D 2. Mydriase et élargissement de la fente palpébrale à droite. Rien du côté des membres supérieurs.

Présence d'un noevus vasculaire plan unilatéral droit en nappe à topographie dorsale supérieure.

A la radio *ostéo-hypertrophie considérable unilatérale droite de type condensant* frappant les quatre dernières vertèbres cervicales, les trois premières dorsales et les trois premières côtes.

Blocage complet au Stookey avec liquide céphalo-rachidien xanthochromique coagulant en masse.

Opération le 26 juin 1937 par Cl. Vincent qui agrandit le canal osseux sur une longueur de 5 cm. La guérison de la paraplégie survient en quelques semaines permettant au malade de reprendre son travail. Pas de récidive jusqu'à présent.

Il convient de rapprocher de *ces compressions d'origine osseuse*, celles *de la maladie de Paget*, avec installation progressive de signes médullaires graves. Dans les cas de Cl. Vincent (2) et dans celui de Petit-Dutaillis (3), une décompression opératoire amena la restauration de l'état antérieur.

Tels sont aussi les cas de compression médullaire par *échinococcose*, le parasite se développant primitivement dans le corps vertébral ou dans les parties molles voisines et pénétrant secondairement dans le canal rachidien, tel le cas de de Martel (4), avec intervention et guérison se rapportant à un kyste hydatique thoracique gauche latéro-vertébral nettement visible à la radio. (Voir à propos de l'échinococcose la thèse de Susbielle, inspirée par H.-L. Rocher. Bordeaux, 1928.)

Le *mal de Pott de l'adulte* est d'un diagnostic facile, quand existent les signes osseux radiologiques que l'on doit lire sur *les clichés de face et de double profil*. Il en est tout autrement, lorsque la radiographie est négative. Cependant, la constatation d'une raideur segmentaire du rachis, parfois l'identification d'antécédents bacillaires nets ou d'autres localisations encore en activité pourront faire soupçonner l'origine tuberculeuse de la compression médullaire. Nous n'insisterons pas ici sur la clinique de ces paraplégies pottiques bien mises au point par les travaux de Mme Sorrel-Déjerine.

Des compressions médullaires d'origine pottique, on peut rapprocher les cas plus rares, où l'on retrouve *dans l'espace épidural*, les mêmes lésions fibro-caséeuses avec prédominance, soit du processus fibreux (pachyméningite), soit du processus caséifiant (abcès), sans que l'on puisse déceler ni par la radiographie, ni par l'examen fait au cours de l'opération, de lésions osseuses manifestes.

Léon L., adressé par le docteur Faure-Beaulieu.

Début en janvier 1937 par des *douleurs* d'emblée très vives partant de la colonne lombaire et irradiant vers la fosse iliaque gauche et le bord supérieur de l'os iliaque gauche. De telles douleurs exagérées par la toux et les efforts durent vingt jours, se calment pendant deux mois pour reprendre ensuite pendant quarante-cinq jours, de même siège et de même allure, non calmées par le repos, soulagées par la marche. Nouvelle accalmie puis reprise le 14 juillet d'algies à siège uniquement lombaire qui ne vont pas tarder à irradier à la face postérieure de la cuisse gauche et, plus rarement, au mollet gauche.

A son entrée *le* 1er *octobre* signes de sciatique gauche avec épreuves de Lasègue et de Bonnet positives. *Raideur rachidienne* douloureuse assez étendue avec cyphose dorsale à convexité gauche et lordose lombaire partiellement irréductible sauf dans la marche à quatre pattes.

Radiographies osseuses rachidiennes négatives de face et de profil.

Blocage complet au Stookey. Le liquide spinal donne : Albumine = 0 gr. 80. Eléments = 9,8 lymphocytes. B. W. négatifs mais Pandy + et Weichbrodt —.

Accrochage partiel en L I du lipiodol sous-occipital ; basculé plus tard le lipiodol s'arrête en L 3.

L'opération pratiquée le 4-11-1937 par David montre dans l'espace épidural en regard de L 2 une épidurite fongueuse avec tissu lardacé et présence en un point ponctionné de pus analogue à celui d'un abcès froid. L'examen histologique d'un fragment prélevé confirme l'origine tuberculeuse.

A côté de ces *épidurites tuberculeuses*, il convient de signaler les *épidurites staphylococciques* bien étudiées par Sicard, dont R. Garcin, Petit-Dutaillis et Ivan Bertrand ont publié récemment une observation très démonstrative (1).

Il semble que l'*épidurite chronique* puisse reconnaître des *étiologies très variées*. En voici 2 exemples qui paraissent avoir une *origine typhoïdique* pour le premier et *traumatique* pour le second.

B., grand blessé de guerre amputé de la jambe droite avec ankylose du genou droit et paralysie cubitale gauche. *Au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde* apparaissent des douleurs dorsales, puis l'année suivante des douleurs thoraciques en ceinture ; deux mois plus tard le *malade est confiné au lit par la paralysie* : c'est une paralysie sans contracture mais avec un signe de Babinski et une abolition des réflexes crémastériens et cutanés abdominaux. Il existe une zone d'hypoesthésie discrète à tous les modes entre les mamelons et le rebord costal. Les troubles sphinctériens sont légers. L'examen du rachis montre seulement une douleur à la pression des 5e et 6e vertèbres dorsales.

Le *blocage sous-arachnoïdien est complet* et le liquide céphalo-rachidien xanthochromique.

Une laminectomie (Puech) permet de découvrir et d'enlever une épidurite qui s'épaissit en virole en regard de D 4. L'examen histologique montre un tissu de granulation banale.

Lucien C., 51 ans, adressé par le docteur Mondor.

Une chute survenue *en* 1905 provoque une *fracture du rachis* (première lombaire) qui se consolide tout en conservant une notable angulation. *Quinze ans plus tard* l'apparition d'un mal perforant plantaire du côté gauche nécessite l'amputation de la jambe au-dessus du cou-de-pied. Après un *intervalle de seize autres années*, apparaît cette fois du côté droit un nouveau mal perforant plantaire du talon.

L'examen montre à ce moment une *légère hypertonie* des membres inférieurs plus marquée à gauche ; les réflexes tendineux sont vifs, sauf l'achilléen droit qui est inversé. Il n'y a pas de signe de Babinski et on ne trouve pas les réflexes crémastériens. Aucun stigmate de syphilis. L'épreuve de Stookey indique un *blocage complet* et le *liquide céphalo-rachidien* est *xanthochromique.*

Puech intervient le 9 *mars* 1937. Il fait une laminectomie de D 12 à L 2 ; les lames de la première lombaire sont très épaisses et très vascularisées. Le sac dural bat seulement au-dessus de D 12 ; il est incisé ; au niveau de L I la dure-mère adhère à l'arachnoïde qui est très épaissie. L'arachnoïde qui, en bas, engaine les racines de la queue de cheval et, en haut, adhère à la moelle est libérée. Après suture de la dure-mère le sac dural se met à battre.

Nous n'insisterons pas dans ce cas sur les *lésions médullaires traumatiques*, qui ont été à l'origine des maux perforants, mais nous voulons attirer l'attention sur l'arachnoïdite qui était développée au point d'entraîner le blocage sous-arachnoïdien. Sa localisation *nettement prédomi-*

(1) F. Thiébaut et J. Le Beau : Noevus vasculaire plan ostéo-hypertrophique avec compression médullaire. — *Revue Neurologique*, mars 1937, page 396.

(2) Cl. Vincent, L. Langeron, J. Dereux et L. Lemaitre. — *Revue Neurologique*, 1936, tome I, pages 794 à 799.

(3) Petit-Dutaillis, J. Marchand et G. Calderon. — *Revue Neurologique*, 1936, tome II, pages 71 à 78.

(4) Th. de Martel, J. Guillaume et R. Thurel. — *Revue Neurologique*, 1936, tome I, pages 1.528 à 1.532.

(1) R. Garcin, Petit-Dutaillis et Ivan Bertrand : Compression médullaire par épidurite chronique staphylococcique chez une diabétique. *Revue Neurologique*, 1935, tome II, pages 191-198.

nante en regard de l'ancien foyer de fracture souligne le rôle du traumatisme dans la genèse de l'arachnoïdite ou peut-être plus exactement, de la méningo-myélite.

Mais bien souvent, il est absolument *impossible de préciser l'étiologie de l'épidurite inflammatoire constatée*, témoin ce cas observé avec David (1).

Blanche R., 35 ans.

Début en 1931 par des douleurs de la région lombo-sacrée qui. à *partir de* 1933, irradient à la face antérieure des cuisses et s'accompagnent d'une paraplégie spasmodique modérée prédominant à droite. On ne constate pas à ce moment de troubles objectifs de la sensibilité, pas de signes de blocage ; le taux de l'albumine rachidienne est toutefois de 0 gr. 60.

En février 1934 la paraplégie flasco-spasmodique est assez accusée pour rendre la marche impossible. On trouve maintenant une *hypoesthésie aux trois modes* qui ne dépasse pas la racine des cuisses. L'épreuve manométrique révèle un blocage complet. Le liquide renferme 0 gr. 50 d'albumine et 25 éléments par mm3. *Troubles moteurs et sensitifs s'accentuent après la ponction lombaire* et la limite de l'hypoesthésie remonte en L I. Le *lipiodol* s'arrête en regard du disque D 12 L I et de ce point *s'effiloche en deux traînées latérales.*

Après laminectomie de D 10 à L I David trouve une gangue fibreuse enserrant le fourreau dural et faisant corps avec lui ; il extirpe cette gangue aussi complètement que possible sans ouvrir la dure-mère. Quarante jours plus tard la malade quitte l'hôpital en pouvant marcher ; les troubles sensitifs ont disparu.

Réapparition des phénomènes moteurs en *septembre* 1934 avec blocage partiel. Nouvelle intervention en *novembre de la même année* avec libération des adhérences fibreuses épidurales. Cette fois on a complété l'action du traitement chirurgical *par plusieurs séries de radiothérapie semi-pénétrante.* Le résultat est très satisfaisant et l'amélioration se maintient actuellement, la malade pouvant vaquer à ses occupations de libraire.

Dans un pareil cas, la clinique et l'image lipiodolée ont concordé pour faire entrevoir l'origine extra-durale de la compression.

On voit combien est intéressante et variée cette question des épidurites chroniques, mais tous ces exemples sont loin d'épuiser ce syndrome anatomo-clinique.

Il arrive parfois que l'épidurite s'associe à une *réaction cartilagineuse du disque intervertébral* sans qu'il soit toujours possible d'interpréter les liens qui unissent les 2 lésions ; dans ces cas, la tumeur cartilagineuse peut devenir une cause de compression ; en voici un exemple :

Marcelle H..., 42 ans, adressée par le Dr Cornillot.

Début progressif en 1931 par un syndrome de claudication intermittente de la jambe droite avec sensation d'élancements, de décharges électriques et parfois de spasmes provoquant la flexion du genou. *Depuis* 1935 sont apparues des douleurs à la face interne de la cuisse provoquées par les efforts.

Entrée dans le service *le 1er mars* 1937, la malade peut marcher mais sa *démarche est spasmodique* du côté droit ; elle traîne la jambe et le bord interne du pied frotte contre le sol. *Paralysie spasmodique modérée* localisée au membre inférieur droit avec vivacité plus grande des réflexes tendineux de ce côté et signe de Babinski. *Très légère hypoesthésie tactile et douloureuse* au membre inférieur gauche. Quelques troubles de la notion de position du gros orteil à droite seulement. En résumé *monoplégie crurale droite spasmodique avec ébauche de Brown-Séquard.* Blocage parfait au Stookey. Le liquide C. R. donne : Cytologie = 0,8 élément. Albumine = 0 gr. 56. Le lipiodol s'arrête en D 11.

Le 20 *avril* 1937 Cl. Vincent l'opère et trouve en D 10 un *chondrome* prémédullaire extra-dural, de la grosseur d'une petite noix, qu'il enlève par copeaux après incision du surtout fibreux.

Une telle observation offre des analogies avec les faits vus par *Adson* en 1925, étudiés par *Stookey* en 1928 et repris par *Alajouanine et Petit-Dutaillis* dans une étude sur le nodule fibro-cartilagineux de la face postérieure des disques intervertébraux (2).

(1) J.-A. CHAVANY et M. DAVID : Compressions médullaires et épidurites inflammatoires de nature indéterminée. — *Paris Médical*, 28 décembre 1935 et avec L. STUHL, *Revue Neurologique*, avril 1937 (présentation de la malade).

(2) ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS. — *Presse Médicale*, 6 et 20 décembre 1930.

Avant de clore ce chapitre, nous voulons rappeler que certaines déformations rachidiennes de type cypho-scoliotique (1) sont susceptibles de se compliquer de paraplégie, telle l'observation suivante :

C. J..., femme de 29 ans, adressée par le Dr Wojlanski.

Cette jeune femme actuellement grabataire, complètement paraplégique, a vu *ses troubles débuter en* 1930 par des fourmillements dans le pied droit suivis d'impotence fonctionnelle du membre inférieur droit et quelques mois plus tard du membre inférieur gauche. *Pas de douleurs véritables.* En deux ans, installation progressive d'une *paraplégie hyperspasmodique* avec hypoesthésie ne dépassant pas la racine des cuisses sans limite supérieure nette. En *novembre* 1933, l'épreuve de Stookey met en évidence une perturbation liquidienne *mais sans blocage proprement dit.* Liquide céphalo-rachidien normal. Cheminement lipiodolé défectueux mais pas d'immobilisation même temporaire de l'huile iodée.

Scoliose droite de grand rayon allant de D 1 à L 1 avec maximum en D 7. Les spondyles de D 7 et de D 8 sont déformés en coin ; en outre, rotation modérée (de gauche à droite) des vertèbres sur leur axe. La *scoliose a précédé de huit ans la paraplégie.*

Dans d'autres observations analogues publiées à l'étranger et dans une, française, de M. André Thomas et de Mme et M. Sorrel-Déjerine, une telle paraplégie se présente *avec tous les attributs d'une compression médullaire.* Dans de tels cas, les résultats opératoires, même après ouverture de la dure-mère sans suture, ont été médiocres, ce qui prouve la part de *myélite concomitante* probablement due à une gêne circulatoire, myélite qui, dans notre cas, paraît être le facteur dominant. Ajoutons que notre malade s'est refusée à toute intervention exploratrice.

Quelle que soit la nature de la compression extra-durale en cause, le *lipiodol* peut dans les cas incertains éclairer sensiblement le diagnostic. Son arrêt ne provoque habituellement plus l'apparition d'une opacité régulière nettement circonscrite, mais plutôt *des taches aux limites supérieures et inférieures déchiquetées*, dentelées, se fragmentant souvent en une ou plusieurs traînées plus ou moins étirées. Il arrive d'ailleurs d'autres fois que le *cheminement lipiodolé ne soit que peu troublé.* Il convient de signaler encore la possibilité de *réponses divergentes entre les résultats du Stookey et ceux du lipiodol.*

En cas d'arrêt de l'huile iodée, *l'intervalle* entre le niveau indiqué par cet arrêt et celui indiqué par la limite supérieure des troubles de la sensibilité objective *est généralement plus étendu que dans les compressions sous-durales.* Ce signe, d'une certaine valeur quand il existe, tient à la plus grande étendue habituelle de la compression extradurale. Il se présente avec son maximum de netteté *en cas de lipome extra-dural*, affection rencontrée à la fois chez l'adulte et chez l'enfant, affection de traitement difficile, car la lipomatose extra-durale envahit souvent les espaces sous-arachnoïdiens et parfois le parenchyme médullaire lui-même.

Tous les signes que nous venons de passer en revue *ne sont ni constants ni pathognomoniques ;* ils constituent toutefois des indices précieux qui s'ajoutent aux autres éléments du diagnostic. *Il n'est pas rare cependant que seule l'intervention conduise au diagnostic exact.*

II. — LES TUMEURS INTRA-MÉDULLAIRES

Les *tumeurs intra-médullaires* constituent une autre cause d'erreur.

A. Il y a des cas cependant où le diagnostic est immédiatement orienté vers le siège intra-parenchymateux de la néoplasie. Il en est ainsi lorsque *la quadriplégie ou bien la paraplégie coïncident avec une zone de thermoanalgésie*

(1) J.-A. CHAVANY : Scoliose et paraplégie. A propos d'un cas de cypho-scoliose compliqué de paraplégie. — *Revue Neurologique*, décembre 1934.

suspendue et un syndrome de blocage complet comme dans les 2 cas suivants :

Emile T..., 33 ans, adressé par le Dr Deroide (de Calais).

Début en 1935 par des *douleurs* dans la région scapulaire gauche et la nuque augmentées par les efforts. L'année suivante une *paralysie progressive* envahit la main et l'avant-bras droits, puis les membres inférieurs surtout du côté droit et enfin la main et l'avant-bras gauches.

L'examen *en juin* 1936 montre une *quadriplégie*. La paraplégie est spasmodique avec signe de Babinski bilatéral, triple retrait, abolition des réflexes cutanés. Aux membres supérieurs la paralysie domine à l'extrémité distale et s'accompagne d'atrophie prédominante aux muscles des mains avec attitude en griffe sans raideur des bras. Les réflexes tendineux sont vifs. On trouve *une zone de thermoanalgésie suspendue* entre C 4 et D 4; au-dessous de ce territoire on révèle seulement quelques erreurs. *L'épreuve de Stookey montre un blocage complet*. Le liquide C. R. est *xanthochromique* et coagule en masse.

L'opération pratiquée le 3 juillet 1936 par Cl. Vincent permet d'extirper une tumeur intra-médullaire grosse comme un haricot à la hauteur de C 4 (vertèbre) du type des *épendymogliomes*.

Raymond T..., 31 ans, adressé par le Dr Monier-Vinard.

Début dans le cours de l'année 1935 par des *douleurs* thoraciques moyennes bilatérales exagérées par les efforts. *En octobre de la même année* apparaissent des douleurs à la base de la nuque irradiant vers les épaules et le bras droit. Ces douleurs s'atténuent progressivement pour faire ultérieurement place à des douleurs thoraco-abdominales bilatérales mais plus marquées à droite et exagérées par les efforts. Les muscles des membres supérieurs et des ceintures scapulaires s'atrophient lentement. *En* 1936 les membres inférieurs se fatiguent et s'enraidissent au cours de la marche. L'impuissance génitale devient manifeste et de légers troubles sphinctériens apparaissent.

En 1937 on constate un blocage au Stookey avec liquide C. R. jaune contenant 3 gr. 40 d'albumine et 14 lymphocytes et on adresse le malade dans le service.

L'examen pratiqué le 25 *mars* 1937 montre que la marche est possible mais pénible. La force musculaire segmentaire est légèrement diminuée au membre inférieur droit. Les membres inférieurs sont hypotoniques au repos ; la raideur apparaît à l'occasion des efforts. Les réflexes tendineux sont vifs avec clonus, signe de Babinski et triple retrait ; les réflexes cutanés sont abolis. Aux membres supérieurs la force musculaire est diminuée surtout à droite, mais tous les mouvements sont possibles. Il existe une grosse amyotrophie qui domine aux épaules mais respecte plus ou moins les mains. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont très affaiblis. On note une zone de *thermoanalgésie suspendue* allant à droite de C 8 à D 4 et à gauche de C 8 à D 12 ; dans le territoire sous-jacent hyposensibilité aux trois modes dominant au membre inférieur gauche.

En somme le tableau clinique se caractérise par l'intrication de deux syndromes très différents: syndrome de Brown-Séquard d'une part, syndrome de syringomyélie de l'autre.

Le lipiodol injecté par voie lombaire s'égrène entre D 5 et D 2. Le matin de l'opération on injecte du lipiodol par voie sous-occipitale qui s'arrête en C 2.

L'opération pratiquée par Puech permet d'enlever une tumeur intra-médullaire grosse comme un noyau de pêche en regard de la quatrième vertèbre cervicale.

Des cas analogues à ceux-ci risquent d'être confondus avec *certaines variétés de syringomyélie* s'accompagnant d'un blocage sous-arachnoïdien complet ou dissocié, conséquence d'une formation kystique intra-médullaire ou d'une arachnoïdite kystique concomitante.

B. Bien souvent les *tumeurs intra-médullaires ne donnent pas ce syndrome syringomyélique* et le tableau réalisé se rapproche de celui des compressions sous-durales :

Soit *parce que les troubles sensitifs ne consistent pas en thermoanalgésie suspendue,*

Soit parce que la prédominance des troubles moteurs d'un côté et des troubles sensitifs de l'autre ébauche le syndrome de Brown-Séquard.

Il faut savoir apprécier *la valeur des moindres nuances* pour éviter une surprise désagréable à l'intervention. Une bonne étude de la question vient d'être récemment fournie par Objenick (d'Amsterdam) (1).

On jugera toutefois de la difficulté du diagnostic par la lecture de ces 3 observations dont 2 concernent la moelle cervicale inférieure et l'autre la moelle lombo-sacrée.

Marcel E..., 35 ans, adressé par le Dr Giami (de Nogent-sur-Marne).

Début en 1933 par des douleurs abdominales constrictives et une gêne progressive de la marche qui, *en* 1934, oblige le malade à garder le lit.

L'examen pratiqué en *juin* 1936 montre une paralysie des membres inférieurs plus marquée à droite, sans raideur, exception faite des adducteurs qui sont contracturés. Réflexes tendineux vifs. Signe de Babinski bilatéral et triple retrait de production facile. Les cutanés abdominaux sont abolis. Aux membres supérieurs on note seulement des fourmillements dans les mains et l'abolition du réflexe de flexion des doigts à droite. La fente palpébrale est rétrécie à droite et de ce côté la pupille est plus petite. *Hypoesthésie superficielle pour les trois modes* remontant jusqu'à C 4 D 2, plus accusée sur la moitié gauche du corps.

L'épreuve de Stookey indique un *blocage après sensibilisation*. Il existe une légère dissociation albumino-cytologique dans le liquide spinal (albumine = 0 gr. 50). Le lipiodol injecté par voie lombaire *descend bien jusqu'en D* 2 puis *s'égrène à partir de ce niveau.*

L'opération faite le 9 juin 1936 par Puech fait découvrir une tumeur intramédullaire cervicale siégeant vers le sixième segment; la tumeur, du poids de 3 grammes, était un astroblasto-astrocytome.

Mlle R..., 27 ans, adressée par le professeur Zimmern.

Début en 1926 par des *douleurs* intolérables dans le membre inférieur gauche avec impotence fonctionnelle durant quinze jours. *Deux mois plus tard* mêmes douleurs du côté droit avec troubles sphinctériens transitoires. Bientôt les douleurs à type de sciatique deviennent bilatérales. Six mois après le début l'examen révèle des *signes discrets de spasmodicité* du côté gauche du corps et une hypoesthésie modérée du côté droit. L'analyse du liquide céphalo-rachidien montre une dissociation albumino-cytologique cependant le transit lipiodolé s'effectue normalement. Par la suite, les douleurs s'atténuent tandis que les autres signes s'affirment. *En* 1928, la paraplégie spasmodique est nette et l'*hypoesthésie remonte jusqu'en D* 2 ; l'épreuve de Stookey montre un blocage complet.

Le 6 juin 1928 de Martel opère la malade et trouve après incision de la partie postérieure de la moelle vers le deuxième segment dorsal une tumeur qui se prolongeait vers le haut comme vers le bas (2).

Let..., 60 ans, adressé par le Dr Bernard Queinnec (de Laval).

Début en 1931 par une paralysie progressive des extenseurs du pied droit suivie l'année suivante de l'atrophie des muscles de la jambe du même côté. La *paralysie atrophique* s'étend les années suivantes et gagne le côté gauche. *En* 1934 apparaissent des douleurs dans le bas du dos et les cuisses s'exagérant quand le malade, étant assis, fait un effort pour se lever. A partir *d'octobre* 1935 la paraplégie confine le malade au lit et les troubles sphinctériens font leur apparition. Il se plaint maintenant de douleurs constrictives aux genoux.

En *janvier* 1936 lors de l'admission du malade à la clinique, la paraplégie flasque et amyotrophique est totale : l'atrophie intéresse tous les muscles des membres inférieurs et des fesses. Les réflexes sont abolis. *L'anesthésie à tous les modes remonte jusqu'en* L 2 et s'accompagne de la perte de notion de position des pieds et des jambes. La rétention d'urines est complète. Le Stookey montre *un blocage complet*. Liquide céphalo-rachidien *xanthochromique* renfermant 12 grammes d'albumine et 12 éléments.

A l'intervention Cl. Vincent trouve une grosse tumeur intra-médullaire provoquant une augmentation de volume considérable de la moelle lombo-sacrée et absolument inextirpable en totalité.

(1) Ign. Objenick : *Le diagnostic et le traitement des tumeurs intra-médullaires*. — *Revue Neurologique*, 1936, tome I, pages 1.447 à 1455.

(2) L'observation détaillée de cette malade régulièrement suivie par l'un de nous a été publiée dans le travail inaugural de notre ami N. Jonesco-Sisesti. Tumeurs médullaires associées avec un processus syringomyélique. Masson éditeur, Paris 1929, page 237.

Dans tous ces cas, *l'évolution lente et progressive* était un signe en faveur du développement d'une néo-formation et *cette évolution paraît plus longue encore pour les intra-médullaires* que pour les extra-médullaires. *Les renseignements neurologiques ont permis de localiser exactement en hauteur le siège des lésions*, mais ils n'ont pas permis, sauf dans les cas de thermo-analgésie suspendue, de *soupçonner la situation intra-médullaire de la tumeur.*

Inversement *l'étude du cheminement lipiodolé* n'a pu nous servir pour localiser le niveau de la tumeur, mais elle nous *a fourni des arguments pour préjuger de son siège intra-médullaire.* En effet, l'arrêt du lipiodol à *une distance plus ou moins grande de la tumeur* et non à son contact, en l'absence d'arachnoïdite ou de compression extra-durale, paraît traduire *l'existence d'une augmentation de volume segmentaire de la moelle* et par là révéler une tumeur intra-médullaire. Le cheminement lipiodolé en 2 coulées effilées latéro-médullaires moulant la moelle vient dans un certain nombre de cas confirmer cette impression.

C. Certaines tumeurs intra-médullaires *ont une évolution si lente* qu'elles peuvent atteindre un volume considérable et cependant ne donner qu'un minimum de symptômes. Voici 2 exemples de cette forme fruste.

Georges P..., 17 ans, adressé par le Dr Breton (d'Orléans) au Dr Winter.

Vers *l'âge de 8 ans* fracture de l'avant-bras gauche et vers *l'âge de 11 ans*, fracture de la jambe gauche. A 12 ou 13 ans s'installe une scoliose dorsale qui s'accentue progressivement. A 16 *ans*, à la suite d'injections de sérum antidiphtérique pratiquées à l'occasion d'une angine, il éprouve pendant deux mois des troubles de la marche. Par la suite, ces troubles s'atténuent considérablement tandis qu'apparaissent des vertiges et une gêne de la déglutition. C'est à ce moment que nous examinons le malade. Il a une hémiparésie gauche sans contracture mais avec signe de Babinski. La marche est normale. *Il n'y a pas de troubles objectifs de la sensibilité.* La nuque est raide. Il y a une scoliose dorsale accusée. Mais le malade se *plaint avant tout des vertiges et des troubles de la déglutition.* A part le nystagmus horizontal en position latérale du regard, l'examen vestibulaire reste négatif et l'épreuve de Barany donne une réaction complète normale. Le réflexe nauséeux paraît aboli, l'examen de la langue, du voile, du larynx ne montre pas d'anomalies ; l'examen du fond d'œil fait voir des veines dilatées et des bords papillaires nets. La ponction lombaire ramène *un liquide xanthochromique* qui coagule en masse. L'épreuve de Queckensdedt Stookey n'est pas pratiquée. *La mort survient subitement par syncope*, après quelques heures de dyspnée avec cyanose et tachycardie, la lucidité étant conservée jusqu'au bout.

L'autopsie met en évidence une énorme tumeur intra-médullaire qui se prolonge dans le bulbe et la protubérance; l'analyse histologique décèle un épendymome typique.

Roland D..., 11 ans, adressé par le professeur Laignel-Lavastine.

Début en avril 1936 par des *douleurs* des lombes d'abord, des jambes ensuite ; ce sont des douleurs discontinues, s'exagérant surtout la nuit au point d'empêcher tout sommeil ; elles ne tardent pas à s'accompagner de *raideur rachidienne*, puis disparaissent au bout de six mois en laissant subsister la contracture lombaire.

L'examen fait par Puech un an après le début montre, en plus de la rigidité rachidienne, des *signes de paraplégie spasmodique* avec démarche digitigrade, vivacité des réflexes tendineux, signe de Babinski bilatéral, mais sans aucun trouble de la sensibilité objective. Deux mois plus tard on ne retrouve presque plus trace de la paraplégie spasmodique : la force musculaire est normale, il n'y a plus de contracture, les réflexes tendineux paraissent normaux, sauf les rotuliens qui sont encore vifs. Parmi les réflexes cutanés seuls les abdominaux supérieurs sont facilement trouvés. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité ni de troubles sphinctériens. Tout le tableau clinique se réduit à *la contracture qui bloque la colonne dorso-lombaire* et s'accompagne d'une légère scoliose à convexité dorsale droite. La P. L. ramène quelques gouttes d'un *liquide jaune qui coagule en masse*, la manœuvre de Stookey est impraticable.

L'*intervention* faite par Puech permet de découvrir, après laminectomie de D 9 à L 2 et incision de la dure-mère très tendue une *tumeur intra-médullaire* faisant hernie à la face postérieure de la moelle; après ablation de la tumeur par fragments la *moelle en cette région se trouve réduite à une coque vide* et *largement ouverte.* Suites opératoires normales.

Il est intéressant de noter que, dans ces deux observations de formes frustes des tumeurs intra-médullaires, *l'évolution* peut être *entrecoupée d'améliorations spontanées* importantes, qui risquent de faire écarter le diagnostic de tumeur.

III. — Les myélites

Ce chapitre doit être étudié en envisageant à tour de rôle :

Les myélites à début aigu,

Les myélites d'évolution subaiguë,

Les myélites chroniques d'emblée.

A. — *Myélites à début brusque.* — Le diagnostic de myélite s'impose dans les cas typiques. Il en est ainsi pour les *myélites à début brusque* et qui passent ensuite à la chronicité. Le malade peut *préciser le jour, parfois l'heure* où il a senti se paralyser la moitié inférieure de son corps, tandis que, la veille encore, il allait et venait normalement.

Si on examine le sujet quelques mois plus tard, la notion de début aigu permettra de rapporter à la myélite cette paraplégie souvent très accusée qui peut s'accompagner de troubles sphinctériens et de troubles trophiques importants.

L'*absence de blocage* viendra confirmer le diagnostic. *En effet, si l'absence de blocage ne permet pas d'éliminer la possibilité d'une tumeur, lorsque le syndrome neurologique est très fruste, nous l'avons vu plus haut, il n'en est pas ainsi lorsque les troubles nerveux sont très accusés.*

Voici un exemple caractéristique de myélite dans lequel nous trouvons associés les 3 éléments : *le début brusque, le contraste entre l'intensité des troubles moteurs, sphinctériens et trophiques et la discrétion des troubles de la sensibilité* et *enfin l'absence de blocage.*

Marcelle L..., 54 ans, adressée par le Dr Grunberg.

De juillet 1934 *à octobre* 1935 elle se plaint d'avoir l'impression de marcher sur des semelles de caoutchouc, d'une sensation de froid aux genoux puis de lourdeur et de fatigue dans les jambes.

Le 5 *octobre* 1935 l'apparition d'un épisode infectieux avec 39° de fièvre l'oblige à s'aliter. Lorsqu'elle veut se lever huit jours plus tard elle constate que ses membres inférieurs sont complètement paralysés.

Quand nous voyons la malade *en mai* 1937 nous constatons l'état lamentable de cette grabataire anxieuse, amaigrie, amyotrophique, cachectique, perdant ses urines et souffrant d'escarres fessières. Elle a une *paraplégie totale flasque* avec pieds ballants, abolition des réflexes tendineux et cutanés. Cependant, il existe un signe de Babinski bilatéral et les réflexes d'automatisme dits de défense sont nets. On enregistre la perte de la notion de position des membres inférieurs mais pas de troubles de la sensibilité superficielle. *L'épreuve de Stookey ne montre pas de blocage.* Le liquide C. R. renferme 0 gr. 18 d'albumine et 1 élément par mm3. Le B W est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. La colonne vertébrale est souple et la radiographie ne révèle pas d'anomalies.

La malade meurt quelques jours après son entrée à l'hôpital.

Déjà moins typique est l'observation que nous allons maintenant rapporter parce que le syndrome neurologique *avec son anesthésie à limite supérieure nette* aurait pu faire croire au premier abord à l'existence d'une compression médullaire. Mais le début brutal de la paraplégie et l'absence de blocage permirent de faire le diagnostic de myélite vérifié par l'intervention.

Mad. B..., adressée par le Pr. Mériel (de Toulouse).

De 1931 *à* 1935 elle se plaint d'une douleur dans la région sacrée, puis de la sensation d'avoir le mollet droit rongé. *Le 9 novembre* 1935 *en l'espace d'un quart d'heure* elle ressent une crampe dans la jambe droite puis dans la jambe gauche et sent la moitié inférieure de son corps se paralyser et devenir de marbre.

Quand nous voyons la malade *en juin* 1936 la *paraplégie* est très accusée. Elle ne peut remuer les orteils ni relever le pied; elle arrive avec peine à détacher le talon du plan du lit, à plier le genou. La *paralysie est flasque* avec abolition des réflexes tendineux et cutanés. Il n'y a pas de signe de Babinski, mais on peut provoquer le triple retrait principalement par le contact d'un tube glacé sur la face antérieure des cuisses.

Elle se plaint de *douleurs continues:* douleurs constrictives des genoux, douleur rongeante de la région sacrée. On trouve une zone d'anesthésie remontant jusqu'aux genoux et une *zone d'hypoesthésie très marquée aux trois modes remontant un peu au-dessus du pli de l'aine.* La perte de la notion de position des membres inférieurs est complète. La rétention d'urines nécessite l'usage de la sonde à demeure. Elle ne se sent pas uriner ni déféquer. Cependant elle n'a pas d'escarres et son état général reste satisfaisant. L'épreuve de Stookey ne montre pas de blocage. Le liquide C.R. contient 35 centigrammes d'albumine et 2 éléments, 8 par mm³.

Une laminectomie faite le 13 juin 1936 par Cl. Vincent permet de vérifier l'absence d'arachnoïdite; la moelle apparaît atrophiée.

Dans ces deux observations, le début *véritablement apoplectique* constitue un élément de diagnostic capital. La brutalité du début de la paralysie ne doit pas être méconnue *en raison de l'existence de paresthésies prodromiques* ayant précédé de plusieurs mois ou de plusieurs années l'installation brusque du déficit moteur.

Mais la véritable difficulté n'est pas là ; elle se fait jour quand la *myélite s'installe plus ou moins rapidement mais non brusquement* et *quand elle s'accompagne de blocage.* En voici un exemple :

Marcel R..., 38 ans, adressé par le Dr Marty (de Nogent).

De 1934 *à* 1936, il se plaint de douleurs en ceinture à la base du thorax, exagérées par la toux, et son médecin le soigne pour « radiculite ». *En septembre* 1936 les douleurs deviennent intolérables, s'étendent entre les omoplates et entraînent de l'insomnie. *Trois semaines plus tard,* surviennent des troubles sphinctériens tandis qu'apparaît *la paraplégie* qui *devient totale en l'espace de huit jours.* A ce moment existait un signe de Babinski bilatéral.

Quand nous voyons le malade en *octobre* 1936, la *paraplégie est flasque* avec abolition des réflexes tendineux et cutanés sans signe de Babinski. Les douleurs entre les épaules sont très vives et s'accompagnent *de raideur de la nuque;* elles sont tellement exagérées par les mouvements que le sujet garde dans son lit une immobilité complète et redoute l'examen. On trouve une *anesthésie totale* remontant jusqu'à mi-chemin entre le rebord costal et les mamelons. Il existe une anesthésie recto-ano-uréthrale avec rétention, constipation et ballonnement du ventre.

L'épreuve de Stookey montre un blocage. Le liquide C. R. est *xanthochromique* et coagule en masse. Le lipiodol injecté par voie lombaire s'effiloche et la tête de la colonne ne dépasse pas D 10.

Le malade est opéré le 20 *octobre* 1936 par Cl. Vincent qui ne trouve pas de tumeur, mais la moelle très augmentée de volume se trouve étranglée dans le canal rachidien. Huit jours plus tard surviennent des troubles respiratoires avec cyanose qui entraînent la mort en quelques heures.

Cette observation est un exemple de myélite aiguë dans laquelle les lésions inflammatoires ont provoqué une telle augmentation de volume de la moelle qu'il en est résulté *un véritable étranglement* avec blocage sous-arachnoïdien.

B. *Myélites d'évolution subaiguë.* — Ici l'évolution est subaiguë, mais la co-existence d'un syndrome de Brown-Séquard et de blocage sous-arachnoïdien est susceptible de faire croire à l'existence d'une tumeur. Tel le cas suivant :

Louise S..., 43 ans, adressée par le docteur Berdet.

La maladie *débute en mars* 1936 par des douleurs et des troubles de la marche qui s'installent très progressivement. Les douleurs apparaissent dans le dos et l'épaule gauche; *en septembre* elles gagnent le côté droit; *en octobre* surviennent des douleurs en ceinture, de la rétention d'urines, de la constipation.

Le 7 *octobre* 1936 l'examen nous montre que la *démarche est fortement troublée* et ataxique. Les troubles moteurs dominent au membre inférieur du côté gauche: de ce côté on note la perte de position des orteils. *Les troubles de la sensibilité superficielle sont par contre localisés à droite et remontent jusqu'en D 2.* La rétention d'urines persiste. Les réflexes cutanés sont abolis, le tricipital droit est inversé.

L'épreuve de Stookey montre un blocage. Le liquide C.R. est jaune et coagule en masse. Mais dans le sang la réaction de Bordet-Wassermann est positive (+ +), de même que celle de Kahn (+ + +). On entreprend un traitement spécifique au bismuth que l'on doit interrompre le 21 octobre en raison de l'apparition de signes de néphrite: œdèmes des jambes, albuminurie. Le bismuth est alors remplacé par le novarsénobenzol qui entraîne une guérison rapide de tous les troubles. Le 5 *novembre* 1936 l'épreuve manométrique lombaire montre qu'il n'y a plus de blocage.

Cette observation est un exemple de *myélite syphilitique* remarquable par son allure subaiguë, par sa symptomatologie à la fois diffuse et discrète *à prédominance de Brown-Séquard,* par son blocage sous-arachnoïdien et enfin par la guérison rapide obtenue par les injections d'arsenic. Elle est à rapprocher des faits qui ont été rapportés par Planques et ses collaborateurs (1).

C. *Myélites chroniques d'emblée.* — Les myélites chroniques d'emblée offrent des difficultés de diagnostic de même ordre.

C'est ainsi que la myélite sera facilement identifiée lorsqu'elle réalise le *tableau du syndrome d'Erb.* Ici la paraplégie spasmodique est l'élément dominant avec les troubles génitaux et sphinctériens au deuxième plan. Pendant longtemps le malade se plaint seulement de claudication intermittente et la raideur n'apparaît nettement qu'à l'occasion de la marche. Les *douleurs sont absentes* de même que les troubles objectifs de la sensibilité. Le blocage sous-arachnoïdien fait défaut et l'analyse du liquide céphalorachidien donne un résultat négatif ou montre une réaction cellulaire plus ou moins accusée.

Mais l'adjonction à ce tableau clinique *de troubles sensitifs à limite supérieure nette* ou le *blocage sous-arachnoïdien* risquent fort de faire penser à une compression tumorale.

a) Parfois le *syndrome clinique évoque l'idée de compression tumorale, mais l'absence de blocage qui garde ici toute sa valeur en raison de l'intensité des troubles neurologiques* vient rectifier le diagnostic. Il en était ainsi dans l'observation suivante :

Constance L..., adressée par le Pr. Laignel-Lavastine.

Pendant un an elle souffre de *douleurs intercostales* siégeant à la base du thorax, surtout à gauche, et exagérées par la toux; *les dix-huit mois suivants* elle se plaint de paresthésies dans les pieds. Les troubles parétiques n'entrent en scène *que deux ans et demi après le début;* ils sont précédés pendant une quinzaine de jours d'un engourdissement allant du pied gauche à la taille, puis s'installe progressivement en deux mois une paraplégie qui débute à gauche et reste prédominante de ce côté.

L'examen montre alors une *paraplégie spasmodique* à grosse prédominance gauche avec signe de Babinski bilatéral et abolition des cutanés abdominaux inférieurs. Les *troubles sensitifs remontent jusqu'à D 10-D 11;* la thermoanalgésie est plus marquée à droite tandis que de ce même côté existe une zone d'hypoesthésie tactile suspendue dans le territoire lombaire. Les troubles sphinctériens sont discrets. Quelques jours plus tard et *coïncidant avec l'injection de lipiodol,* survient une accentuation de tous les troubles: les douleurs réapparaissent, la marche est devenue impossible et la vessie doit être sondée. L'épreuve de Stookey ne montre aucun blocage même après soustraction de liquide. Le liquide spinal renferme 0 gr. 60 d'albumine et 1 élément, 2. Le lipiodol s'arrête transitoirement en regard de D 9.

En résumé histoire clinique, symptomatologie et arrêt lipiodolé plaidaient en faveur d'une compression. Cependant l'absence de blocage à l'épreuve de Stookey contrastant avec la netteté du tableau neurologique imposait quelques réserves.

De fait, l'intervention pratiquée par Puech après laminectomie de D 7 à D 10 permit de constater l'absence de tumeur et l'existence d'*arachnoïdite importante* entourant la moelle très atrophiée avec hypervascularisation veineuse.

b) Le diagnostic entre myélite chronique d'emblée et compression tumorale devient encore plus épineux *lorsque les procédés de recherche du blocage sous-arachnoïdien ne*

(1) Roques, Sorel, Planques et Porés (de Toulouse). — *Revue Neurologique* 1934, Tome II, pp. 667 à 671.

donnent pas de résultats décisifs. On peut en juger par cette observation :

Jeanne B..., 51 ans, adressée par le Pr. Chiray.

Cette malade commence à souffrir *vers décembre* 1935 de douleurs dans le cou et surtout la nuque irradiant vers la région occipitale et accentuées par les efforts entraînant une *attitude en torticolis.* Peu à peu les membres du côté droit se sont parésiés. Au *mois de mai* 1937 on ne constatait ni atrophie ni contracture, mais les réflexes osso-tendineux du membre supérieur droit étaient abolis tandis que ceux du membre inférieur droit étaient vifs et qu'il existait un signe de Babinski unilatéral.

Du même côté que les troubles moteurs et *réflexes existait une zone suspendue de thermoanalgésie allant de C 3 à D 5.* Au cours de l'épreuve de Stookey la netteté de la réponse abdominale contrastait avec la faiblesse de la réponse jugulaire. Le lipiodol injecté par voie lombaire n'a pas cheminé lors de la bascule mais est resté au point d'injection.

L'intervention faite par Cl. Vincent a mis en évidence l'existence d'une poche de liquide céphalo-rachidien distendant le fourreau dural en regard de C 4-C 6 et un feutrage d'arachnoïdite engainant l'émergence des racines. La moelle n'était pas augmentée de volume, mais partiellement atrophiée; elle était grise avec de gros cordons postérieurs blanchâtres.

Dans cette observation, troubles moteurs réflexes et sensitifs étaient unilatéraux et siégeaient du même côté, et la thermoanalgésie était suspendue, ce qui révélait le siège intra-médullaire des lésions. Mais la méningite séreuse associée expliquait sans doute la symptomatologie compressive.

c) Enfin lorsque au *tableau clinique habituel des compressions vient s'ajouter un blocage complet, le diagnostic entre tumeur et myélite chronique ne peut être posé qu'à l'intervention ainsi qu'en témoigne l'observation suivante :*

Caroline H..., 44 ans, adressée par le Dr Paul Lévy.

Début *vers juillet* 1936 par des douleurs dans la nuque surtout provoquées par les mouvements *s'accompagnant de raideur du cou* et d'une sensation de constriction thoracique en corset. *Evolution lentement progressive* marquée par l'apparition de parésie de la main droite et de troubles de la marche qui s'accusent au point de confiner la malade au lit *à partir de mars* 1937.

L'examen fait *en octobre* 1937 montre une paraplégie spasmodique modérée, une raideur du membre supérieur droit avec parésie dominant sur les interosseux. Tous les réflexes tendineux sont vifs, la recherche du cubito-pronateur droit entraîne la flexion des doigts; la recherche de la flexion des doigts du même côté entraîne la flexion du coude. Les cutanés abdominaux ne sont pas trouvés. On note une *thermoanesthésie de tout le côté gauche du corps moins la face.* De ce côté existe une cicatrice de brûlure que la malade n'avait pas sentie à la fesse, la cicatrice d'une ulcération apparue au cours d'un traitement radiothérapique; pour le tact et la piqûre l'hypesthésie est diffuse et remonte jusqu'au cou; il n'y a pas de troubles de la notion de position. Signalons encore des troubles sphinctériens légers, des troubles respiratoires intermittents, des troubles vaso-moteurs des mains et de la face et un nystagmus en position latérale du regard. *L'épreuve de Stookey indique un blocage complet; l'analyse du liquide céphalo-rachidien montre une dissociation albumino-cytologique* avec 0,8 élément, 1 gr. d'albumine par méthode chimique, 4 gr. par néphélémétrie.

L'opération est faite par Puech le 28 octobre 1937. Après laminectomie de C 1 à C 5, la dure-mère apparaît hyperémiée, non épaissie et n'est pas soulevée par des battements. L'arachnoïde est très épaissie, adhérant par places à la dure-mère. La moelle est hyperémiée et irrégulièrement atrophiée; elle est étranglée en C 2 par une bride arachnoïdienne. Le bulbe est congestionné. Après ouverture des méninges jusqu'au trou occipital, on voit sourdre librement le liquide céphalo-rachidien de la grande citerne. La ponction de la moelle reste négative.

CONCLUSIONS

De cette étude des compressions médullaires envisagées sous l'angle de la clinique pure, se dégagent un certain nombre de principes parmi lesquels s'inscrit au premier plan *la nécessité d'associer les différents procédés d'investigation.*

1° *A l'examen neurologique on demandera surtout un diagnostic topographique.*

2° *A l'épreuve de Stookey et à l'épreuve de Sicard-Forestier on réclamera un diagnostic de blocage.* Mais on se rappellera que blocage ne veut pas forcément dire compression par tumeur. De même que l'examen systématique du fond d'œil a mis en évidence que la stase papillaire n'implique pas obligatoirement l'existence d'une tumeur cérébrale, de même la pratique de l'épreuve manométrique lombaire a révélé *la fréquence du blocage non tumoral.* Inversement *l'absence de blocage ne permet pas d'éliminer la possibilité de tumeur si le syndrome neurologique réalisé est fruste.*

3° *A l'évolution, à l'examen clinique général, aux radiographies, aux recherches biologiques, on demandera la clef du diagnostic étiologique.*

Malgré les progrès réalisés, les vérifications neuro-chirurgicales nous commandent la plus grande modestie et dans les cas douteux se posera parfois la question *d'une laminectomie exploratrice.*

(Travail du service de Neuro-Chirurgie du Dr Clovis Vincent, à l'Hôpital de la Pitié, Paris.)

RÉSUMÉ

Cette étude est basée sur l'*analyse synthétique* d'un nombre important de cas suivis ces dernières années, *tous vérifiés opératoirement et anatomiquement.*

Ce sont les *tumeurs sous-durales* qui expriment le plus purement la séméiologie des compressions médullaires avec *leur trépied schématique* caractérisé : par un tableau neurologique spécial de compression, les signes de blocage sous-arachnoïdien (épreuve manométrique lombaire, dissociation albumino-cytologique et lipiodo-diagnostic de Sicard et Forestier). Il existe toutefois un certain nombre de *formes atypiques*, le plus souvent *frustes*, par carence de l'un ou de plusieurs des éléments du trépied, qui sont susceptibles de faire méconnaître des tumeurs qui existent véritablement.

Tout voisin est le tableau *des compressions extra-durales* séparé seulement par des nuances cliniques : telles le contraste entre l'importance des troubles moteurs et la discrétion des troubles de la sensibilité objective, la prédominance de l'hypoesthésie tactile, l'importance des signes d'irritation par rapport à ceux d'inhibition. Esquissant les faits déjà connus C. et T. insistent sur *les épidurites* d'étiologie plus ou moins précise ou au contraire de nature indéterminée.

Surprises désagréables pour le neuro-chirurgien malgré leur curabilité relative, *les tumeurs intra-médullaires* sont identifiables cliniquement lorsque aux troubles moteurs s'ajoutent des troubles sensitifs à type de thermoanalgésie suspendue et un syndrome de blocage. Mais la dissociation syringomyélique peut faire défaut et le tableau symptomatique ébaucher même le syndrome de Brown-Séquard. *Certaines formes frustes*, avec évolution entrecoupée de rémissions importantes, sont difficiles à étiqueter au lit du malade.

Mais le véritable diagnostic différentiel — et l'erreur à éviter — ce sont les *myélites pseudo-tumorales* d'évolution aiguë, subaiguë ou chronique d'emblée, qu'il s'agisse d'*arachnoïdomyélite* ou au contraire de *grosse moelle congestionnée.* Possible parfois par les seules données cliniques, l'élimination de la tumeur ne se fait, en d'autres cas, qu'à l'intervention lorsqu'on est en face de troubles sensitifs à limite supérieure nette avec blocage complet ou dissocié.

D'une telle étude se dégage la nécessité absolue d'associer les différents procédés d'investigation. *A l'examen neurologique* on demandera surtout un diagnostic topographique. *A l'épreuve de Stookey et à celle de Sicard-Forestier* un diagnostic de blocage. On se rappellera toutefois que blocage ne veut pas forcément dire tumeur : inversement on aura présent à l'esprit que l'absence de blocage ne permet pas d'éliminer la possibilité de tumeur si le syndrome neurologique réalisé est fruste. Enfin, la clef du diagnostic étiologique sera fournie *par l'évolution, l'examen clinique général, la radiographie et les recherches biologiques.*

Malgré les progrès réalisés, qui augmentent chaque jour, les vérifications neuro-chirurgicales commandent la plus grande modestie dans les appréciations cliniques et il ne sera pas rare que, dans les cas douteux et pour ainsi dire cliniquement insolubles, se pose, d'une façon pressante, la question de la laminectomie décompressive.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1937)

Isolement d'un « facteur oxydant » du sang de malades cancéreux et de sujets normaux. Déficience des sangs cancéreux en ce facteur. — M. Emile ROUSSEAU.

Sur le mode d'action de la pepsine. — M. Jean LOISELEUR.

Chimiothérapie antiendotoxique. — MM. C. LEVADITI et Aron VAISMAN.

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1937)

Renouvellement du bureau. — M. Auguste Béhal est élu vice-président pour l'année 1938 (président en 1939), par l'unanimité de 56 suffrages exprimés.

Essai de transmission aérienne de la grippe au furet par voie pulmonaire ou oculaire. — MM. Auguste TRILLAT et Arthur BEAUVILLAIN.

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1937)

Caractères morphologiques du réseau de Purkinje du cœur de l'homme. — M. Marc ROMIEU, Mlle Gabrielle LINAS et M. Georges JULLIEN.

Diminution de l'action pathogène de quelques souches microbiennes cultivées dans un milieu lécithiné. — MM. BARUCH, SAMUEL, LEVIN et Léo OLITZK.

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1937)

Allocution de M. Emmanuel LECLAINCHE, président.

Prix et subventions attribués en 1937 (voir *Gaz. Hôp.* 1937, p. 1385, 1449, 1545).

M. Emile PICARD, secrétaire perpétuel, lit une notice sur la vie et l'œuvre des physiciens Paul Villard et Georges Gouy.

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1937)

Recherches au sujet de l'influence des eaux minérales sur la respiration tissulaire. Constitution d'un système de recherches au moyen de la technique de Warburg. — MM. Marius PIÉRY, Jean ENSELME et Mlle Simone PETEL.

Sur le polymorphisme des rickettsies du trachome. — MM. A. CUÉNOD et R. NATAF.

Nouvelles considérations sur la hallidine des sérums syphilitiques. — MM. A. VERNES, R. BRICQ et Mlle A. GAGER.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1938)

Adénomatose infectieuse du poumon chez le mouton. — M. NIELS DUNEGAL (de Reykjawik) a observé chez le mouton islandais une adénomatose du poumon, de caractère contagieux. Cette maladie fait beaucoup de ravages, donnant 35 p. 100 de mortalité. Il est possible de transmettre cette adénomatose au mouton sain en le gardant pendant plusieurs mois en contact avec un sujet malade.

M. Dunegal n'a pas réussi à transmettre cette maladie par inoculation de filtrat de tissu malade au mouton. Il ne pense pas que cette maladie soit due à l'infestation vermineuse, car elle se retrouve dans des régions complètement indemnes d'infestation vermineuse.

Il pense que la maladie observée est la même que celle observée en Angleterre, en France et en Afrique du Sud, où elle porte le nom de Jaagsiekte.

Suppléances circulatoires à la suite des oblitérations vasculaires du poumon. — M. P. AMEUILLE insiste sur la fréquence des oblitérations vasculaires du poumon dans les différentes maladies de cet organe, et particulièrement dans la tuberculose.

Il y a des oblitérations de branches importantes de l'artère pulmonaire par embolie, peut-être aussi quelquefois par thrombose autochtone, l'importance relative de ces deux formes d'oblitération étant encore en discussion. Il y a des thromboses de l'artère bronchique et enfin il y a des oblitérations très fréquentes des petits vaisseaux du poumon, artères et veines, dans leurs segments juxta-capillaires.

Les phlébites oblitérantes des gros troncs de la veine pulmonaire sont à peu près inconnues.

Les oblitérations de ces vaisseaux, dans un très grand nombre de cas, semblent ne pas donner de troubles graves. Peut-être est-ce dû aux suppléances circulatoires importantes qui se produisent dans le poumon.

M. Ameuille et ses collègues ont étudié surtout deux voies de suppléances : celle qui se fait sous la muqueuse bronchique, entre le système bronchique et le système pulmonaire, et celle qui se fait dans l'épaisseur des adhérences du poumon à la paroi en cas de symphyse pleurale, entre les vaisseaux pulmonaires et les vaisseaux intercostaux. Ils ont montré l'importance de ces voies de circulation supplémentaire, tant par injections sur le cadavre que par injections sur des animaux auxquels on avait fait des ligatures vasculaires dans le hile du poumon, et qui avaient survécu assez longtemps pour que les adhérences puissent se produire.

De l'opothérapie à la chimiothérapie. — M. POUCHET étudie le rôle de certains nucléosides comme régulateurs de l'appareil circulatoire.

En marge de la prémunition antituberculeuse. — M. VALLÉE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONTRE L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE SCOLAIRE

La Fédération corporative des Médecins de la région parisienne a organisé le 10 janvier dernier, à la Faculté de médecine, un nouveau débat sur l'Orientation professionnelle scolaire.

J'étais appelé à faire l'historique de cette question qui menace la liberté des familles. L'orientation scolaire a, en effet, pour but de *diriger* l'élève vers une voie que des orienteurs (qui, eux, n'auront pas été orientés) lui auront fixée à l'âge de onze ans. Les médecins sont tous d'accord pour affirmer qu'aucun pronostic ne peut être porté sur un collégien de cet âge.

Après avoir montré quelle fut l'opposition des anciens élèves des lycées et collèges, des pères de famille des élèves des lycées et collèges, et des médecins de Paris, je donnai connaissance d'une appréciation élogieuse de M. Léon BÉRARD sur le rapport que le docteur Wolfromm consacra à cette question.

L'ancien ministre de l'Instruction publique s'exprimait ainsi :

« *L'orientation professionnelle scolaire n'est qu'un chapitre de l'absurde sociologie qui ramène tous les problèmes humains à des problèmes de Muséum et traite les enfants comme des familles d'insectes.* »

Ce fut ensuite l'exposé de la *fiche scolaire* créée pour tous les élèves des quarante Centres d'orientation fonctionnant depuis octobre, alors que le Parlement n'a ni discuté, ni voté le projet de loi instituant l'orientation scolaire.

Devant les centaines de questions posées sur les enfants, l'émotion la plus vive s'emparait de l'assemblée.

Etudier les qualités de l'attention, de la mémoire et de la volonté, doser la puissance de l'imagination d'un enfant de dix à onze ans, préciser si cet enfant est coléreux ou impassible, et noter son esprit de décision... tout cela a paru inimaginable !

Ajoutons qu'une feuille d'*observations médicales* fait partie de la fiche scolaire. Elle comporte l'examen de tous les organes, et des notes sur les manifestations prépubertaires et pubertaires. Le secret médical est ainsi ouvertement violé, car il est mis à la disposition des orienteurs. La fiche se termine par des indications et des contre-indications. L'élève devra-t-il poursuivre les études ? S'il les poursuit, sera-t-il dirigé vers les études classiques, modernes ou techniques ?

La présentation de la fiche scolaire a donné lieu à un débat très animé, auquel prirent part MM. Herpin, Tissier-Guy, Dévé, Finot et Régis.

L'ordre du jour suivant fut alors voté à l'unanimité :

« Dans sa séance du 10 janvier 1938, tenue à la Faculté de médecine de Paris, la *Fédération corporative des Médecins de la Région parisienne* a rouvert un débat sur l'orientation professionnelle scolaire organisée dans 40 centres de l'Enseignement secondaire par circulaire ministérielle. Les divers orateurs, se basant sur des données médicales, ont prouvé qu'un essai d'orientation pratiquée sur des enfants de 10 à 11 ans, *avant la puberté*, était une impossibilité physiologique et un non-sens.

« L'exposé de la *fiche scolaire individuelle* créée à cet effet pour chaque collégien, et comprenant des centaines de questions à caractère inquisitorial auxquelles devront répondre les orienteurs, a soulevé l'indignation de l'assemblée contre une méthode qui viole le secret professionnel médical, en faisant connaître les tares de l'enfant et par suite des parents.

« *La Fédération* demande au Parlement d'arrêter au plus tôt cette expérience néfaste, réalisée avant que celui-ci l'ait discutée et votée, et constituant de ce fait le type même de l'illégalité et de l'abus de pouvoir. En conséquence, la *Fédération corporative des Médecins de la Région parisienne*, joignant ses protestations à celles très justifiées de l'Association des pères de famille d'élèves des lycées et collèges, de l'Union des Associations d'anciens élèves des lycées et collèges de France et des Colonies, et du Syndicat national des Professeurs de lycées, dénonce le grave danger de l'orientation professionnelle scolaire, qui tend à supprimer le libre choix par le père de famille de la qualité d'enseignement de ses enfants et exige la divulgation des revenus familiaux. »

MAURICE MORDAGNE

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 18 janvier. — Jury : MM. Carnot, président ; Nobécourt, Mollaret, Gastinel. — Mme Stoopen. De l'évolution de l'acrodynie infantile. Fréquence des formes prolongées et des séquelles. — M. Scheinman. Diabète infantile et tuberculose. Etude de la fréquence et des rapports réciproques.

Mercredi 19 janvier. — Jury : MM. Brumpt, président ; Grégoire, Lemierre, Quénu. — M. Lades. Les extraits de larves de Lucilia sericata en thérapeutique. — Résultats cliniques. — M. Langlade. Sur les ruptures du tendon distal des biceps. — M. Fleury. Contribution à l'étude des septicémies à pneumobacille de Friedlander. Les pneumobacillémies pures.

Jeudi 20 janvier. — Jury : MM. Guillain, président ; Bezançon, Léon Binet, Maurice Villaret, Justin Besançon. — M. Rotenberg. Etude anatomo-radiologique des hiles pulmonaires normaux. Leurs rapports avec la morphologie générale et la morphologie cardio-vasculaire chez les jeu-

nes adultes sans tare pulmonaire et cardiaque. — M. Luxembourg. Hormone mélanotrope et grossesse. — M. Goldberger. Action pharmacodynamique des eaux sulfatées calciques sur l'intestin isolé du lapin. — M. Barry. Les troubles de la pigmentation d'origine hypophysaire.

Mercredi 26 janvier. — Jury : MM. Gosset, président ; Tanon, Hovelacque, Leveuf. — M. Chevallier. Sur certains résultats éloignés de la cholécystomie. — M. Beneult. Prophylaxie de la tuberculose d'origine lactée, au point de vue administratif. — M. Pornet. Expérimentation de l'apicothérapie à l'Hôpital militaire thermal de Bourbonne-les-Bains. — M. Meynard. Sports et culture physique dans l'industrie, sous contrôle du médecin d'usine. — M. Schneider. Contribution à l'étude de l'intoxication par les alcaloïdes de l'opium. — M. Ta Trung Quan. Essai sur l'étiologie et la prophylaxie du cancer des lèvres en Indochine.

Jeudi 27 janvier. — Jury : MM. Jeannin, président ; Maurice Villaret, Henri Bénard, Le Lorier. — M. Olivier. Histoire de l'hypophyse comme agent de la délivrance. — M. Poënnec. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'éclampsie. — M. Fasquelle. Le sérum antivaccin. Contribution à l'étude de son pouvoir virulicide. — M. Rook. Etude d'un cas de syndrome hépato-endocrino-myocardique.

Vendredi 28 janvier. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Loeper, Aubertin, de Gennes. — M. Varay. Etude pathogénique des œdèmes des hépatiques. — M. Beauvais. Contribution au traitement de certaines formes du rhumatisme chronique. — M. Charbonnier. La contagion diphtérique du cheval à l'homme.

Samedi 29 janvier. — Jury : MM. Gougerot, président ; Rathery, Hazard, Lelong. — M. Lecomte. Etude statistique des teignes du cuir chevelu dans le département d'Ille-et-Vilaine pendant 25 ans (1911 à 1935). — M. Salvi. Un des aspects de la syphilis pulmonaire. — Mlle Sicot. L'acétone dans le liquide céphalo-rachidien et dans les urines au cours de la méningite tuberculeuse.

Mercredi 26 janvier. — Thèse vétérinaire. — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Robin. — M. Le Landais. Sérum spécifique contre la maladie de Carré.

Samedi 29 janvier. — Thèse vétérinaire. — Jury MM. Champy, président ; Lesbouyriès, Létard. — M. Guillaume. Quelques méthodes à recommander dans l'économie aviaire

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVEAU TRAITEMENT AMBULATOIRE DES ULCÈRES VARIQUEUX

par le Docteur Rousseau

Naguère encore, le traitement des ulcères variqueux avait pour base essentielle le repos absolu ; l'arrêt de la marche entraînait la cicatrisation, mais trop souvent sa reprise était marquée d'une récidive ! Un certain nombre de traitements ambulatoires furent mis au point : les uns basés sur la compression (bottes de Unka et leurs variantes), les autres basés sur l'activité cicatrisante de certains désinfectants (pommade à l'oxyde de zinc et ses variantes), les plus récents s'efforçant d'associer les deux facteurs ci-dessus. Les résultats furent essentiellement inconstants : le pansement « chimique » et la compression « mécanique » étaient fort imparfaits ; il restait à trouver le pansement « biologique » et la contention « physiologique ».

***

Le facteur cicatrisant doit être en effet « biologique » ; il doit aider à la régénération des tissus ulcérés sans les irriter ; il doit lutter contre leur atonie sans entraîner de proliférations anarchiques. Les produits chimiques ne remplissent pas ces deux conditions ; depuis 1934 par contre, une série de travaux expérimentaux et cliniques ont montré le rôle cicatrisant remarquable de l'huile de foie de morue, associée à l'huile de foie de flétan, et riche en vitamines A et D. Les récents travaux de Tzanck et Mme Néret, et de P. Durand (de Courville) en apportent une nouvelle confirmation.

La pâte à l'huile de foie de morue et de flétan entraîne une cicatrisation rapide par stimulation des mitoses cellulaires ; elle a en outre une action anti-infectieuse et analgésique importante et très précieuse. Le seul inconvénient de la méthode était la mauvaise odeur du pansement huileux ; cet inconvénient n'existe plus en employant comme pâte vitaminée mitosyl, à l'huile de foie de morue et de flétan, à teneur optima en vitamines A et D.

***

Le facteur de contention est non moins important. Pour avoir un traitement ambulatoire efficace, il faut obtenir une compression de tout le membre, régulière et continue. Cette compression doit être en même temps énergique et sans brutalité, ne pas entraîner de douleurs vives sur des régions particulièrement irritables : ces conditions étaient presque irréalisables en pratique avec les bandes à la colle et même avec les classiques bandes caoutchoutées, par trop épaisses et rigides.

Là encore un grand progrès vient d'être fait, avec les bandes tissées en filés lastex, qui, sous une grande minceur peuvent donner toutes les contentions nécessaires, à condition que la densité des filés lastex soit assez grande. La bande néoplastex extra-forte (3464) réalise ainsi le meilleur moyen de contention. S'appliquant bien sur le membre, assez souple pour en suivre tous les mouvements, elle réalise à la marche un massage physiologique des tissus, faisant disparaître les œdèmes et les phénomènes de stase veineuse. Ses filés lastex remplacent absolument les fibres élastiques disparues dans la région ulcérée ; elle constitue un véritable « épithélium de remplacement ».

***

Ces données théoriques et expérimentales nous ont été confirmées par notre pratique journalière ; le traitement combiné mitosyl-néoplastex est le seul traitement ambulatoire biologique et physiologique des ulcères variqueux ; il permet une cicatrisation prompte et définitive qui en fera certainement d'ici peu, grâce à sa simplicité, à son efficacité, à son économie, la véritable méthode de tous les praticiens.

L'anisocitosi degli eritrociti nella patologia et nella clinica, par le docteur Antonio Archi, avec une préface du professeur Carlo Gamna (de Turin). — Un vol. in-8° de 106 pages. Prix : L. 20. — Editions *Minerva Medica*, Turin.

Le varici et l'ulcera varicosa. Moderni metodi di cura, par le docteur Mario Mairano, préface du professeur O. Uffreduzzi (de Turin). — Un vol. in-8° de 122 p. avec 74 figures. Prix : L. 22. — Editions *Minerva Medica*, Turin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 8. — MERCREDI 26 JANVIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat* (oral). — Séance du 20 janvier 1938. MM. Delair, 14 ; Brisset, 20 ; Soulier, 25 ; Raynaud, 17,5 ; Lolmède, 26 ; Mlle Rémond, 15 ; MM. Bareau, 23 ; Butet, 19 ; Chabasseur, 12 ; Bourlicre, 25.

Questions données : Signes et diagnostic du chancre induré syphilitique du sillon balano-préputial. — Diagnostic des lésions traumatiques fermées de l'épaule.

— Séance du 21 janvier 1938 : MM. Hébert, 19 ; Galmiche, 20 ; Audoly, 20 ; Mlle Stahland, 18 ; MM. Ronsin, 20 ; Minkowski, 26 ; Libert, 19 ; Lecointe, 17 ; Landau, 15.

Questions données. — Diagnostic des tumeurs de la parotide. — Signes et diagnostic de la péricardite aiguë rhumatismale.

— *Jury du concours d'ophtalmologiste.* — MM. Magitot, Coutela, Velter, Prelat, Lagrange, Gautier, Brocq.

Concours des prix de l'internat (chirurgie et accouchements). — Notes attribuées aux mémoires : MM. Barcat, 17 ; Benassy, 17 ; Coldefy, 14 ; Le Cœur, 18 ; Léger, 17 ; Neyraud, 15.

— Lundi 20 janvier 1938. — Epreuve théorique anonyme.

Question sortie. — Anatomie du long fléchisseur du pouce et de sa gaine.

Les formes cliniques, les complications et le traitement des infections septiques du pouce.

Concours des prix de l'Internat (médecine). — Epreuve supplémentaire : MM. Mallet, 19 ; Duperrat, 18 ; Lesobre, 17.

Résultat : M. Siguier, médaille d'or ; M. Mallet, médaille d'argent ; M. Duperrat, accessit.

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée des professeurs a désigné pour succéder au recteur Roussy, dans la chaire d'anatomie pathologique, M. le professeur agrégé Leroux.

— *Avis.* — La recette des droits universitaires est fermée le samedi à partir de 11 heures.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Prix décernés (années 1936-1937). — MÉDECINE. — *Prix Godard* (2.000 fr.) : Section anatomie et physiologie : M. le docteur Beauvieux (Jean).

Prix triennal Testut : M. le docteur Renon.

Prix biennal Badal : M. le docteur Rolland (Albert).

Prix de médecine coloniale : Médaille de vermeil : M. le docteur de Mets ; M. le docteur Abbatucci.

Médaille de bronze : M. le docteur Pierre Chesneau ; M. le docteur Mébarek.

Prix de la Société d'hygiène publique de la Ville de Bordeaux : Médaille d'argent : M. le docteur Normand.

Prix Godard des thèses : Médaille d'or : M. le docteur Auriac (Jean).

Médaille de vermeil : M. le docteur Duvergey ; M. le docteur Rocher (Ch.).

Médaille d'argent : M. le docteur Verger ; M. le docteur Benelli.

Médaille de bronze : MM. les docteurs Normand, Crozafon, Collet, Cluzel, Ferrand, Darmaillacq, Marty, Mébarek, Cepin, Vincent, de Reynal, Pateu.

PHARMACIE. — *Prix Godard des thèses :* Médaille d'argent : M. Delfour ; M. Gasq.

Médaille de bronze : Mme Souterbicq ; M. Couillaud.

Ecole de médecine de Rouen. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de physiologie et d'anatomie s'ouvrira le 17 octobre 1938, à la Faculté de médecine de Paris.

Collège de France. — Le docteur René Leriche fera son premier cours au Collège de France le samedi 29 janvier, à 17 heures.

Académie de chirurgie. — La séance annuelle aura lieu le mercredi 26 janvier 1938, à 16 heures, 12, rue de Seine. Après le discours de M. Baumgartner, président, et la proclamation des prix décernés, M. Louis Capette, secrétaire annuel, lira le compte rendu des travaux de l'année, et M. Louis Bazy, secrétaire général, prononcera l'éloge de M. Edouard Quénu.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier :* M. le docteur Houillier, maire de Saint-Just (Charente-Inférieure).

— PENSIONS. — *Officier :* MM. les docteurs André Jacquelin et Fernand Masmonteil, à Paris.

— MARINE MARCHANDE. — *Officier :* le docteur Daniel.

Distinctions honorifiques. — *Mérite maritime :* Officier : M. le docteur Gaurand, médecin sanitaire maritime ; M. le médecin général Bellet.

Chevalier : M. le médecin en chef de 1re classe Goett ; M. le docteur Chefneux, médecin du ministère de la Marine marchande.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique : Médaille d'or : MM. les docteurs André Cavaillon et Bourguin à Paris ; M. le professeur Nicolas, à Lyon.

Médaille de bronze : M. le docteur Bastide, au Grau du Roi.

Ministère de la Santé publique. — M. le docteur André Cavaillon est nommé inspecteur général technique de 2e classe.

— M. le docteur Xavier Leclainche est nommé inspecteur général technique de 6e classe.

— M. le professeur Villaret a été nommé conseiller technique sanitaire pour les questions d'hydrologie et de climatologie.

— Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiâtrique de la Seine-Inférieure sera prochainement vacant par suite du départ de M. le docteur Menvau.

Guerre. — Un concours pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux militaires s'ouvrira en avril 1938. Sont seuls admis à y prendre part les médecins capitaines compris dans la deuxième moitié de la liste d'ancienneté de leur grade.

Inscriptions à la Direction du S. S. au ministère de la Guerre, 1er bureau, avant le 25 février 1938.

Val-de-Grâce. — *Conférences préparatoires* au Concours d'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire (candidats à 4 inscriptions de médecine). — Une série de conférences d'anatomie, d'histologie et de physiologie, destinées exclusivement à la préparation du concours d'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire en 1938, est organisée au Val-de-Grâce, à partir du 31 janvier prochain.

Les auditeurs seront exercés à faire des compositions écrites et à subir des interrogations orales.

Les inscriptions sont gratuites. Elles seront reçues au début de la première séance, qui aura lieu au Val-de-Grâce (petit amphithéâtre de l'Ecole d'application), le lundi 31 janvier, à 20 h. 30.

Syndicat des Médecins de la Seine. — Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine vient d'élire son Bureau, dont voici la composition pour 1938 :

Président : docteur Ad. Boëlle ; Vice-Présidents : docteur Bourguignon, docteur Montagne ; Secrétaire général : docteur Barlerin ; Secrétaires adjoints : docteur Heim de Balsac, docteur Le Clerc ; Trésorier : docteur A. Lévy.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine vient d'élire son Bureau, dont voici la composition pour 1938 :

Président : docteur Jules Bongrand ; Vice-Présidents : docteur Dournel, docteur Fanton d'Andon ; Secrétaire général : docteur R. Deguy.

Société de Médecine militaire française.— Le Bureau pour l'année 1938 est ainsi composé :

Président : M. le médecin général inspecteur Savornin ; Vice-Présidents : M. le médecin général inspecteur Lemoine (métropole) ; M. le médecin général inspecteur Lecomte (colonies) ; M. le médecin général Brugère (marine) ; M. le pharmacien général Mancier ; Secrétaire général : M. le médecin colonel des Cilleuls ; Secrétaire général adjoint : M. le médecin lieutenant-colonel Jame ; Secrétaires des séances : MM. les médecins capitaines Coudane et Aujaleu ; Trésorier : M. le médecin lieutenant-colonel Poy.

Les déclarations de décès. — A la suite des protestations soulevées par la procédure des déclarations des décès, qui violait le secret professionnel, le ministre de la Santé publique vient de décider que la partie du bulletin de déclaration portant le nom du décédé serait supprimée.

Congrès national de la défense passive. — Ce congrès s'est tenu la semaine dernière à la Sorbonne. Il a adopté un certain nombre de vœux concernant : 1° *l'organisation* de la défense passive et sa centralisation, sous la direction unique du ministre de la Défense nationale ; 2° la *propagande générale* et l'instruction de la population ; 3° les moyens de *protection* des individus et des collectivités ; 4° le *statut* du personnel et des volontaires.

Nécrologie. — Le docteur Georges Pinchart, fils du docteur Laurent Pinchart (d'Avesnes-le-Aubert).

— Le docteur Rougeux, d'Annecy.

— Le médecin colonel en retraite Dubujadoux, décédé à Montluçon.

— Le docteur Paul Dorveaux, bibliothécaire en chef honoraire à la Faculté de Pharmacie de Paris.

— Le docteur Raymond Girard (à Paris).

SYNDROME PARALYTIQUE UNILATÉRAL GLOBAL DES NERFS CRANIENS PAR TUMEUR D'ORIGINE EXO-CRANIENNE

Par M. HENRI WAREMBOURG
Médecin des Hôpitaux de Lille

Travail de la Clinique médicale et phtisiologique de la Faculté de Lille (Prof. Jean MINET)

Les tumeurs de la base du crâne ont fait l'objet en 1927 d'un travail important de Garcin, qui s'est attaché plus particulièrement à l'étude de ce qu'il a appelé le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens. Depuis, le sujet n'est pas tellement passé de mode, qu'il n'ait été à l'origine d'une communication récente à la Société de neurologie de la part de MM. Monier-Vinard et Brunel (4-2-37).

Ceci nous a incité à rapporter l'observation d'un malade hospitalisé dans le service de notre Maître le professeur Minet, et réalisant au complet le tableau clinique décrit par Garcin. Mais avant de décrire ce cas personnel, et pour le mieux situer, nous nous permettons d'émettre quelques considérations générales sur l'atteinte des nerfs craniens par les tumeurs basilaires.

Nous ne nous attarderons pas longuement au cas où celles-ci, de volume restreint, n'intéressent que quelques paires craniennes et engendrent des syndromes de localisation faciles à dépister de façon précise.

Ce sont essentiellement, en envisageant la topographie cranienne d'avant en arrière :

1° Le syndrome de la fente sphénoïdale, constitué par une cécité unilatérale (2e paire), par une ophtalmoplégie complète et mixte du même côté, résultant de l'atteinte des 3e, 4e, 6e paires, enfin par des troubles anesthésiques dans le domaine de la branche ophtalmique du V, habituellement sans névralgies. Ce syndrome répond à deux causes essentielles : la périostite syphilitique de la fente sphénoïdale, et les tumeurs endocraniennes nées dans la cavité orbitaire ou y pénétrant secondairement.

2° Le syndrome de la paroi externe du sinus caverneux, avec intégrité du nerf optique, ophtalmoplégie unilatérale débutant par une atteinte de la 6e paire, pour se généraliser ensuite progressivement ; enfin douleurs névralgiques dans le territoire de la branche ophtalmique du V. Les tumeurs hypophysaires ou temporales, les suppurations du sinus sphénoïdal se partagent l'étiologie de ce syndrome.

2° Le syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal est habituellement consécutif à l'évolution intra-cranienne des sarcomes de la trompe d'Eustache. Il entraîne une paralysie des 2e, 3e, 4e, 5e et 6e paires, avec cécité et ophtalmoplégie unilatérale, et d'autre part une névralgie trigémellaire n'intéressant pas seulement la branche ophtalmique, mais tendant aussi à envahir le territoire des branches maxillaire supérieure et maxillaire inférieure du V.

4° Le syndrome de la pointe du rocher ou syndrome de Gradenigo, avec paralysie de la VIe paire et névralgie faciale par atteinte du ganglion de Gasser. Il succède habituellement à une altération de la pointe du rocher secondaire à une otite moyenne.

5° Le syndrome du conduit auditif interne, réalisant le stade de début des tumeurs du nerf auditif, qui forment la majeure partie des néoformations ponto-cérébelleuses. On observe ici d'une part une surdité unilatérale avec bourdonnements d'oreille, des vertiges, du nystagmus spontané, des troubles de l'excitabilité labyrinthique expérimentale, traduisant l'atteinte de la 8e paire, d'autre part une paralysie faciale discrète, et une atteinte du trijumeau traduite seulement par une anesthésie indolore de la face et la perte du réflexe cornéen.

Ultérieurement les 6e, 9e, 10e, 11e, 12e paires pourront être intéressées en même temps qu'apparaîtront des symptômes cérébelleux et pyramidaux.

6° Le syndrome du trou déchiré postérieur décrit par Vernet, caractérisé par la paralysie des 9e, 10e, 11e paires, et donnant, par conséquent, des troubles de la déglutition, le signe du rideau de Collet (mouvement de translation de la paroi postérieure du pharynx vers le côté sain), de l'anesthésie gustative du 1/3 postérieur de la langue (9e paire), l'abolition unilatérale de la sensibilité du voile, la toux coqueluchoïde, le pseudo asthme, l'hypersalivation (10e paire), la paralysie de l'hémivoile et de l'hémilarynx du côté de la lésion (branche interne du XI), enfin la paralysie et l'atrophie du sternocléido-mastoïdien et du trapèze (branche externe du XI).

7° Le syndrome du carrefour condylo-déchiré postérieur de Collet, où, au syndrome précédent, s'ajoute une hémiparalysie de la langue (XIIe paire). L'adjonction à ce tableau d'une paralysie du sympathique cervical réalise le syndrome de l'espace rétro-parotidien postérieur de Villaret. En dehors de ces faits, les tumeurs basilaires peuvent aussi donner naissance à l'atteinte unilatérale de tous ou presque tous les nerfs craniens. Le tableau clinique ainsi réalisé revêt alors une originalité qui, comme l'a bien montré Garcin, est faite surtout des 3 caractères suivants :

1. La tendance à l'extension progressive et unilatérale du processus néoplasique à toutes les paires craniennes.

2. L'absence de signes d'hypertension intra-cranienne.

3. L'absence de tout signe moteur ou sensitif traduisant l'atteinte du tronc cérébral.

Un tel syndrome se rencontre dans deux ordres de cas :

1° Tout d'abord, il s'observe au cours de néoplasies sous-craniennes, nées le plus souvent dans le rhinopharynx, et ayant perforé la base du crâne où elles s'étalent progressivement.

Garcin en rapporte 7 cas dans sa thèse. Il faut noter que dans cette catégorie de faits on assiste à l'atteinte non pas de tous, mais de presque tous les nerfs craniens d'un côté, et de plus qu'assez souvent se décèle du côté opposé une atteinte discrète d'une ou 2 paires craniennes. Ici donc, la notion de syndrome paraly-

tique unilatéral global des nerfs craniens n'est pas rigoureuse ainsi que Garcin le fait d'ailleurs remarquer.

2° Il n'en est pas de même dans le cas où ce syndrome est d'origine basilaire proprement dite, c'est-à-dire né aux dépens des éléments de la base du crâne. Ici la tendance à la diffusion unilatérale du processus néoplasique est beaucoup plus précise et ce caractère atteint son maximum dans ce que Garcin appelle précisément le « Syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens « où toutes les paires craniennes sans exception sont atteintes d'un côté, tandis qu'elles sont rigoureusement intactes du côté opposé. Il s'agit toujours dans ce cas de fibro-sarcomes de la base du crâne ; ainsi se trouve réalisé un véritable syndrome anatomo clinique autonome, aussi bien par ses symptômes que par les lésions qui en sont la cause.

Signalons enfin tout l'intérêt que prennent pour le diagnostic de ces tumeurs basilaires d'origine exo ou endocranienne, d'une part la radiographie qui décèle toujours au niveau du squelette de la base du crâne des lésions considérables, d'autre part l'examen du cavum susceptible parfois de découvrir l'origine de la tumeur en évolution.

Ces notions rapidement exposées, donnons de notre observation une relation détaillée.

G... H... est un homme de 60 ans qui entre le 12 septembre 1936 dans le service de notre Maître le professeur Minet, pour adénopathies cervicales.

Il n'a jamais été malade, et c'est à trois semaines seulement que remonterait l'origine de ses troubles. Son attention fut attirée à ce moment par l'apparition de tumeurs cervicales bilatérales qui, depuis, n'ont cessé de grossir.

Bientôt s'installait au niveau de l'œil droit une diplopie avec strabisme, en même temps qu'une baisse notable de la vision. Puis apparaissaient des troubles de la voix, du nasonnement, une diminution de l'audition du côté droit, de la dysphagie, de la sialorrhée. De plus, depuis trois semaines, le malade mouche fréquemment du sang ; enfin, il a maigri, depuis le début de son affection, d'une dizaine de kilogrammes.

A l'examen, on est frappé par l'état d'amaigrissement considérable, de déshydratation, de pâleur, en un mot de cachexie véritable présenté par ce sujet. On est frappé aussi par l'existence, de chaque côté du cou, de tuméfactions multiples qui couvrent à droite et à gauche les deux tiers supérieurs de la région cervicale, et envahissent, en particulier à droite, la totalité de la région parotidienne. Il s'agit évidemment de ganglions volumineux, adhérents entre eux, de forme irrégulière, de consistance dure, indolores à la palpation.

Quelques adénopathies de moindre volume existent également à droite, dans les creux sus-claviculaire et axillaire.

L'examen du système nerveux se révèle singulièrement intéressant et va permettre de déceler à droite une atteinte de tous les nerfs craniens :

1re *paire*. Il existe une anosmie bilatérale, dont il est difficile de dire si elle est d'origine nerveuse ou en rapport avec la lésion nasale dont est porteur notre malade, ainsi que nous le verrons plus loin.

2e *paire*. On note une diminution sensible de l'acuité visuelle du côté droit. L'examen du fond d'œil montre, à ce niveau, une atrophie optique, sans stase.

3e, 4e, 6e *paires*. L'œil droit n'est pas complètement immobile, mais ses mouvements sont limités dans tous les sens, en particulier les mouvements de dedans en dehors. Cette prépondérance de la paralysie sur le VIe explique l'existence d'un strabisme interne discret et de diplopie. De plus, les réflexes à l'accommodation et surtout à la lumière sont quasi nuls.

5e *paire*. On ne note pas de névralgie faciale. Mais il existe de l'hypoesthésie à la piqûre dans le territoire de la branche ophtalmique du Ve et le réflexe cornéen est aboli.

7e *paire*. On relève les signes d'une paralysie faciale droite discrète : déviation de la bouche en haut et à gauche ; effacement du pli naso-génien à droite ; asymétrie faciale dans les mouvements : signe du peaucier, hypotonie de la paupière droite.

8e *paire*. On observe à droite une surdité complète accompagnée de bruits subjectifs : sifflements, bourdonnements d'oreille. L'examen otologique montre que cette surdité est surtout nette pour les sons aigus.

9e *paire*. Il existe de la dysphagie, de l'anesthésie gustative, sur le tiers postérieur de la langue, à droite. Le signe du rideau est positif.

10e *paire*. On relève une abolition de la sensibilité du voile à droite, de la sialorrhée.

11e *paire*. *Branche interne*. La luette est attirée à gauche dans les mouvements de déglutition ; le pilier droit du voile est affaissé. L'examen laryngoscopique révèle une parésie de la corde vocale droite.

11e *paire*. *Branche externe*. Sterno-cléido-mastoïdien et trapèze sont le siège, à droite, d'une atrophie manifeste sans être pourtant paralysés.

12e *paire*. La langue est déviée à droite ; elle affecte une forme en croissant avec pointe dirigée à droite.

Ainsi donc, on assiste à l'atteinte globale de tous les nerfs craniens du côté droit. Au contraire, à gauche, ne se révèle aucun signe de cet ordre.

De plus, on note l'absence de tout symptôme d'hypertension intracranienne : ni céphalée, ni vomissements, ni stase papillaire.

De même ne s'observent ni signes pyramidaux, ni symptômes cérébelleux, ni troubles de la sensibilité au niveau du tronc et des membres.

Le tableau neurologique de ce malade est donc uniquement constitué par une paralysie globale et unilatérale droite de tous les nerfs craniens.

La ponction lombaire donne issue à un liquide non hypertendu, renfermant 0 gr. 70 d'albumine et 14 éléments par mm^3, dont 95 p. 100 de lymphocytes et 5 p. 100 de polynucléaires. La réaction de B.-W. est négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

La radiographie du crâne prise de profil montre un remaniement considérable des os constituant la base cranienne Les aspects habituels des apophyses clinoïdes, de la selle turcique, de la lame quadrilatère, du rocher même sont indiscernables. On ne distingue à ce niveau que des images floues, irrégulières, sans aucune structure : on a l'impression de se trouver devant un processus destructif étendu et envahissant.

Enfin l'examen d'un des ganglions cervicaux enlevé par biopsie donne les résultats suivants :

Le ganglion est envahi dans sa totalité par une prolifération d'allure néoplasique ; il ne persiste qu'une mince bande de tissu conjonctif au voisinage de la capsule.

Les cellules cancéreuses sont disposées en bourgeons et en travées ; parfois elles se disposent autour d'une vacuole renfermant un peu de mucus.

Il est probable qu'il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire, sans qu'il soit possible d'en indiquer catégoriquement l'origine.

Le diagnostic de tumeur basilaire d'origine vraisemblablement naso-pharyngienne pouvant être ainsi posé, on soumet le malade à un traitement radiothérapique appliqué sur les

ganglions cervicaux d'une part, sur la base du crâne d'autre part. Il semble d'abord se produire une discrète amélioration. Mais bientôt la cachexie s'accentue et la mort survient le 30 janvier 1937.

L'autopsie est pratiquée ; en voici le protocole :

A l'ouverture du crâne : dure-mère d'aspect et d'épaisseur normaux, au-dessous de laquelle la surface cérébrale est le siège d'un léger œdème sous-pie-mérien généralisé, d'aspect gélatiniforme par places.

Le cerveau s'enlève facilement et, du côté de la base notamment, on ne remarque aucune adhérence entre la surface cérébrale et la dure-mère.

Avant de sectionner la tige pituitaire, qui est de volume et d'aspect normaux, on remarque une masse tumorale s'étendant sur la largeur d'une pièce de 0 fr. 50, d'aspect granuleux, siégeant sur la partie latérale droite de la selle turcique, empiétant en dedans sur le sinus caverneux, et en arrière sur la face postérieure du rocher.

En outre, une masse bourgeonnante, dure, gris-jaunâtre grosse comme un pois, émerge de la fente sphénoïdale droite ; il n'existe aucune adhérence entre cette tumeur et le lobe temporal.

Enfin, on constate une autre petite tumeur sur le flanc droit de l'apophyse crista galli, semblant sortir des trous de la lame criblée de l'ethmoïde.

Les huit premières paires craniennes sont comprimées par ces diverses masses tumorales.

A l'ouverture de la tente hypophysaire, rompue à droite par la prolifération tumorale, on tombe sur un tissu de nature analogue à celle des tumeurs déjà décrites : en aucun point le tissu hypophysaire normal ne peut être reconnu. Le plancher de la selle turcique et ses faces latérales sont complètement détruits.

Après avoir effondré la surface osseuse du frontal comprise entre la selle turcique et l'ethmoïde, on retombe, dans les fosses nasales, sur le même tissu tumoral, en continuité avec celui que contient la loge hypophysaire. La tumeur a effondré la paroi interne de l'orbite droite, où elle a pénétré. Le sinus maxillaire est également envahi. L'ensemble donne l'impression d'une tumeur ayant son point de départ au plafond des fosses nasales, d'où elle a émigré comme l'indique notre description.

La loge parotidienne droite est envahie par des masses ganglionnaires néoplasiques qui compriment les quatre dernières paires craniennes.

Dans le médiastin, on trouve, à droite, de nombreux ganglions qui sont le siège d'une infiltration néoplasique évidente.

Le reste de l'autopsie ne révèle rien d'anormal.

L'examen histologique de divers fragements de la tumeur révèle qu'il s'agit d'un épithélioma de type baso-cellulaire. Au niveau du fragment qui occupait la loge hypophysaire, il est impossible de mettre en évidence la moindre parcelle de tissu hypophysaire normal.

En résumé donc, notre malade était atteint d'une tumeur de la base du crâne ayant déterminé la paralysie plus ou moins complète de tous les nerfs craniens droits. Ce tableau contrastait avec l'intégrité absolue des paires craniennes gauches, de même qu'avec l'absence de tout signe d'hypertension intra-cranienne et d'atteinte du tronc cérébral.

Si l'on considère cette observation du point de vue purement clinique, on n'hésite pas à l'incorporer au syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens de Garcin. De ce syndrome, notre malade présentait tous les caractères cliniques et radiologiques. La présence même de volumineuses adénopathies cervicales n'était pas pour infirmer cette façon de voir : Garcin lui-même note en effet la fréquence de cette éventualité au cours des tumeurs basilaires vraies, d'origine endocranienne.

Mais si l'on envisage les circonstances anatomiques de notre observation, on ne manque pas de reconnaître qu'elles s'écartent notablement des faits décrits par Garcin. Selon cet auteur en effet, le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens a un substratum anatomo-pathologique quasi équivoque : c'est le fibro-sarcome basilaire endo-cranien, qui, grâce à la rapidité de son extension, lèse successivement et directement tous les nerfs craniens d'un côté. Au contraire les tumeurs basilaires d'origine exo-cranienne ne donneraient jamais un syndrome aussi complètement et aussi rigoureusement unilatéral.

Cette règle n'est pas vérifiée dans notre cas, où un épithélioma d'origine naso-pharyngienne a pu réaliser de manière parfaite le syndrome de Garcin. Si l'on considère d'ailleurs avec soin le protocole d'autopsie de notre sujet, on explique assez facilement ce fait anormal : ce protocole permet de constater en effet l'atteinte par les prolongements endo-craniens de la tumeur même, des 8 premières paires craniennes. Quant aux 4 dernières, elles se trouvaient comprimées non pas en dedans, mais en dehors du crâne, au niveau de l'espace rétro-parotidien postérieur, et les volumineux ganglions cervicaux satellites de la tumeur réalisaient les agents de cette compression. De ce fait se trouvait constitué par une lésion inhabituelle le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens.

Tel est le premier point intéressant de notre observation.

Nous avons vu d'autre part que la tumeur naso-pharyngée de notre malade avait envahi la loge hypophysaire où elle avait détruit complètement la glande pituitaire, à tel point que l'examen histologique pratiqué avec le plus grand soin ne put mettre en évidence à ce niveau la moindre parcelle de tissu hypophysaire. Au contraire la tente de l'hypophyse, restée intacte, avait servi de barrière à la progression de la tumeur vers la région infundibulo--tubérienne, où ne se manifestait aucune lésion.

Or, notre malade ne présentait aucun des symptômes que l'on a pu, à tort ou à raison, attribuer à l'insuffisance hypophysaire : sa diurèse était normale (11.250) ; ses urines ne contenaient ni sucre, ni albumine ; la glycémie était à 1 gr. 02 ; il n'existait aucun trouble notable du métabolisme lipidique. Enfin la cachexie de notre sujet s'expliquait amplement par la présence d'une tumeur étendue, déjà ancienne et largement métastasante.

Des faits de ce genre viennent singulièrement à l'appui des constatations expérimentales qui ont permis à Camus, Roussy, Gournay, Le Grand d'attribuer à l'infundibulotuber un grand nombre des fonctions autrefois dévolues à l'hypophyse.

A ce titre, notre observation vient s'adjoindre à celles de Worms et Delater, de Van Bogaert et Michelsen qui avaient apporté déjà des documents de même ordre à l'appui des théories aujourd'hui classiques de Camus et Roussy.

Nous terminerons par quelques considérations diagnostiques :

La paralysie unilatérale globale des nerfs craniens peut être réalisée par d'autres causes que les tumeurs basilaires.

Les méningites de la base peuvent tout d'abord en déterminer l'apparition. Exceptionnellement il s'agit de pachyméningite tuberculeuse (Lortat Jacob et Hallez, Chatelin). Plus souvent la syphilis est en cause : le diagnostic est alors rendu d'autant plus difficile avec les tumeurs basilaires que celles-ci déterminent d'ordinaire une réaction méningée décelable par la ponction lombaire et que parfois même elles font apparaître dans le liquide céphalo-rachidien une réaction de Bordet-Wasserman positive, en dehors de toute syphilis. C'est alors l'examen radiographique qui, seul, permet le diagnostic.

Plus exceptionnellement, des paralysies multiples et unilatérales des nerfs craniens sont d'origine traumatique, consécutives à une blessure par projectile de guerre, ou à une fracture du rocher.

Les affections bulbo-protubérantielles : polio-encéphalites. lésions d'origine vasculaire, ou encéphalitique déterminent plus volontiers des paralysies multiples mais bilatérales et s'accompagnent souvent de troubles moteurs ou sensitifs des membres.

Enfin, il reste à considérer le groupe non homogène et disparate des polynévrites des nerfs craniens dont la plupart des cas répondent en réalité à une étiologie zostérienne ou à une atteinte funiculaire rhumatismale au niveau des défilés ostéo-fibreux de la base du crâne.

On voit que le diagnostic de tumeur basilaire ne doit être accepté, dans les cas qui nous occupent, qu'avec une certaine réserve ; toujours il méritera d'être vérifié par un examen radiographique de la base du crâne que l'on ne se contentera pas de pratiquer de face ou de profil selon le procédé ordinaire, mais pour lequel on mettra aussi en œuvre la méthode de Stenvers, permettant l'étude précise du rocher, et la technique des incidences verticales de Hirtz qui donnent sur la base du crâne et les sinus qui y sont annexés les vues les plus précieuses.

Le diagnostic ainsi précisé ne permettra malheureusement pas de mettre en œuvre une thérapeutique active, la radiothérapie, seule méthode possible en pareil cas, ne déterminant que des améliorations passagères et encore ne le fait-elle que lorsqu'elle s'adresse à des tumeurs radio-sensibles.

Ce caractère particulièrement fâcheux du pronostic ne fait d'ailleurs que rendre plus pressante la nécessité d'un diagnostic exact et d'une connaissance précise des syndromes auxquels il a été fait allusion.

Contribution à l'étude des repaires microbiens de l'urètre dans la blennorragie chez l'homme, par le docteur E. Borovsky. 1 vol. in-8°. Librairie médicale Marcel Vigné, Paris.

Dictionnaire des examens de laboratoire, par les docteurs Agasse-Lafont, A. Grimberg et S. Mutermilch. Un volume de 448 pages avec figures. Prix : 120 francs. Chez Vigot frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (6e). 1937.

XXIXe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

LA MÉTÉOROPATHOLOGIE

Synthèse des conclusions des Assises départementales

par M. Henri Godlewski

Il ressort de ces Assises qu'un facteur météorologique ne semble pas agir isolément sur l'organisme, mais que plusieurs interviennent simultanément à des degrés différents sur les êtres vivants ; parmi eux, l'homme est à la fois le plus apte à l'ambiance et le plus variable en réactions. Aussi depuis Hippocrate, où l'on connaît l'influence du temps sur la vie, on cherche les éléments sans parvenir à bien les dissocier.

Ainsi les *températures extrêmes* sont très différemment supportées suivant les lieux. S'il est rare d'observer des accidents dus à la chaleur dans le Gard, on trouve tel petit bourg voisin particulièrement éprouvé par la canicule coïncidant avec une grande proportion de cas d'apoplexie. Le « coup de chaleur » s'observe en des régions très variées, mais qui ne sont pas toujours les plus chaudes. Ainsi, alors qu'il est assez rare à Nice, on voit les cas de syndrome pâleur-hyperthermie dans les grandes plaines du Nord-Ouest, soit en atmosphère confinée, soit à l'air libre. Il semble que des conditions vestimentaires interviennent d'ailleurs et, chez l'adulte, l'influence de cette raison a été établie nettement dans l'armée coloniale.

De même pour le *froid :* l'organisme s'habitue progressivement aux basses températures mais est sensible au coup de froid comme au coup de chaleur. Le rôle du froid le plus habituellement invoqué est son action sur les maladies respiratoires aigües surtout rhino-bronchiques. Mais le coryza s'observe aussi bien dans les villes obscures que dans les pays de beau soleil. Ce sont les changements de température qui interviennent le plus souvent comme facteur principal des maladies dites *a frigore.*

Les effets de la *luminosité* sur la santé ont été déjà étudiés à nos Assises du Rachitisme, et la notion de la *Carence solaire* aujourd'hui acquise et répandue est une des raisons de la régression de cette maladie, dont nos collègues disent partout qu'elle continue à décroître. On considère le soleil comme un catalyseur permettant à l'organisme d'utiliser au maximum les divers matériaux utiles à la santé. Mais les médecins sont unanimes à recommander la prudence pour les prescriptions de cure solaire et s'élèvent contre l'imprudence des estivants qui, recherchant le bronzage rapide, s'exposent à des effets nocifs et notamment à des réveils de tuberculose. L'héliothérapie est un des meilleurs moyens thérapeutiques contre les tuberculoses externes, à la condition que les sujets ainsi traités ne présentent aucune lésion pulmonaire patente ou latente et soient soumis à une posologie étudiée dans chaque cas particulier (Alpes-Maritimes).

L'homme s'accoutume au *degré hydrométrique* moyen du climat où il vit. Ainsi le climat humide et doux de Bretagne convient aux habitants, alors que plus généralement ailleurs la sécheresse est mieux supportée que l'humidité. On commence à climatiser certaines crèches et on parvient ainsi à éviter les troubles intestinaux des nourrissons.

De tous les facteurs, les *chutes barométriques* retiennent le plus l'attention et surtout *lors des orages ;* ceux-ci sont généralement précédés, chez les névropathes, de malaises jusqu'à l'angoisse ; ils aggravent l'agitation des aliénés et sont néfastes aux insuffisants cardio-vasculaires. *La neige* provoque aussi chez l'enfant le syndrome du temps orageux de Lesage, et chez certains adultes, il y a des malaises, qui précèdent la chute de neige et cessent avec elle.

L'action des *vents* est essentiellement différente suivant les régions. Ainsi le *vent d'Est* a mauvaise réputation dans le Centre, l'Ouest et le Nord-Ouest, alors qu'il est considéré comme un bon vent dans le Sud-Ouest. C'est un vent de beau temps, sauf sur le littoral méditerranéen, où il annonce pluie et brouillards ; « il ramène régulièrement le médecin chez les asthmatiques » (Var). Les *vents du Nord* comprennent principalement *le Mistral*, bienfaisant en été, malfaisant en hiver : « Avenio ventosa, cum vento fastidiosa, sine vento venenosa » (Vaucluse).

Ce vent du Nord s'appelle « la Tramontane » en Roussillon, vent sain mais désagréable et dangereux pour les cardiaques et les tuberculeux (vent hémoptoïque). Les *vents du Sud :* le *Sirocco*, responsable du « coup de cafard » des troupiers d'Afrique, est aussi dépressif, en Corse, où il prend le nom de Cilocco. Ses tempêtes ainsi que celles du « libeccio » (vent du Sud-Ouest) coïncident là avec des poussées aiguës chez les podagres. Dans les Alpes — le fœhn — sévit parfois en tornades, dont celle de 1935 (épidémie de troubles digestifs fébriles). Cette tornade de huit jours coïncida avec le passage de *taches solaires* signalées par l'Observatoire de Nice, dont le bulletin spécialisé renseigne au jour le jour sur les observations cosmiques.

L'étude des *facteurs électro-magnétiques* a particulièrement retenu l'attention de nos Assises de Montpellier, où le professeur Pech commença ses travaux en 1918. L'influence du champ électrique paraît surtout à considérer dans le déterminisme des micro-climats ; l'ionisation atmosphérique variant à quelques mètres de distance, il est difficile d'en bien connaître les effets ; on reste dans l'incertitude sur le rôle du champ magnétique, sur les facteurs telluriques et cosmiques.

L'observation des *variations cycliques* fit considérer les fièvres éruptives comme propres à la saison printanière ; en réalité, elles prédominent seulement à cette saison, de même qu'il y a abondance d'algiques et de tousseurs en hiver et qu'on voit surtout les infections intestinales en été. Par contre, l'automne est dans la plupart des régions marqué par une « épidémie de bonne santé », mais les équinoxes sont propices aux fléchissements cardiaques, embolies postopératoires, morts subites.

L'observation du *cycle lunaire* donne lieu sur le littoral de l'Océan à l'observation des coïncidences pathologiques avec les périodes de grande marée (maladie de la marée), avec le moment de la marée (proportion différente des naissances et des morts), avec la période lunaire (accouchements en série). De l'observation du *cycle quotidien*, on retient l'abaissement thermique matinal, le maximum de naissances vers la fin de la nuit, et de morts... « au chant du coq ».

Il y a donc des corrélations vitales d'ambiance nécessitant d'approfondir la bio-météorologie. Elles impliquent la nécessité de susciter et de confronter méthodiquement les données d'observation des biologistes et des astronomes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1938)

Réactions morphologiques dans le sérum de lapin cancérisé — M. Théodore KOFMAN. Le principe de la méthode exposée par l'auteur est l'application au sérum du phénomène de croissance artificielle osmotique. « L'efflorescence terminale osmotique, dit l'auteur, est variable suivant qu'elle se développe, toutes choses égales d'ailleurs, dans le sérum normal ou dans le sérum cancérisé. Sans qu'on puisse encore généraliser notre méthode comme moyen de diagnostic, on peut, dès maintenant, admettre le fait que le sérum cancérisé présente une dispersion micellaire différente de celle du sérum normal. »

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1937)

Sexe du fœtus et titre hormonal du sang maternel. MM. H. HINGLAIS et M. HINGLAIS signalent l'intérêt que présente l'étude du titre des sécrétions hormonales gravidiques (folliculine et prolan) en fonction du sexe du fœtus.

Ils se sont demandé en particulier si ces recherches ne pourraient pas conduire à un procédé de diagnostic biologique du sexe du fœtus « in utero ».

Or, des dosages de prolan effectués chez 27 femmes enceintes ont montré que, quel que soit le sexe du fœtus, les taux moyens d'hormone gonadotrope trouvés dans le sang maternel restent les mêmes.

Cette conclusion reste valable à toutes les phases de la vie ovulaire : au début, au milieu ou à la fin de la gestation.

Les recherches en cours au sujet de la folliculine aboutissent jusqu'ici aux mêmes résultats. Les auteurs réservent cependant leur conclusion définitive en ce qui concerne cette hormone.

En conclusion : il n'est pas possible de prévoir le sexe du fœtus « in utero » par le titrage du prolan dans le sang maternel.

Titrage des sérums anti-perfringens. — MM. WEINBERG et GUILLAUMIE. Lorsqu'on titre les sérums anti-*perfringens* avec deux toxines *perfringens* différentes, on constate quelquefois que les titres antitoxiques obtenus pour un échantillon de sérum concordent bien, alors qu'ils sont très discordants pour un deuxième échantillon.

Les auteurs expliquent ce fait par l'absence ou la faible quantité, dans le sérum examiné, d'anticorps correspondants à quelques-uns des antigènes entrant dans la constitution de la toxine *perfringens.*

Si l'on veut se rapprocher le plus des conditions qui permettraient d'obtenir, dans tous les laboratoires, des données comparables dans les titrages de sérum anti-*perfringens*, il faut se servir d'un même sérum standard et d'un même échantillon de toxine. Et il faut aussi, si l'on veut juger de la valeur réelle, de la valeur thérapeutique d'un sérum anti-*perfringens*, que le sérum étalon soit préparé par le mélange de sérums spécifiques de titre antitoxique le plus élevé, et que la toxine utilisée dans les titrages soit riche en chacun des antigènes exo et endotoxiques du B. *perfringens.*

Bile pure comme milieu d'isolement rapide de certaines espèces anaérobies de la flore intestinale. — Mme A. GUELIN.

Sensibilité des jeunes sujets à l'infection tuberculeuse expérimentale. — M. R. LAPORTE.

Phénomènes de zone obtenus avec une souche de bacilles de Bang modifiés par contact avec des bacilles tuberculeux. — M. W. SARNOWIEG.

Etude comparative des modifications apportées à l'excitabilité de divers appareils neuromoteurs de l'écrevisse par la nicotine. — M. CHAUCHARD montre que chez les crustacés, comme chez les mammifères, la nicotine se montre beaucoup plus active sur l'excitabilité des fibres nerveuses lentes que sur celle des fibres nerveuses rapides. Cette sensibilité à la nicotine éloigne les fibres nerveuses des crustacés, anatomiquement postganglionnaires, des fibres postganglionnaires sympathiques des mammifères, qui, elles, ne sont pas sensibles à la nicotine.

Caractères de culture et de virulence de deux souches aviaires chromogènes récemment isolées. — M. A. SAENZ.

Deux souches de bacilles aviaires composées au moment de leur isolement exclusivement de colonies lisses et pigmentées en jaune, ont montré une tendance nette à se transformer en variété R correspondante.

Les variétés lisse chromogène et rugueuse de ces deux souches présentaient des propriétés pathogènes identiques pour les animaux sensibles.

Dans les souches aviaires, il n'existe donc que deux variantes parfaitement différenciées, la variante S et la variante R, qui se distinguent par leurs caractères morphologiques, antigènes et physico-chimiques.

L'apparition du pigment, soumis à des contingences variables et à déterminisme encore obscur, ne modifie pas suffisamment les caractères propres des variantes R et S pour créer ainsi une variété autonome nouvelle.

(Institut Pasteur. Laboratoire de recherches sur la tuberculose.)

Sur quelques propriétés pharmacodynamiques d'un ester d'amino-alcool : le phényl-propylacétate du diéthyl-amino-éthanol. — M. HALPERN montre que le phényl-propylacétate du diéthylamino-éthanol jouit à la fois des propriétés spasmolytiques de l'atropine et de la papavérine. Cette action antispasmodique s'étend sur la plupart des organes à muscles lisses : intestin, vessie, utérus, vésicule biliaire. Le spasmolytique synthétique présente un coefficient thérapeutique plus favorable que les alcaloïdes. C'est la fonction ester amino-alcool qui est le support de ces propriétés pharmacodynamiques.

Anoxie, hyperoxie et glutathion tissulaire. — M. Léon BINET et Mlle M. BOCHET, poursuivant leurs recherches sur les variations du glutathion tissulaire sous l'influence de perturbations respiratoires, rappellent diverses observations au cours desquelles l'un d'eux signalait une diminution du taux du glutathion pendant l'anoxhémie. Une telle constatation tire son intérêt de l'inversion du phénomène chez des animaux soumis à l'inhalation continue d'oxygène pur, dont on a souligné l'effet toxique : sacrifiés après 4 heures, 1 jour, 2 jours et 3 jours, ils ont présenté une élévation du taux du glutathion des divers organes, particulièrement importante dans le foie. Ainsi, le glutathion qui joue dans les oxydo-réductions, subit des variations quantitatives suivant le taux de l'oxygène dans l'air inhalé ; l'anoxhémie entraine une chute du glutathion total, l'hyperoxie détermine une élévation du glutathion total.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1937)

Ictère grave du nouveau-né. Absence d'érythroblastose. — Mme MONTLAUR et M. P.-P. LÉVY rapportent un nouveau cas d'ictère grave du nouveau-né survenu chez le troisième enfant d'une famille, dont l'aîné resta indemne, mais dont le deuxième est mort lui aussi d'ictère. L'intérêt de ce cas réside surtout dans l'absence d'érythroblastose, aussi bien dans le sang que dans les parenchymes. Ils pensent donc qu'il n'y a pas lieu d'attribuer la première place à l'érythroblastose dans le diagnostic ou la pathogénie de l'ictère grave familial du nouveau-né.

Nouvelle contribution à l'étude de l'ictère grave du nouveau-né. — MM. PÉHU, NOËL et BROCHIER signalent la fréquence relative de cette maladie, dont ils ont pu observer 5 séries en trois ans ; ils ont retrouvé durant le même temps 36 autres séries dans la littérature. Ils nient d'autre part formellement le rôle de la syphilis à son origine, car on n'observe jamais aucun signe clinique, biologique ou même anatomique de cette maladie. Ils ont également observé un cas sans érythroblastose, qui serait ainsi un témoignage et

non la cause de la maladie. Ils insistent enfin sur la nécessité d'un traitement préventif par les extraits hépatiques institué précocement dès le quatrième mois de la grossesse ; il faut surveiller l'enfant dès sa naissance, répéter les examens de sang et instituer les transfusions sanguines à la moindre altération sanguine.

Inutilité des ostéosynthèses dans la plupart des maux de Pott chez l'enfant. — M. Sorrel est convaincu de l'excellence du traitement orthopédique et présente une série de radiographies prouvant la stabilité de la guérison dans une forme grave, sans aucune intervention chirurgicale.

Résultats des divers modes d'allaitement dans une consultation de nourrissons. — M. Exchaquet (de Lausanne), a relevé et étudié 527 observations de nourrissons suivis pendant plusieurs mois dans une consultation de nourrissons. Les enfants nourris au sein étaient de beaucoup les moins nombreux. L'accroissement pondéral fut sensiblement le même, quel que soit le mode d'allaitement, mais les troubles digestifs plus ou moins graves et les troubles de la nutrition furent infiniment plus nombreux et plus graves chez les enfants soumis à l'allaitement mixte ou artificiel que chez ceux nourris au sein.

Résultats éloignés de la splénectomie dans l'anémie érythroblastique. — M. Mamerto Acuna apporte les résultats éloignés de 4 cas de splénectomie dans l'anémie érythroblastique. Deux de ces enfants ont succombé à une affection intercurrente ; les deux autres ont une survie de 8 et de 6 ans. L'opération est bien supportée ; on observe à sa suite une augmentation considérable des érythroblastes sanguins et une diminution de l'anémie dans les mois qui suivent. Enfin, il se développe à lougue échéance des troubles osseux consistant en ostéoporose généralisée.

Six cas de primo-infection tuberculeuse à porte d'entrée cutanée. — M. Cibils-Aguirre.

Lymphosarcome du médiastin chez un enfant de cinq ans. — MM. Cassoute, Legrand, Capus et Provençal.

Hépatonéphrite mortelle au cours d'une pneumonie. — MM. Cassoute, Capus et Bernard.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES BRONCHO-PNEUMONIES DE LA ROUGEOLE

par le docteur Coste

La gravité de la rougeole n'est plus à démontrer : elle dépend, pour la plus grande part, de ses complications secondaires, et, parmi celles-ci, les broncho-pneumonies occupent le premier rang. Fréquentes dans les milieux hospitaliers, elles ne sont pas rares en ville, et ce sont elles qui assombrissent considérablement le pronostic, aussi bien chez le jeune adulte que chez l'enfant ou le nourrisson.

Ces broncho-pneumonies peuvent être précoces : ce sont les bronchites capillaires, particulièrement redoutables ; mais, même dans les cas où la complication apparaît tardivement, vers la fin de l'éruption ou plus tard, l'avenir n'en est pas moins sombre, à plus ou moins longue échéance. On sait que chez l'enfant, ces broncho-pneumonies tardives sont souvent traînantes, affaiblissant profondément l'état général, laissant comme séquelle une adénopathie trachéo-bronchique et provoquant l'évolution d'une primo-infection ou d'une réinfection tuberculeuse.

On comprend l'intérêt d'un traitement précoce et énergique. « Guérir promptement un rougeoleux, c'est lui donner de grandes chances d'échapper à la broncho-pneumonie » (Renault). Mais, encore faut-il ne pas trop attendre : la rougeole la plus bénigne à son début, peut se compliquer brutalement ; il ne faut pas se fier à l'apparence : ni l'éruption, ni les signes généraux ne peuvent donner d'indications précises sur le pronostic.

A l'heure actuelle, nous ne sommes plus désarmés. La séro-prévention et la séro-atténuation sont, dans trop de cas, difficiles à mettre en œuvre ; mais il nous reste l'érythrothérapie, dont les heureux effets ne sont plus à démontrer (Naquet, Renault, M. Boz, Martinaud).

L'érythrothérapie utilise l'action pharmacodynamique du lactate d'amidopyrine (érythra). Ce corps est parfaitement toléré, même par les très jeunes enfants. On doit commencer son administration dès le début de la maladie et ne la cesser que lorsque la guérison clinique est obtenue. Les doses à employer sont, en moyenne, les suivantes : chez l'enfant 2, puis 4 gouttes par année d'âge toutes les 4 heures ; chez l'adulte, 60 à 80 gouttes toutes les 4 heures.

Avec ce mode d'administration, les résultats favorables sont obtenus rapidement, nous ne ferons que rappeler la chute thermique précoce et la brièveté de l'éruption ; mais nous voulons attirer l'attention sur la prévention ainsi obtenue des broncho-pneumonies. Des statistiques hospitalières de l'hôpital maritime de Rochefort et de l'hôpital du Val-de-Grâce le démontrent : l'érythrothérapie met à l'abri des complications pulmonaires précoces et tardives. Les mémoires français et étrangers (M. Boz, Naquet, Renault, Hoyne, Contedini) sont unanimes à considérer le lactate d'amidopyrine comme le médicament électif de la rougeole.

Notre expérience personnelle nous fait conclure dans le même sens : nous estimons que l'administration d'érythra a amélioré notre statistique de guérisons de la rougeole, en empêchant l'apparition des si redoutables broncho-pnenmonies, et ceci, sans qu'aucun de nos jeunes malades ait eu le moindre signe d'intolérance.

LIVRES NOUVEAUX

Médecine légale pratique, par MM. Moringer et J. Rochette (1).

Cet important ouvrage présente un but essentiellement pratique tout en donnant pour certains procédés d'étude (procédés physiques, groupes sanguins, etc.) les notions théoriques indispensables.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux méthodes d'exploration utilisées en médecine légale : 1° les procédés macroscopiques, notamment l'autopsie dont les différentes phases sont décrites en détail ainsi que les constatations à faire, dans les différentes phases, les prélèvements à effectuer, les méthodes de conservation à employer ; 2° les procédés histologiques ; 3° les procédés chimiques, physiques, biologiques et expérimentaux.

Un paragraphe spécial est consacré à la description minutieuse des formalités que comportent les phases successives de l'expertise criminelle et civile et aux certificats et déclarations.

La seconde partie de l'ouvrage traite des identifications médico-légales : anthropométrie, ostéométrie, dactyloscopie, identification des poils et des ongles, identification du sang et des groupes sanguins, du sperme, des excrétions.

Richement illustré, pourvu de nombreux schémas explicatifs, ce Traité pratique est d'utilité immédiate pour le médecin et le biologiste comme pour le juriste et le policier.

(1) Librairie Maupetit, éditeur, 144, La Canebière, Marseille.

Traité de thérapeutique biologique, par Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (1).

Comme toutes les branches de l'art médical, la thérapeutique est soumise aux lois du progrès ; aussi est-il en quelque sorte superflu de noter son orientation de plus en plus accentuée vers la biologie.

Les traitements biologiques sont exposés dans un grand nombre de publications, mais jusqu'ici — ce qui peut sembler paradoxal —, aucun travail d'ensemble n'avait réalisé la synthèse de ces traitements. Le docteur G. Lyon a estimé qu'il était intéressant et utile de combler cette lacune ; il était d'ailleurs parfaitement qualifié pour cela, ayant exposé précédemment, dans un ouvrage devenu classique, les éléments de la thérapeutique « clinique ».

Il a réalisé sa tâche sous une forme à dessein accessible aux étudiants et à la masse des praticiens, tout en évitant de rebuter les uns et les autres par des détails purement théoriques ; il s'est donc cantonné presque exclusivement dans le domaine de la pratique.

Le *Traité de Thérapeutique biologique* comprend deux parties : la première a trait aux principales *médications biologiques ;* la seconde, à *leurs applications aux maladies et syndromes.* L'énumération de quelques chapitres suffira à démontrer dans quel esprit il a été rédigé et quels renseignements on peut lui demander : citons dans la première partie les chapitres consacrés à la sérothérapie, à la vaccinothérapie, au bactériophage, à l'endocrinologie, à la pyrétothérapie en général...; dans la seconde, ceux qui traitent de l'azotémie, de la cholestérolémie, des maladies infectieuses et des septicémies, de l'anaphylaxie et des chocs, des diverses maladies d'organes : des dermatoses, etc...

En somme, l'ouvrage constitue un exposé succinct mais complet des diverses méthodes biologiques de traitement dont la connaissance est indispensable aujourd'hui à tous les thérapeutes.

(1) Un volume in-8° de 650 pages. Prix : 80 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COMPLICATIONS DES FRACTURES DE CÔTES

Trois ordres de complications très différentes :

COMPLICATIONS IMMEDIATES

1° *Le shock,* dû plus au traumatisme qu'à la fracture elle-même, et souvent sans rapport avec l'importance des lésions.

2° *Paroi :*

— Ouverture du foyer de fracture, grave à cause de l'infection pariétale.

— Hémorragie externe d'une intercostale.

L'une et l'autre exigent l'intervention.

3° *Plèvre et poumon :*

a) *Hémorragie,* se traduisant :

— Par une hémoptysie, souvent simple crachat sanglant, signant la fracture de côte.

— Par un hémothorax à toujours rechercher : matité ; signe du sou.

b) *Pneumothorax.* L'angoisse et la dyspnée sont mises sur le compte de la fracture. Ne compter que sur les signes physiques : tympanisme, abolition de la respiration et des vibrations vocales. Existe isolément ou associé à un hémothorax.

c) *Emphysème sous-cutané* thoracique, rarement généralisé, accompagnant en règle un pneumothorax.

d) *Rares* sont les plaies par embrochement :

— Des vaisseaux sous-claviers.

— Du cœur.

— Du foie ou de la rate.

e) *Enfin,* trois complications aussi classiques qu'exceptionnelles :

— Le pneumothorax suffocant.

— Le masque ecchymotique cervico-facial.

— L'emphysème médiastinal, qui exige d'urgence l'incision sus-sternale.

COMPLICATIONS SECONDAIRES

Ce sont essentiellement des complications pleuro-pulmonaires.

1° *Continuation* ou reprise de l'hémorragie pleurale. Examens répétés. Ne se fier qu'aux signes physiques : montée de la matité ; signe du sou ; pour certains, ponction exploratrice pour voir si le liquide est coagulable.

2° *Pleurite exsudative :* l'hémothorax se résorbe mal, un épanchement peu abondant surmonte quelques caillots.

3° *Parfois,* véritable pleurésie séro-fibrineuse.

4° *La pseudo-pneumonie traumatique.* Se voit surtout sur certains terrains : sujets âgés, tarés, alcooliques.

Le début est insidieux, sans point de côté ni frisson. C'est donc l'examen méthodique devant : un peu de dyspnée ; une toux rebelle ; quelques crachats de bronchite ; qui montre : une submatité des bases ; des foyers de râles crépitants ou sous-crépitants.

La température est peu élevée, mais le cœur est mou, le pouls rapide, la langue rôtie, les urines rares, et cette pneumonie aux signes bâtards entraîne rapidement la mort par défaillance cardiaque.

5° *Dans les fractures ouvertes :* parfois pleurésie purulente précoce ou tardive ; pleurésie gangréneuse ; complications de la plaie de poitrine plus que de la fracture.

COMPLICATIONS TARDIVES

Cals vicieux, soudant plusieurs côtes ; pseudarthrose, sont des complications peu gênantes, passant souvent inaperçues. Névralgie intercostale par englobement d'un nerf.

Ostéomyélite costale après fracture ouverte.

Enfin, un problème intéressant est celui de l'influence de la fracture sur le développement ou l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire, problème encore très discuté.

M. PIERRE SAGAUT

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les toxicomanies. Leur lien avec les maladies mentales, par le docteur Amélie BUVAT-COTTIN, ancienne interne provisoire des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°. Librairie E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1936.

Vers une médecine humaine, par A. VINCENT, un volume in-8° de 296 pages. Prix : 18 francs. Chez Fernand Aubier, 13, quai Conti, Paris (6e).

Etude de l'exophtalmie basedowienne (thèse), par J.-M. BOIVIN. Un volume grand in-8° de 188 pages, aux Editions « Le Rouge et le Noir », Paris, 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 9. — SAMEDI 29 JANVIER 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'assistant d'électroradiologie.* Jury définitif : MM. Bourguignon, Gibert, Morel-Kahn, Paisseau et Capette.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Epreuve de consultation écrite anonyme.

Questions sorties : (N° 2) : I. Angle irido-cornéen (anatomie et physiologie).

II. Valeur sémiologique des hypertomies oculaires.

Questions restées dans l'urne (N° 1) : I. Muscle sphincter de l'iris (anatomie et physiologie).

II. Valeur séméiologique des altérations du réflexe pupillaire à la lumière. — (N° 3) : I. Nerfs ciliaires (anatomie et physiologie).

II. Etiologie, signes et diagnostic du zona ophtalmique.

— *Concours des prix de l'Internat, chirurgie et accouchement.*

Total des notes : MM. Barcat, 62 ; Bénassy, 61 ; Le Cœur, 59 ; Léger, 63.

Résultat : M. Léger, médaille d'or ; M. Barcat, médaille d'argent ; M. Bénassy, accessit.

Concours de l'internat (oral). — Séance du 26 janvier 1938 : MM. Etienne, 22,5 ; Cotillon, 22 ; Verriez, 22 ; Rouget, 23 ; Mlle Rist, 27 ; MM. Muller, 16 ; Isal, 14 ; Enel, 16 ; Dreyfus, 21 ; Bolo, 22,5.

Questions données : Signes et diagnostic du pneumothorax spontané — Examen clinique d'un traumatisme récent et fermé à la base du crâne.

Faculté de médecine de Marseille. — INSTITUT DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE COLONIALES.

La prochaine session s'ouvrira les 7 février pour la médecine et 28 février pour la pharmacie.

Les cours se termineront le 26 mars. Les examens auront lieu du jeudi 31 mars, au samedi 2 avril.

Les candidats doivent s'inscrire au Secrétariat de la Faculté (Palais du Pharo), de 15 heures à 17 heures, sauf le samedi et jusqu'au 2 février, dernier délai.

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. CAUJOLLE et VALDIGUIÉ sont chargés respectivement des cours de chimie minérale et de chimie pathologique.

Académie de chirurgie. — PRIX DÉCERNÉS EN 1937 :

Prix Duval-Marjolin (annuel, 300 francs). — L'Académie attribue ce prix à M. Haimovici (de Marseille), pour son travail intitulé : Les embolies artérielles des membres.

Prix Dubreuil (annuel, 400 fr.). — Trois mémoires ont été déposés. L'Académie attribue ce prix à M. Christian Rocher (de Bordeaux), pour son travail intitulé : Les arthrorises dans le traitement des séquelles de la paralysie infantile. Etude comparative de mécanique articulaire : butées naturelles et opératoires.

Prix Gerdy (bisannuel, 2.000 fr.). — L'Académie attribue ce prix à M. François Caby (de Paris), pour son travail intitulé : L'ulcère simple du jéjuno-iléon.

Prix Jules Hennequin (bisannuel, 1.500 fr.). — Deux mémoires ont été déposés. L'Académie attribue ce prix à M. Paul-Louis Chigot (de Paris), pour son travail intitulé : L'enchevillement central des fractures diaphysaires.

Prix Le Dentu (annuel). — Ce prix sera décerné, suivant le désir du testateur à l'interne en chirurgie qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie).

Société de pathologie comparée. — Au cours de son assemblée générale statutaire tenue le 11 janvier, sous la présidence de M. l'inspecteur général Nicolas, président sortant, puis de M. le docteur G. Rosenthal, président pour 1938, M. Charles Grollet, secrétaire général depuis la fondation de la Société en 1901, a été nommé secrétaire général honoraire. Son fils, M. le docteur Louis Grollet, a été élu secrétaire général. M. le professeur agrégé Vignes a été élu vice-président ; M. Dumatras, trésorier, a été réélu pour trois ans. MM. Brehier et Théobald ont été élus secrétaires des séances.

Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est. — La Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est tiendra sa prochaine séance à Nancy, le mercredi 23 mars 1938, à 16 h. 30, à la Faculté de médecine. Prière aux membres de la Société de vouloir bien envoyer les titres de leurs communications avant le 1er mars prochain, au secrétaire général, le professeur agrégé Louis Merklen, 96, rue de Strasbourg, à Nancy.

Société française de transfusion du sang. — Le bureau pour 1938, de la Société française de transfusion du sang est constitué de la façon suivante : président : docteur Georges Lardennois ; vice-présidents : docteur Rosenthal, docteur Bécart ; secrétaire général : docteur Louis Jubé ; trésorier : docteur Paul Renault.

Les réunions ont lieu le troisième mardi de chaque mois, à 20 h. 45, salle Pasteur, 60, boulevard de la Tour-Maubourg.

La séance du 15 février 1938 sera consacrée à l'influence de certaines médications coagulantes sur la netteté des épreuves d'agglutination. Rapporteurs : Docteurs Lardennois et Jubé. Envoyer les mémoires ou résumés d'observations à l'archiviste de la société, le docteur Et. Polacco, 4, rue Alfred-Dehodencq. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, le docteur Jubé, 51, avenue Bugeaud (16e arr.).

Société d'Electro-Radiologie médicale de France. — Membres du Bureau pour 1938 : Président, M. Bordet ; Vice-Président, M. Cottenot ; Vice-Président pour la province, M. Viallet ; Secrétaire général, M. Dariaux ; Trésorier, M. Nadal ; Secrétaires des séances, M. Desgrez, M. Delapchier ; Membre du Conseil pour trois ans, M. Helie ; Membres du Conseil de famille : MM. Belot, Delherm, Ledoux-Lebard.

Umfia (Union Médicale Latine). — L'assemblée générale annuelle de l'UMFIA (Union Médicale Latine), tiendra ses assises le samedi 19 février 1938, au siège social, 81, rue de la Pompe, Paris (16e), à 21 heures très précises. Tél. : Troc. 31-92. Métro : rue de la Pompe.

Société médicale hellénique. — La Société médicale hellénique a procédé au renouvellement de son Bureau. Ont été élus : MM. J. Vafiadis, président ; Minopoulo, vice-président ; Panayotopoulo, secrétaire ; D. Bello, trésorier.

La Société, dont le but est de resserrer les liens confraternels, amicaux et intellectuels, entre les praticiens ou étudiants en fin de scolarité d'origine hellénique, serait heureuse d'enregistrer de nouvelles adhésions. Les adresser au Pavillon hellénique, Cité Universitaire, 45, boulevard Jourdan, Paris (14e).

XIe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. — A l'occasion du prochain Congrès de Vienne de la Société Internationale de Chirurgie, congrès qui doit se tenir à Vienne du 19 au 22 septembre 1938, l'Office Belge des Compagnies Françaises de Navigation organise une magnifique croisière en Méditerranée et en Mer Noire, avec extension terrestre en Roumanie, Hongrie, Autriche et Tchécoslovaquie.

Le départ de Marseille s'effectuera le 3 septembre.

L'itinéraire sera le suivant :

Marseille, Naples, Le Pirée (Athènes), Istanbul (Constantinople), Odessa, Constantza, Bucarest, Budapest, Vienne, Paris.

Le prix forfaitaire du voyage a été fixé à la somme de 9.500 francs belges.

Ce prix comprend tous les frais de Marseille à Paris, à l'exception seulement des pourboires à bord du paquebot, de la boisson dans les hôtels à terre et wagons-restaurants et, à Vienne, des repas de midi et du soir.

Les médecins non membres de la Société Internationale de Chirurgie et leurs familles pourront, moyennant le versement d'un droit d'inscription de 100 francs par personne, et dans la mesure des places disponibles, participer au voyage susvisé. Ce droit d'inscription leur permettra, en outre, de prendre part aux manifestations organisées à Vienne, à l'occasion du Congrès, mais il va sans dire que seuls les membres de la Société Internationale de Chirurgie pourront assister aux séances scientifiques du dit Congrès.

Le programme détaillé du voyage est d'ailleurs envoyé gratuitement sur demande adressée à l'Office Belge des Compagnies Françaises de Navigation (soc. coop.), 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles. (Adr. télégr. : Belgfranav. Téléph. : 17.84.84/85.)

(Voir la suite des Informations, p. 146.)

La XIIe livraison de PALLAS vient de paraître. Son directeur, notre confrère Crinon, la présente avec un luxe inégalé, et aussi avec le goût et la sûreté que tout le monde lui reconnaît.

Au sommaire : *Peints par eux-mêmes*, le professeur J.-L. Faure, par M. Maurice Reclus, membre de l'Institut ; *Sur la route de la soie*, par l'explorateur Audouin-Dubreuil ; quelques instantanés pittoresques sur l'Expo 37, par Mme Blanche Vogt ; *Epilogues*, de Crinon ; *Les danseuses de Bali ; le duel Bismarck-Virchow*, par M. Abensour ; *le docteur Poumiès de la Sibouterie*, par M. G. Duvau, et enfin un *reportage illustré* sur le Congrès de Vichy.

PALLAS continue à soutenir la réputation des belles publications françaises. (111, boulevard Magenta, Paris 10e).

EDOUARD QUÉNU [1]

21 juillet 1852 — 28 juillet 1933

par M. Louis BAZY
Secrétaire général de l'Académie de Chirurgie

Messieurs,

Certains hommes font généralement montre d'une si grande réserve inspirée par une sorte de pudeur morale, qu'on pourrait les croire insensibles si toute une vie consacrée au bien ne venait prouver à quel point ils furent profondément humains. Satisfaits sans doute, et à juste titre, de l'intensité de leur vie intérieure, ils s'y sont presque exclusivement complus. Mais précisément, plus nous devinons les vertus qui la composaient, plus nous sommes tentés d'y participer à notre tour pour y puiser la force en même temps que le conseil. Le côté extérieur de ces vies exemplaires, l'œuvre écrite de ces hommes, les honneurs qu'elle leur a valus ont été, déjà, si souvent et si éloquemment décrits que l'on aimerait à se faire de pareils modèles une image qui se distinguât par plus d'intimité et qui convînt mieux à leur nature propre.

Telles étaient mes pensées au moment de commencer l'éloge de M. Edouard Quénu. Ce fut la piété filiale qui m'ouvrit les portes du jardin secret où je brûlais d'entrer, et l'on imagine quel écho pouvait éveiller en moi un pareil sentiment. J'ai parlé d'Edouard Quénu avec son fils Jean Quénu, notre collègue de l'Académie. Vous concevrez sans peine mon émotion en entendant ce fils me parler de son père, me dire tout ce qu'il lui devait, tout ce qu'il en avait reçu, en premier lieu la vocation, et en constatant que l'influence paternelle, loin de s'éteindre avec la mort, avait persisté intacte, si même elle n'avait pas pris plus de force. C'est que la fidélité, comme la ferveur du souvenir avaient l'une et l'autre pour base l'admiration ainsi que la fierté.

Comment n'être pas fier, en effet, d'un homme qui ne devait rien qu'à lui-même ? C'est en vain qu'on chercherait dans la famille de M. Edouard Quénu des ascendants qui se seraient distingués autrement qu'en restant fidèlement attachés à la terre. Mais, à défaut de glorieux ancêtres, M. Quénu se trouva paré de cette « noblesse naturelle » que vantait déjà un si grand Saint et qui est, certes, la plus respectable car, ne pouvant se transmettre, elle doit, pour durer, se reconstituer de père en fils. Doit-on puiser dans l'ancienneté de sa famille autre chose que la volonté de se montrer toujours plus digne de ceux qui vous ont précédé et de s'inspirer de leurs vertus pour en témoigner de plus solides encore ? Loin de la considérer comme un droit à l'immobilité, il faut simplement la tenir pour un devoir toujours plus pressant vers l'action. L'histoire de France se confond, pour son honneur, avec celle de ces familles qui ont fait sa puissance et qu'un des plus fins penseurs de notre temps, Jacques Bainville, nous décrit comme « peu à peu grandies par le travail et par l'épargne, par la formation de ces fortunes modestes qui coûtaient tant d'efforts, tant de suite dans les desseins et qui procédaient d'une pensée désintéressée, puisqu'elles étaient employées à donner aux fils plus de savoir qu'aux pères et souvent des loisirs pour accéder au savoir pur, celui qui ne sert qu'au bien commun et au progrès de l'esprit ». L'éducation des enfants exigeait des parents bien des sacrifices, allant parfois jusqu'à la privation, mais qui ne paraissaient pas trop lourds quand le succès venait les récompenser. Quelle sécurité pour un pays que d'avoir ainsi le sentiment que les vertus civiques de ses meilleurs serviteurs prennent leur origine et trouvent leurs garanties dans les plus solides vertus familiales.

Je suis certain que nous eussions répondu aux plus intimes pensées de M. Edouard Quénu si, à l'hommage que nous lui rendons pour avoir projeté tant d'éclat sur son nom comme aussi sur notre art, nous eussions associé ceux qui, par un patient et obscur labeur, avaient si bien préparé sa glorieuse ascension.

***

On a souvent noté que le caractère des hommes semble façonné par la nature de la terre qui les a vus naître. Maurice Barrès, cherchant dans le sombre château de Combourg la trace de Chateaubriand, s'écriait: « On comprend toujours que l'enfant de ce donjon, en même temps qu'il recevait de son père et d'un paysage sévère, pour compagnonnage l'idée de la mort, installait au fond de son âme la plus intransigeante fierté. » M. Quénu était né le 21 juillet 1852, à Marquise, gros bourg situé sur la route de Boulogne à Calais, dans une région vallonnée où de longues collines courent jusqu'à la mer et s'y brisent tout net en formant de hautes falaises. On ne peut relever dans ce paysage ni violentes couleurs, ni éclatante lumière, ni grands écarts de température. N'était le grand vent du large qui courbe rudement les épis et les arbres, tout est tamisé, en demi-teintes. Tel est le pays des Morins qui fut le témoin de cent invasions et par terre et par mer, qui se vit tour à tour occupé par les Romains de Jules César, les hordes des Saxons, les armées des Anglais qui le tinrent deux siècles durant et celles des Espagnols qui le mirent à feu et à sang. Ainsi, les hommes de ces contrées n'avaient pas seulement à défendre les biens de leur terre contre les rigueurs du climat ; ils avaient aussi à les protéger des déprédations de l'étranger. Leurs maisons et leurs monuments, sans cesse détruits, étaient reconstruits sans relâche, toujours renaissants mais toujours nouveaux, de telle sorte que les Morins ne peuvent s'enorgueillir des vieux vestiges du passé qui font ailleurs la fierté comme aussi la douceur de populations privilégiées. On pourra dire que M. Quénu reflétait les exactes qualités de sa race ou, plus simplement, qu'il avait celles des fils de la terre française qui, en ayant reçu et compris les leçons, savent que seules viennent à maturité les récoltes que l'on aura semées ; que le fruit du travail peut être compromis par l'orage et que l'on ne doit compter sur le grain qu'une fois rentré dans la grange. Ils n'oublient pas que l'hiver est

(1) Extraits de l'éloge prononcé le 26 janvier à l'Académie de Chirurgie par M. Louis Bazy, secrétaire général.

peu propice aux entreprises et que, durant l'été, il ne faut pas ménager sa peine si l'on veut profiter des beaux jours. La vie de la terre, avec ses alternatives rythmées, représente pour eux l'image de la vie avec ses cahots, ses vicissitudes et son imperturbable harmonie. Sans cesse ramenés à la réalité des choses, attentifs, courageux et sages, ils font fi des idéologies nuageuses dans lesquelles se perd, avec le bon sens, le bonheur de l'humanité.

***

M. Edouard Quénu eut très tôt l'occasion de manifester cette volonté tenace qui explique, en partie, son succès. Ses premières années s'étaient écoulées dans la chaleur du foyer familial. Mais, pour développer les dons incontestables dont il était pourvu, il dut bientôt entrer comme pensionnaire au lycée de Douai où une discipline de fer mit à rude épreuve son caractère indépendant. Il n'en conçut que plus d'ardeur au travail, afin d'échapper rapidement à une contrainte dont, malgré les ans écoulés, il gardait un souvenir amer. Quelle différence avec la libre et sportive vie d'outre-Manche que M. Quénu voulut connaître, cependant que, surveillant dans un collège d'Angleterre, il donnait des leçons de français en échange de l'hospitalité reçue. Déjà, à cette époque, apparaissait son goût pour tout ce qui touche à la connaissance de la vie. Ayant acheté un petit microscope et quelques accessoires, il passait des heures à étudier des plantes ou des animaux. Ce fut un des oncles de M. Quénu, l'oncle Louis, marchand drapier à Marquise, mais homme cultivé et de bon sens et qui regrettait de n'avoir pu être médecin, qui décida de sa vocation. Déjà, en 1867, au moment de l'Exposition, l'oncle avait emmené le neveu à Paris, comme pour lui montrer le but lointain de ses efforts et, pour se guider dans la grande ville, les deux hommes faisaient leur route sur un plan grossier imprimé sur un mouchoir. Mais il faut croire que, malgré son apparence, ce plan était fort explicite, car, lorsque M. Quénu revint plus tard à Paris, il y trouva tour à tour le chemin des hôpitaux dont il devint chirurgien, après avoir été interne dans une promotion qui comptait dans ses rangs : Barth, Brissaud, Charles Nélaton, Jalaguier, Segond, Pierre Bazy, Gilbert Ballet, Mayor (de Genève) ; celui de la Société Nationale de Chirurgie, dont il fut président en 1907, de la Faculté de médecine, où il accéda comme professeur, également en 1907, de l'Académie de médecine, où il entra en 1908 et qu'il présida en 1929, enfin, de l'Académie des Sciences, où il fut élu en 1917, couronnant ainsi une belle et prodigieuse carrière.

Prodigieuse carrière, en effet, que celle de ces hommes qui, ayant connu les plus humbles débuts, parviennent néanmoins jusqu'aux plus hauts sommets. Mais l'accord entre leurs mérites et les places qu'ils occupent se trouve si parfaitement réalisé qu'ils ne prennent jamais figure de parvenus. C'est qu'ils sont toujours à la hauteur de leur mission et même supérieurs à leurs emplois, et apportent de l'éclat à leur situation, au rebours de tant d'autres qui ne font que leur en emprunter. La simplicité et la modestie rendent encore plus précieuses de pareilles vertus.

...M. Quénu bénéficia encore d'un autre privilège : celui de devenir, en 1889, l'assistant de Terrier, de subir son influence, puis d'être à même de la prolonger et de l'étendre pour son propre compte. Il allait participer à l'éclosion de la méthode aseptique sans laquelle il n'existerait pas de chirurgie moderne et dont nous avons bien le droit d'être fiers puisque, comme le rappelait M. Terrier, « elle est née dans le laboratoire de Pasteur et que c'est de là qu'elle est passée, d'une façon en quelque sorte indirecte, par l'intermédiaire de Lister et de l'antisepsie, puis, d'une façon tout à fait directe, dans la chirurgie dite aseptique ». A la suite de Terrier, M. Edouard Quénu s'attacha passionnément au perfectionnement de la méthode aseptique. On sait avec quelle minutie il approfondit toutes les questions de stérilisation du matériel chirurgical, et il faut proclamer que si, aujourd'hui, dans toutes les salles d'opérations du monde, les chirurgiens n'opèrent que les mains protégées par des gants, c'est à M. Quénu que revient l'honneur d'avoir eu l'idée de proposer et la ténacité d'imposer cette salutaire pratique.

Pour faire prévaloir ses idées, M. Quénu dut, comme Terrier, comme Lucas-Championnière, soutenir avec vigueur de nombreuses controverses.

...La conséquence immédiate de cette découverte de l'asepsie dont M. Quénu contribua à préciser les règles fut d'élargir à l'infini le champ de la chirurgie qui, en acquérant la sécurité qui lui manquait, put se permettre des audaces jusque-là interdites et partir vers de nouvelles conquêtes. On eût dit que chacun des jeunes maîtres de l'époque se fût fixé un territoire à explorer car, bien que rien ne pût arrêter la curiosité de M. Quénu, ses travaux de prédilection portèrent principalement sur les maladies du foie et de l'intestin. Mais, pour un homme comme lui, un champ, si limité qu'il apparût, offrait à son esprit d'investigation des possibilités multiples. L'anatomie pathologique des affections chirurgciales, en particulier, n'était connue que par les constatations faites au cours des autopsies. On n'avait encore jamais vu de pareilles lésions en place, sur le vivant, encore moins à tous les stades et, notamment, à leur stade de début. Elève de Marey pour la physiologie, ancien chef du laboratoire d'histologie, puis directeur de l'amphithéâtre des hôpitaux et, au surplus, professeur agrégé d'anatomie, M. Quénu se trouvait tout spécialement préparé pour ne rien laisser dans l'ombre des problèmes qui se posaient à lui et il en scruta tous les détails avec la méticuleuse conscience qu'il apportait en tout. Non content de produire de nombreux articles originaux, notamment dans cette *Revue de Chirurgie* dont il fut, de longues années, l'animateur, il condensa aussi ses travaux dans de volumineux traités dont le plus justement célèbre est le *Traité de la chirurgie du rectum*, qu'il écrivit en collaboration avec M. Hartmann.

. . . .

***

Il ne prisait, en vérité, que ce qui était sérieux et solidement établi. Il avait horreur de l'accessoire et du conventionnel. Pareille tournure d'esprit lui était

certes bien naturelle. Il la devait à la modestie de ses débuts et à l'austérité d'une jeunesse tout entière tendue vers le succès par le travail. Mais il l'avait encore affirmée par la souffrance qui ne l'avait pas épargné. Une brillante et rapide carrière avait récompensé ses efforts. La vie lui souriait. Il était devenu le gendre de M. Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et, de son union avec l'admirable compagne qu'il avait choisie, cinq enfants étaient nés pour sa plus grande joie. C'est en eux qu'il fut précisément atteint et son fils aîné, en particulier, lui fut prématurément ravi. D'autres peines lui furent encore réservées. A ces coups si cruels, M. Quénu opposa une silencieuse résignation et un courage sans égal. Mais, alors que par tempérament il eût été volontiers sociable et plein d'enjouement, il se replia sur lui-même, ne trouvant plus de joie que dans l'intimité de sa vie familiale et le commerce de quelques amis choisis.

L'adversité obtint ainsi comme la concentration de toutes ses facultés. Naturellement bon et compatissant, il trouva dans sa propre souffrance le moyen de mieux comprendre les souffrances des autres, de leur être pitoyable, d'en avoir surtout le respect. Il était avec ses malades, même les plus humbles, d'une politesse raffinée, comme s'il eût voulu leur faire ainsi discrètement sentir qu'il se plaçait corps et âme à leur service. Quelle leçon pour ses élèves, quel réconfort pour ses patients ! C'est parce que la douleur avait été son maître qu'il fuyait la vanité et l'ostentation pour ne considérer que l'essentiel. Il dédaignait le décor et se refusait à envelopper sa pensée dans des ornements qu'il ne jugeait propres qu'à l'obscurcir. Il n'avançait que ce dont il était sûr et qu'il avait auparavant soigneusement vérifié. Il n'appréciait pas la fécondité, parce qu'il jugeait avec raison que, trop souvent, elle est le fait d'esprits superficiels, prompts à se déclarer comme aussi à se contredire. Il confrontait patiemment ses opinions à celles des autres, et il ne concluait qu'après avoir mûrement réfléchi et rassemblé des arguments solides.

De pareilles qualités n'allaient certes pas sans une certaine sévérité dans les manières et parfois dans les propos. Mais personne ne se fût avisé de s'en offusquer, parce que chacun savait que si M. Quénu possédait une rude franchise, elle n'était que l'expression de la droiture et de la probité la plus rigoureuse et la plus loyale. Pourquoi, d'ailleurs, aurait-on relevé une sévérité que M. Quénu commençait par s'appliquer à lui-même ? On aurait pu dire de lui comme Montesquieu de son prédécesseur à l'Académie française, M. de Sacy : « Il jugeait qu'ayant écrit sur la morale, il devait être plus difficile qu'un autre sur ses devoirs ; qu'il n'y avait point pour lui de dispenses, puisqu'il avait donné les règles ; qu'il serait ridicule qu'il n'eût pas la force de faire des choses dont il avait cru tous les hommes capables, qu'il abandonnât ses propres maximes, et que dans chaque action il eût en même temps à rougir de ce qu'il aurait fait et de ce qu'il avait dit. »

L'érudition ne marche pas toujours de pair avec l'éloquence, car la fougue que réclame cette dernière est souvent incompatible avec le lent et patient labeur que lui préfèrent certains esprits. Ceux-ci sentant d'ailleurs qu'ils sont dépourvus des grands moyens d'expression ont, comme M. Quénu, la sagesse de n'y point recourir. Ils comptent davantage sur la solidité de l'argumentation, le calme du raisonnement. Ils vous enferment dans la rigueur de leur dialectique et vous ne pouvez échapper à leur influence tenace. Ils ne cherchent ni à séduire, ni à éblouir. Ils prétendent à convaincre. Leur action est moins brillante, mais aussi moins factice et, à coup sûr, plus durable. Leur empreinte demeure.

Si M. Quénu était rebelle, en ce qui le concernait, à la séduction du verbe, il y était extrêmement sensible quand elle émanait des autres. Cet homme du Nord, froid et réservé, n'eut pas de meilleurs amis, ni de plus admirés, que deux méridionaux exubérants et diserts : Gérard Marchant et Paul Segond. Il est vrai que, pour tenir tête à leur faconde, il pouvait associer son calme à l'humour pince-sans-rire de l'Alsacien Stackler. On eût dit que, mû par ce juste sentiment de l'équilibre, qui, toute sa vie l'anima, M. Quénu se sentît particulièrement attiré par les hommes dont les qualités les plus opposées aux siennes se trouvaient capables, tout en les exaltant, de leur faire contre-poids.

***

Dans l'exercice même de la chirurgie, M. Quénu ne manquait pas de faire montre de la même autorité froide et réfléchie. Pour opérer, il retirait son inséparable lorgnon. Les yeux mi-clos, comme pour ne point se laisser distraire par l'entourage, les mâchoires rythmiquement contractées, obstiné et patient, il laissait se dérouler son intervention avec l'inflexible rigueur d'un théorème mathématique. Les gestes succédaient aux gestes dans un ordre convenu et toujours le même, le précédent préparant et éclairant le suivant, sans que jamais l'un d'entre eux fût omis ou négligé. Peu soucieux de plaire, seulement acharné à guérir, M. Quénu tenait pour assuré que la brièveté d'une opération ne résulte pas de la précipitation mais de la précision, et il y visait à tout instant. Rappellerai-je que sa préoccupation de reconstituer de façon exacte toutes les parties divisées par l'opération le conduisit à se faire un des apôtres les plus fervents de la péritonisation, sans quoi les interventions sur l'abdomen ne connaîtraient pas aujourd'hui cette sécurité dont nous sommes si fiers.

Ceux qui admirent le travail d'équipe, ce « teamwork » dont les Américains se montrent si férus, auraient pu au moment où, pour de trop courts mois, hélas ! j'avais l'honneur d'être, en 1909, l'interne de M. Quénu, en contempler un magnifique échantillon. A cette époque, M. Pierre Duval était l'assistant habituel des opérations de M. Quénu. Moulées dans de longs gants noirs qui remontaient jusqu'au coude, on pouvait voir ses mains circuler avec une incroyable dextérité, une souplesse féline pour débarrasser le champ opératoire de tout ce qui pouvait l'encombrer, rendant ainsi plus éclatantes encore la clarté et la netteté des opérations de son chef. Agile, brillant et virtuose, M. Pierre Duval apparaissait comme la couleur complémentaire de M. Quénu.

La stricte discipline qu'il s'appliquait à lui-même

et qui, par suite, semblait naturelle aux autres, la ponctualité dans la tâche, sa probité, son désintéressement, l'autorité qui émanait de sa personne et de ses propos et que nul ne songeait à discuter, tant elle s'imposait, l'indépendance du caractère jointe à la simplicité des manières, la bonté rayonnante sous l'écorce parfois rugueuse, voilà les qualités qui devaient faire de M. Quénu un chef d'école au prestige incontesté. Il le fut, en effet, dans toute l'acception du mot. Il méritait qu'on lui décernât ce beau nom de Patron qui peut contenir tant de choses, comme la tendresse pour un père, l'admiration pour un chef et la reconnaissance pour un maître. Un patron n'est pas seulement un personnage glorieux pour ses travaux, admiré pour son talent d'opérateur ; c'est aussi un homme qui vous enrichit en même temps de sa pensée et de son exemple, qui établit avec son entourage cette secrète communication d'où résulte l'unisson, qui crée en un mot l'esprit de corps, générateur de fierté et de dévouement poussé jusqu'au sacrifice. Le patron, enfin, n'est pas seulement un homme de qui on reçoit, c'est surtout un homme à qui l'on aime à donner.

Ceux qui fondent ainsi des Maisons connaissent le privilège d'avoir des fils spirituels associés par le cœur et non par l'intérêt. La récompense et le dédommagement de certains pères est que, parfois, leurs fils par le sang deviennent aussi leurs fils par l'esprit. Pour récompenser les chagrins qui l'avaient éprouvé, mais trempé, M. Quénu eut le bonheur de voir son second fils pénétrer à sa suite dans la carrière qu'il avait illustrée et y suivre les mêmes voies pleines d'honneur, et une de ses filles s'unir à Pierre Mocquot, alors jeune chirurgien plein de promesses, aujourd'hui porté vers une chaire de professeur par l'estime que lui valent tout à la fois son talent et sa modestie.

***

M. Quénu avait conquis un des premiers rangs parmi nous lorsque la guerre éclata. Ce devait être pour lui l'occasion de mettre au service de tous la juste considération dont il était entouré et de nous donner, une fois de plus, la mesure de son indépendance de caractère. Contrairement à tant de gens, trop souvent, il est vrai, parvenus par l'intrigue, et qui n'osent contredire le Pouvoir, même sachant qu'il se trompe, M. Quénu ne se fût pas jugé digne des honneurs que lui avaient valus ses travaux, s'il ne s'en était pas servi pour imposer ce qu'il pensait être la vérité. Jamais le monde n'avait été en proie à une lutte aussi gigantesque, aussi barbare et aussi imprévue que la guerre de 1914. On croyait connaître la chirurgie de guerre par des expériences acquises dans des conditions qui n'avaient rien de comparable. Très vite on s'aperçut qu'il fallait transformer les méthodes. Mais, qui devait en prendre l'initiative ? Qui réussirait, en accumulant les documents, à dégager les doctrines ? Qui propagerait les conseils que l'expérience aurait permis d'estimer judicieux et bons à répandre ? Qui pourrait éviter les excès tout en stimulant les initiatives ? Qui établirait entre les chirurgiens, dispersés sur tant de points et livrés à eux-mêmes, la liaison nécessaire ?

Messieurs, disons-le à l'honneur de notre vieille Société Nationale de Chirurgie, ce fut elle qui devint le creuset où s'élaborèrent toutes les découvertes qui permirent de faire progresser la chirurgie de guerre, depuis le stade informe où elle se trouvait en 1914, jusqu'au point de quasi perfection où elle était parvenue à la fin de 1918. Parmi les hommes qui jouèrent un rôle dans cette évolution, M. Quénu occupe le tout premier rang. D'une activité inlassable, malgré son âge, assurant un service au Val-de-Grâce en même temps que son service de l'hôpital Cochin, allant sans cesse aux armées pour saisir, sur place, les besoins des chirurgiens du front, leur prodiguant les conseils et les encouragements, voulant tout voir par lui-même, n'hésitant pas, pendant huit mois, à passer ses nuits comme ses jours à la gare de La Chapelle pour trier les blessés et les répartir dans les hôpitaux, il fit plus encore. C'est lui qui, suivant les paroles mêmes de M. Sébileau, « rallia les membres épars et un peu désemparés de la Société de Chirurgie et qui, tant par l'importance de ses communications scientifiques que par l'ardeur qu'il communiqua à la jeune génération qui travaillait au front, fit de cette Société de Chirurgie le grand centre scientifique d'où ne tardèrent pas à partir à la fois les sages conseils de modération conservatrice, les vigoureux encouragements opératoires et les grandes directions des disciplines thérapeutiques ».

Non content de ce labeur accablant, dont on eût bien pu croire incapable un homme d'apparence aussi frêle mais, il est vrai, doué d'une volonté de fer, M. Quénu trouve en outre le temps de faire œuvre originale. Personne n'a pu oublier, entre autres, ses retentissantes communications sur la pathogénie du choc traumatique et le rôle qu'il y assignait aux produits toxiques de la désintégration des tissus. Aujourd'hui encore, les idées de M. Quénu servent de thèmes à bien des recherches dont l'intérêt se trouve loin d'être épuisé. Des problèmes de cette envergure ne peuvent se résoudre en un jour. Ils mettent en jeu des données qui appartiennent à des disciplines scientifiques si éloignées de celles de la chirurgie pure, qu'il n'est pas surprenant que la doctrine connaisse, avant de s'établir, quelques tâtonnements. Il ne m'en coûte pas de rappeler les controverses que soulevèrent les premières communications de M. Quénu et auxquelles Henri Vallée et moi participions de concert, puisque ce m'est une occasion d'attester que, sans rien atténuer de sa combativité coutumière, M. Quénu accepta avec bienveillance et courtoisie une discussion où, tout en cherchant à convaincre un de ses jeunes et sans doute présomptueux disciples, il le contraignit aussi à beaucoup réfléchir, à peser ses arguments, à mesurer ses termes, bref à faire œuvre scientifique et qu'ainsi, une fois de plus, il le forma.

***

La guerre terminée, M. Quénu nous donna une preuve nouvelle de son scrupuleux désintéressement en prenant prématurément sa retraite. Depuis qu'il avait atteint l'âge mûr, il s'était fixé soixante-cinq ans comme terme à son activité. Hanté par le souve-

nir de certains de ses maîtres qui, bien qu'amoindris, avaient continué à exercer contre toute raison, il ne voulait pas, disait-il, donner aux jeunes le spectacle de sa décrépitude. En 1919, à soixante-sept ans, comblé d'honneurs, ayant conquis le premier rang, venant de montrer par son action pendant les hostilités qu'il était en pleine possession de ses facultés intellectuelles comme de sa résistance physique, il quitta, volontairement, sa chaire de clinique chirurgicale et son service de l'hôpital Cochin, s'excusant seulement que la guerre l'eût contraint à les conserver deux années de plus qu'il ne l'avait prévu. Il ajouta au stoïcisme de ce geste en l'exécutant sans faiblir. Ennemi des demi-mesures, il rompit avec tout ce qui avait été son activité passée et formait la trame apparente de sa vie, et, du jour au lendemain, il abandonna tout, sans inutile regret : hôpital, faculté, clientèle. Il vendit sa voiture, se retira à la campagne entouré de ses petits-enfants et mit un point final à une admirable carrière.

. . . .

Ce faisant, ne nous le dissimulons pas, Messieurs, M. Quénu se montra encore un véritable chef d'école et il acquit un mérite qui paraît avoir été d'autant plus admiré qu'il semble qu'on se le soit, à l'ordinaire, moins souvent disputé. N'est-ce pas pour maintenir sa vie, sa flamme et son ardeur à son Ecole qu'il en transmit de son plein gré la direction « au plus aimé et au plus brillant de ses élèves », comme a dit M Lenormant ? N'avait-il pas raison de penser qu'en s'en allant vivant, il resterait en effet vivant au milieu des siens ?...

*
**

Les derniers mois de M. Quénu furent l'occasion de la plus cruelle des épreuves, comme si la souffrance et la mort, contre lesquelles il avait passé sa vie à lutter, avaient voulu prendre sur lui leur revanche. Une des plus grandes preuves d'amour qu'un chirurgien puisse donner à son Art est de se confier à lui. Entré dans une clinique pour y subir une opération qui ne devait l'immobiliser que deux jours, M. Quénu y resta neuf mois qui ne furent qu'un long et douloureux calvaire. Placé ainsi en face de la maladie et de la mort, ce grand chirurgien nous donna sa dernière leçon. Le stoïcisme, la résignation devant la douleur et le sacrifice sont souvent considérés comme des privilèges. Ce sont, en tout cas, ces vertus qui font la gloire des héros et des martyrs, et c'est par elles que le médecin s'apparente à ces derniers. Ne tient-il pas en effet des uns et des autres quand, après avoir passé sa vie à distribuer l'illusion, cette illusion dans laquelle, si souvent, l'homme puise son bonheur ou tempère son malheur, il se voit sur sa fin refuser cette faculté et cet appui ? Pas un jour M. Quénu ne chercha à se tromper lui-même. Tout en étant malade il restait chirurgien, avec ce souci de l'observation correcte et véridique qu'il nous avait enseigné. Il annonçait les événements avec une froide lucidité. C'est dans de pareils moments que, dans un colloque singulier, on voit parfois s'affronter deux chirurgiens qui cherchent à se duper mutuellement, pour des motifs également respectables. Mais lequel des deux, Messieurs, distribue le mieux l'illusion et avec le plus de mérite : celui qui, mû par un sentiment de charitable solidarité, s'ingénie de tout son cœur et de toute son intelligence à farder une vérité trop cruelle ; ou celui qui, sachant qu'aucun espoir ne lui est plus permis, ne veut pas détourner l'autre de cette pieuse mission qui est un des buts les plus sacrés de notre profession, et qui consiste à faire garder le goût de la vie à ceux dont les jours sont déjà mesurés ?

Oui, Messieurs, c'est une grandiose leçon que nous donnent ceux qui, comme M. Quénu, soutenus par la Foi la plus pure, voient la mort s'avancer, assistent conscients à sa marche et ne puisent dans cette vision qu'un motif de s'élever davantage. L'homme, à ces moments, n'appartient déjà plus à la Terre. Il se dégage de lui une impression qu'il est impossible de ne pas ressentir, car il semble que ses yeux connaissent déjà des choses que nos yeux, toujours humains, sont incapables de voir.

Telle fut, pour notre édification, la vie de M. Edouard Quénu et quand je cherche, pour la résumer, une phrase qui fût digne de lui et n'eût pas offusqué sa modération, je n'en trouve qu'une : celle dont Bossuet se servit pour le chancelier Michel Le Tellier : « Il était la sagesse même. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1938)

L'influence des eaux minérales sur la respiration tissulaire. — MM. PIÉRY, J. ENSELME et Mlle Simone PETEL, poursuivant leurs recherches avec la même technique que celle employée dans leur précédente communication, étudient le rôle des ions Ca^{++}, Mg^{++} et l'ion Na^{+} pris pour base physiologique.

Il résulte de leurs expériences que les ions Ca^{++} diminuent la respiration des globules rouges nucléés de l'oie commune. Cette diminution est encore plus marquée en présence d'acide ascorbique.

Les ions Mgr^{++}, au contraire, semblent augmenter cette respiration. La présence d'acide ascorbique modifie peu ce phénomène. En outre, l'ion Mg^{++} active et l'ion Ca^{++} diminue l'intensité de fixation de l'oxygène dans le système tyrosine-tyrosinase.

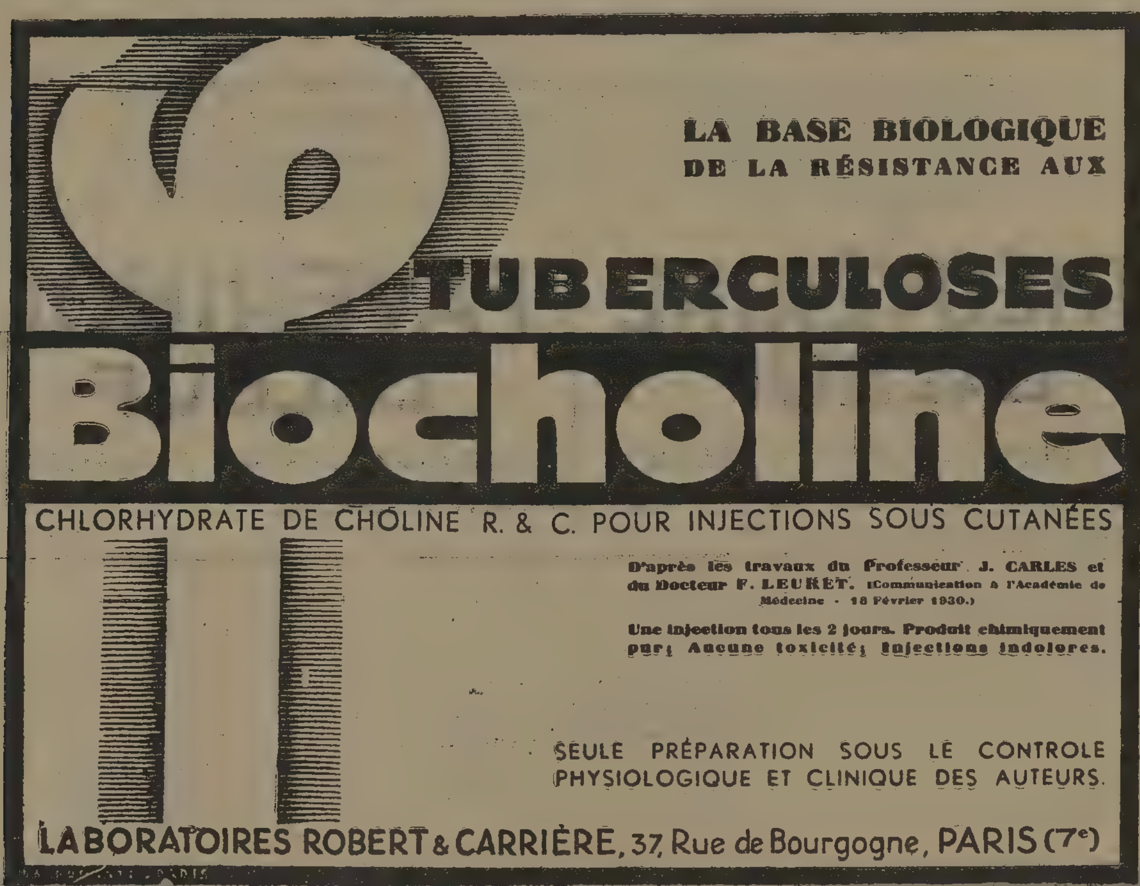
Aptitude d'un aliment protéique à couvrir les besoins azotés d'entretien ou de croissance et régénération des protéines tissulaires. — Mme Andrée ROCHE, M. J. ROCHE, Mme Simone DROUINEAU et M. P. PASSELAIGUE.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1938)

M. le Président annonce la mort de M. DOLÉRIS, membre titulaire. M. Brumpt donne lecture d'une notice sur M. Nuttal (de Cambridge), membre correspondant étranger, récemment décédé.

En marge de la prémunition antituberculeuse. — M. VALLÉE. — « Ainsi que je ne cesse de le défendre depuis 1911, la prémunition de la tuberculose s'obtient d'autant plus sûrement, au titre expérimental, que l'antigène utilisé est moins aisément résorbé. S'il est possible d'apporter des



LA BASE BIOLOGIQUE
DE LA RÉSISTANCE AUX
TUBERCULOSES
Biocholine
CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C. POUR INJECTIONS SOUS CUTANÉES
D'après les travaux du Professeur J. CARLES et du Docteur F. LEURET. (Communication à l'Académie de Médecine - 18 Février 1930.)
Une injection tous les 2 jours. Produit chimiquement pur; Aucune toxicité; Injections indolores.
SEULE PRÉPARATION SOUS LE CONTROLE PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES AUTEURS.
LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7e)

faits expérimentaux à l'appui de cette conception, les résultats de son application à la prophylaxie dans les élevages ne peuvent être fructueusement enregistrés.

Mais, comme je l'indiquais en 1924, la méthode est applicable à la prévention d'autres infections chroniques. Mise en œuvre, avec P. Rinjard, dans la prémunition de la maladie de Johne (paratuberculose bovine), régulièrement mortelle à court terme, elle donne des résultats d'une nette clarté. Elle se révèle inoffensive chez plus de 148.179 animaux prémunis avec P. Rinjard, de 1922 à 1937.

Les faits acquis confirment la valeur de la conception retenue.

La constitution d'une lésion locale de prémunition, active et persistante, est seule capable de conférer à l'organisme une résistance durable. La lésion de prémunition doit être surveillée dans son évolution. Il convient de la renouveler dès qu'elle s'éteint. On évite ainsi l'imprévisible retour de l'organisme vers la réceptivité.

Appliquée de concert avec des mesures sanitaires rationnelles — encore qu'inefficaces à elles seules, — la prémunisation assure soit une *diminution considérable* des cas de maladie, soit, dans 80 p. 100 des étables, l'assainissement total de milieux infectés en permanence, depuis de longues années. » (Note lue par M. LAUBRY.)

L'automobile homicide ; l'examen des automobilistes est-il vraiment irréalisable ? — M. TANON, au nom de M. PARISOT, expose que devant le nombre croissant des accidents d'automobile, la plupart des Etats d'Europe ont pris des mesures pour le contrôle physique des conducteurs. M. Parisot, dans une note très documentée, propose d'établir en France ce contrôle.

Après une discussion à laquelle ont pris part M. Fredet et M. Fiessinger, qui rappelle que l'Académie a déjà — sans succès — demandé l'examen physique des chauffeurs, l'Académie renvoie la communication de M. Parisot à une commission.

Font partie de la commission : MM. Tanon, Crouzon, Guillain, Fredet, Charles Fiessinger et Parisot.

Essai d'immunisation de l'homme par voie oculaire avec les rickettsies du virus murin I de Tunis. — Mme Hélène SPARROW et M. P. MARESCHAL. (Note présentée par M. MESNIL.)

Mécanisme de l'action biologique des rayons X et causes de la radiosensibilité. — M. BORDIER.

LIVRES NOUVEAUX

L'administration générale de l'Assistance publique à Paris 1920-1937 (1).

Le docteur Louis Mourier vient de publier un splendide volume sur l'activité et les réalisations de l'administration qu'il dirige avec une autorité unanimement reconnue.

Après avoir relaté l'histoire de l'Assistance publique, M. Mourier et M. Chénevier nous montrent les *nouveaux établissements et les nouveaux services hospitaliers.*

La riche et très belle iconographie qui orne l'ouvrage fait éclater cette vérité : nous possédons en France et surtout à Paris une organisation hospitalière qui n'a rien à envier à ce qui se fait à l'étranger.

M. Mourier a eu la coquetterie de placer, à côté des photographies des nouveaux établissements, des vues des vieux hôpitaux.

(1) Un volume in-4° de 205 pages, avec nombreuses illustrations. Imprimerie Georges Lang, 11 bis, rue Curial, Paris.

Cette comparaison met en valeur l'effort réalisé. S'il est facile de construire de beaux services là où rien n'existe, il est plus difficile de faire de telles transformations lorsqu'il faut aboutir sans arrêter le fonctionnement d'un hôpital. C'est cependant ce qui a dû se faire bien souvent. Aussi est grand le mérite de l'administration et de son directeur. C'est donc une heureuse idée d'avoir mis face à face le vieux Beaujon et le colossal Beaujon de Clichy, d'avoir opposé le magnifique Broussais-La Charité aux vieux baraquements provisoires de Broussais, où Verlaine venait se reposer, et où il mourut.

En parcourant le volume de M. Mourier, on verra avec quel souci de bien faire, l'administration a entrepris *la lutte contre les grands fléaux sociaux*, on admire *ses efforts pour la maternité et l'enfance, pour l'hospitalisation des vieillards, enfin en faveur de l'évolution sociale.*

Nous voudrions éviter de citer des chiffres, il nous faut cependant indiquer que si, en 1920, les hôpitaux de Paris comptaient 20.076 lits budgétaires, en 1936, ce nombre est passé à 29.082.

Les journées d'hospitalisation ont passé de 5.670.295 à 8.716.066 !

On comprend dès lors la nécessité de la création des services économiques et des services techniques indispensables à la vie de cette population.

Tout cela est fort remarquable ; si l'on considère enfin les mesures prises en faveur de l'admirable personnel de l'Assistance, on mesure mieux l'effort accompli par la Ville de Paris et par une administration dont elle a le droit d'être fière.

F. L. S.

CORRESPONDANCE

UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LE TRAITEMENT DES ALGIES ET DES CONTRACTURES

Depuis plus de six ans nous utilisons une méthode dans le traitement des douleurs, qui nous fournit plus de 70 p. 100 de guérisons.

Je me sers dans ce but d'un appareil de diathermie, auquel le malade est relié par une électrode sèche (électrode en contact avec une partie limitée de la peau) ; l'autre électrode est constituée par une aiguille à épilation ou aiguille terminée en boule, fixée sur un manche porte-électrode pourvu d'un interrupteur.

L'appareil en marche ne doit débiter qu'un courant de faible intensité supportable par le malade et mesurable à l'ampèremètre thermique. En touchant légèrement à l'aiguille la région douloureuse, il se produit une étincelle qui provoque une secousse au malade, et c'est le plus souvent de l'intensité de l'étincelle que dépend l'effet sédatif de la région souffrante.

Cet effet est d'autant plus certain que l'on suit à peu près le trajet des nerfs de la région. Une rubéfaction apparaît quelques minutes après, et le lendemain on constate des points rouges qui disparaissent assez rapidement sans laisser de traces. Il est à remarquer que plus la réaction locale est forte, plus la cessation des algies est rapide. Il suffit d'effectuer 50 à 80 points à chaque séance pendant deux à quinze fois suivant les cas pour obtenir un bon résultat. Les applications doivent être effectuées tous les deux jours. On peut remplacer les points électriques par des traits de quelques centimètres, au long des nerfs.

Ce procédé n'a aucun rapport avec l'acupuncture chinoise, qui exige la connaissance précise de plusieurs centaines de points anatomiques et l'enfoncement de l'aiguille froide dans la peau, et ni avec l'électropuncture. Ce procédé est parfaitement applicable aux petites articulations at-

teintes d'algies diverses, ce qui n'est pas faisable avec les pointes de feu qui laissent des traces indélébiles et dont l'action calmante est passagère.

Souvent, dans le cas de névralgie intercostale gauche, la sédation de la douleur est obtenue en traitant le côté droit correspondant non douloureux, mais il est bien de traiter les deux côtés. Dans le cas de douleurs articulaires très accusées localisées aux mains et aux doigts, le traitement du tiers supérieur de la face antérieure de l'avant-bras, région non douloureuse, fait cesser la douleur du tiers supérieur de la main ; le traitement du tiers de la face antérieure fait cesser les douleurs du tiers moyen de la main, et ainsi de suite.

Après la période aiguë du rhumatisme, ce procédé permet de faire disparaître rapidement les fluxions polyarticulaires, l'impotence fonctionnelle, et empêche l'atrophie musculaire toujours possible, fait disparaître les enflures de la stase et l'engourdissement des articulations. Les malades regagnent tous leurs mouvements normaux. On obtient des résultats favorables dans le torticolis et dans les sciatiques (les points électriques doivent suivre le trajet du sciatique, plusieurs rangées de points sont nécessaires), les cellulites, la crampe d'écrivain (dans cette affection, il est à conseiller en même temps l'usage de la machine à écrire, qui met en fonction d'autres muscles de la main), dans la tarsalgie si récalcitrante à d'autres traitements, dans la goutte articulaire chronique, l'arthrite blennorragique (dans cette dernière très souvent, le traitement provoque au début une réaction douloureuse). On obtient des améliorations importantes dans l'aérophagie en appliquant le traitement au creux épigastrique et aux dernières vertèbres dorsales, dans certaines névroses, angoisse, émotivité, en traitant la région correspondant aux vertèbres cervicales et premières dorsales.

L'amélioration est plus difficile à obtenir dans l'hydarthrose et dans les névralgies des cancéreux.

DOCTEUR H. HERSCOVICI (de Paris).

PRATIQUE MÉDICALE

La thérapeutique dinitrée, par J.-R. BELL (*Thèse de Paris*. 1937).

Dans ce travail, Bell a voulu faire une étude clinique de la médication dinitrée, estimant le recul suffisant pour pouvoir émettre un jugement d'ensemble.

Cette étude est fort intéressante, car elle diffère en bien des points des constatations faites expérimentalement par des physiologistes. Par exemple, « il faut opposer l'hyperthermie toxique, obtenue par les expérimentateurs (et qui s'accompagne de polypnée, d'hyperglycémie, d'hypoglobulinémie, etc...) et l'hypermétabolisme thérapeutique réalisé par les cliniciens ».

Au cours de la thérapeutique dinitrée, on observe :

a) Une élévation du métabolisme ;

b) Une diminution du métabolisme ;

c) Une absence de réaction cardiaque ;

d) Une intégrité des fonctions rénale, hépatique et de la formule sanguine ;

e) Une variation insignifiante du bilan des principaux constituants bio-chimiques des humeurs.

L'indication thérapeutique fondamentale est l'obésité ; la médication dinitrée possède, en ce cas, sur le traitement thyroxinique un triple avantage :

— Absence de réactions cardio-vasculaires, neuro-végétatives et psychiques ;

— Absence de dénutrition azotée ;

— Absence d'effets persistant après la cessation du médicament.

Mais à côté de cette médication principale, le domaine de la médication dinitrée est encore étendu : elle donne des résultats heureux dans les états dépressifs et la mélancolie ; elle raccourcit de 30 % la durée de cicatrisation des plaies, et, associée à l'opothérapie, elle agit heureusement sur l'asthénie menstruelle.

Bell considère que cette médication doit être faite sous surveillance médicale. « Cette règle appliquée en France explique que, dans notre pays, on n'ait pas observé les accidents signalés à l'étranger. »

INFORMATIONS

(*Suite de la page 134.*)

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Conférences de neurologie oculaire.* — MM. TOURNAY et VELTER commenceront le mardi 8 février 1938, à 18 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront à la même heure, du 8 février au 12 mars.

Conférences clinico-radiologiques

M. René A. GUTTMANN, médecin des hôpitaux, fera le dimanche matin, à 10 heures, à la CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE (Prof. GOSSET), les conférences clinico-radiologiques suivantes : 6 février : L'ulcère duodénal bulbaire. — 13 février : Pathologie du duodénum post-bulbaire. — 27 février. — Cancer de l'estomac au début. — 6 mars : Complications de la gastro-entérostomie.

Le dimanche 20 février, à 11 heures, à la CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU (professeur CARNOT) : L'ulcère qui simule le cancer et le cancer qui simule l'ulcère.

Ecole de Psychologie, 27, rue Guénégaud (6e). — Cours de 1938. — Les dimanches, de 10 h. à midi, conférences psychologiques et séances d'auto-suggestion de psychologie collective. — Docteur BÉRILLON : Les maladies de l'âme, l'ennui, l'inquiétude, la tristesse et la timidité. — Docteur Marcel VIARD : Applications de l'auto-suggestion. — Docteur Pierre MÉNARD : Psychothérapie graphique. — Docteur MARTINIE-DUBOUSQUET : La médecine sportive et raciale. — M. LARÉGINIE : La radioactivité physique et psychique.

Les jeudis, de 17 à 19 h. — Docteur BÉRILLON : L'art de la psychothérapie et la défense contre les états dépressifs. — M. A. GUILLAUME : Les philosophes précurseurs de la psychothérapie. — M. PETIT (méd.-vét.) : Psychologie comparée. — Docteur DAVID : Psychologie coloniale.

Les jeudis, à 20 h. 45. — Docteur Marcel VIARD : Psychologie objective. Les cours sont complétés par des conférences des docteurs Paul Farez, Artault de Vevey, Dubar, docteur vétérinaire Lépinay, Cauvy de La Malou, Hollande, Bonnet-Lemaire, M. Raoul Follereau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 10. — MERCREDI 2 FEVRIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.*

Jury : MM. Wilmoth, Rouhier, Métivet, Fey, Leveuf, Basset, Gosset.

Censeurs : MM. Gosset (Jean), Gérard-Marchant, Aurousseau, Blondin.

Lecteurs : MM. Seille, Couvelaire (Roger), Ameline, Meillère, Patel, Bernard, Banzet, Ménégaux.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux (admissibilité). — Classement : MM. Halbron et Hudelo, 47, ex aequo ; Desvignes, 44 ; Mme Vallon, 43 ; MM. Joseph et Voisin, 41, ex aequo.

Concours de l'Internat (*oral*). — Séance du 27 janvier 1938 : MM. Didier, 14 ; Aurégan, 17 ; Paley, 18 ; Lasry, 18 ; Mlle Spach, 14 ; Mlle Wolfromm, 25 ; MM. Petit (Camille), 18 ; Barré (Yves), 14 ; Feldmann, 20 ; Séviléano (Eugène), 19.

Questions données. — Signes et diagnostic de la néphrite scarlatineuse. — Diagnostic des traumatismes récents et fermés du poignet.

Séance du 29 janvier 1938 : MM. Fortin, 17 ; Ristelhueber, 19,5 ; Pointeau, 24 ; Mlle Lipmann, 18 ; MM. Labayle, 21 ; Compagnon, 22,5 ; Mlle Grumbach, 23 ; MM. Dubost, 26 ; Danel, 17.

Questions données : Accidents de la dent de sagesse. — Signes et diagnostic du coma diabétique.

Faculté de médecine de Paris. — 5e année 1938. — Les épreuves de thérapeutique commenceront le jeudi 3 mars. Ecrit : 3 et 4 mars. Oral : à partir du lundi 7 mars. — Affichage : le 23 février.

1re année. N. R., 1938. — Anatomie. — Epreuve écrite : les vendredi 25 et samedi 26 février. Les convocations seront distribuées dans les pavillons.

2e année, N. R. — Epreuve écrite : dans le cas où l'anatomie serait désignée par le tirage au sort, le jeudi 24 février. Les convocations seront distribuées au secrétariat, guichet 2, le 23 février, de 9 h. à 11 h., et de midi à 13 h.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officiers :* MM. les docteurs Etienne Bernard, Bigard, Cain, Chappe, Chevallier (P.-L.), Pernot, Rousseau-Decelle (de Paris) ; Brustier (de Toulouse) ; Rosanoff (de Vichy) ; M. Viborel, du comité national de défense contre la tuberculose ; M. Brian, directeur technique de la Compagnie fermière de Vichy.

Chevaliers : MM. les docteurs Baillis (de La Réole) ; Bouquier (de Berck-Plage) ; Charasse (de Malaucène) ; Charpentier et Coquerelle (de Paris) ; Cotar (de Vichy) ; Cuinet (d'Arnay-le-Duc) ; Delille (d'Epinal) ; Desmonts (de Montpellier) ; Fabre (de Bordeaux) ; Férey (de Saint-Hilaire-du-Touvet) ; Ferey (de Saint-Malo) ; Gaffie (d'Albi) ; Mlle Guinier (de Paris) ; MM. les docteurs Jouen-Delamarre (de Beuzeville) ; Laborderie (de Sarlat) ; Léon-Lévy (de Paris) ; Magnin (de Paris), Mazand (d'Ailly-sur-Noye) ; Mizzoni (de Bône) ; Montagnard (de Marseille) ; Moulineau (de Champagnolles) ; Pallier (de Saint-Servan) ; Ponsoye (de Bourg-les-

Valence) ; Porez (de Lille) ; Prélat (de Paris) ; Renaud (d'Autun) ; Roques (de Cannes) ; Sicard (d'Aix-en-Provence) ; Schatz (de Sarreguemines) ; Thiel (de Montgeron).

CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DE M. LERICHE AU COLLÈGE DE FRANCE

M. René Leriche a pris possession au Collège de France de la chaire de médecine, dans laquelle il succède au regretté Charles Nicolle.

Bien avant l'heure, l'amphithéâtre était rempli. Dans l'assistance : M. le maréchal Pétain, M. Paul Valéry, M. Georges Duhamel, de l'Académie française ; MM. Caullery, J.-L. Faure et Langevin, de l'Académie des sciences ; le recteur M. Roussy, M. le doyen Tiffeneau ; les professeurs Marañon et Hernando (de Madrid) ; Robert Danis (de Bruxelles). De Paris : les professeurs Fernand Bezançon, Paul Mathieu, Chevassu, Baudouin, Lœper ; MM. Pasteur-Vallery-Radot, Ed. Michon, Mondor, Labey, Desmarest, André Mayer ; les médecins généraux inspecteurs Sieur, Rouvillois, Paître. Tout Lyon est là, me dit le professeur Mouriquand, et j'aperçois, en effet, MM. Hugounenq, Bérard, Cotte, Tavernier, Etienne Martin. Voici MM. Pautrier et Nicloux, de Strasbourg ; MM. Lambret et René Le Fort, de Lille...

Au milieu des applaudissements, M. Leriche fait son entrée, accompagné de M. Faral, administrateur du Collège de France.

Après les remerciements d'usage, M. Leriche ne peut s'empêcher de faire remarquer l'admirable souplesse avec laquelle le Collège de France sait adapter ses chaires aux nécessités du moment. La chaire de médecine a suivi les influences successives de Laënnec, Magendie, Claude Bernard, Brown-Séquard, d'Arsonval, pour échoir, dans ces dernières années, à deux illustres bactériologistes : Hyacinthe Vincent et Charles Nicolle.

La chaire passe maintenant à un chirurgien. Mais c'est toujours la recherche désintéressée qui restera le but de l'enseignement.

Avant d'aborder le sujet de son cours, M. Leriche tient à rendre un hommage spécial à ses deux prédécesseurs immédiats H. Vincent et Ch. Nicolle.

Les premières recherches de Vincent sur la vaccination contre la fièvre typhoïde remontent à 1890. Le 28 mars 1914 (grâce au sénateur Léon Labbé), la vaccination antityphoïdique était rendue obligatoire dans l'armée. Quelques mois plus tard, elle sauvait l'armée française. M. Vincent a certes d'autres titres éminents à notre reconnaissance et à notre admiration, mais on ne saurait trop le répéter, avec la vaccination antityphoïdique, il fut un des vainqueurs de la guerre, il restera un des grands bienfaiteurs de l'humanité.

Charles Nicolle a découvert et assuré la prophylaxie du typhus exanthématique, un des fléaux les plus redoutables des guerres. Sur le front français, sur les fronts d'Orient, il a remporté lui aussi une victoire décisive. Avec une émotion qu'il ne cherche pas à dissimuler, Leriche nous parle de cet homme rare qui, d'instinct, allait toujours vers la vérité.

M. Leriche trace alors à grands traits le programme de son enseignement. « Je ne suis pas un homme de science, déclare-t-il, ni un homme de laboratoire, je suis un chirurgien... Je ne me sens pas en état d'infériorité. »

La chirurgie, en effet, a évolué vers un type nouveau : elle n'aime plus l'aventure ni le hasard, elle est devenue « humaine ».

Elle ne voit plus seulement la lésion, elle tâche à connaître ses réactions lointaines, celles que cause l'appréhension avant l'opération, celles que produit la simple incision des téguments. Leriche nous parle alors des actions hormonales, de la maladie post-opératoire, des réparations tissulaires...

C'est à la chirurgie physiologique que Leriche continuera à consacrer tous ses efforts, il le fera avec optimisme, car l'optimisme dans la chirurgie reste le vrai ressort du succès.

Et tandis que les auditeurs, après avoir applaudi l'orateur, s'empressaient autour de lui, ma pensée se reportait vers le grand maître lyonnais Antonin Poncet, qui, le premier, sut discerner l'éclatant mérite de René Leriche et l'encourager dans la voie de la recherche.

F. L. S.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique médicale thérapeutique de la Pitié (prof. M. F. Rathery).

Mercredi 2 février. — 9 h. : M. Grenet : Leçon de séméiologie nerveuse. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 3 février. — 9 h. : M. de Traverse : Leçon de chimie biologique élémentaire. — 10 h. 30 : M. F. Rathery : Leçon clinique avec projections : gangrène sénile bilatérale.

Vendredi 4 février. — 9 h. : M. Bachmann : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme.

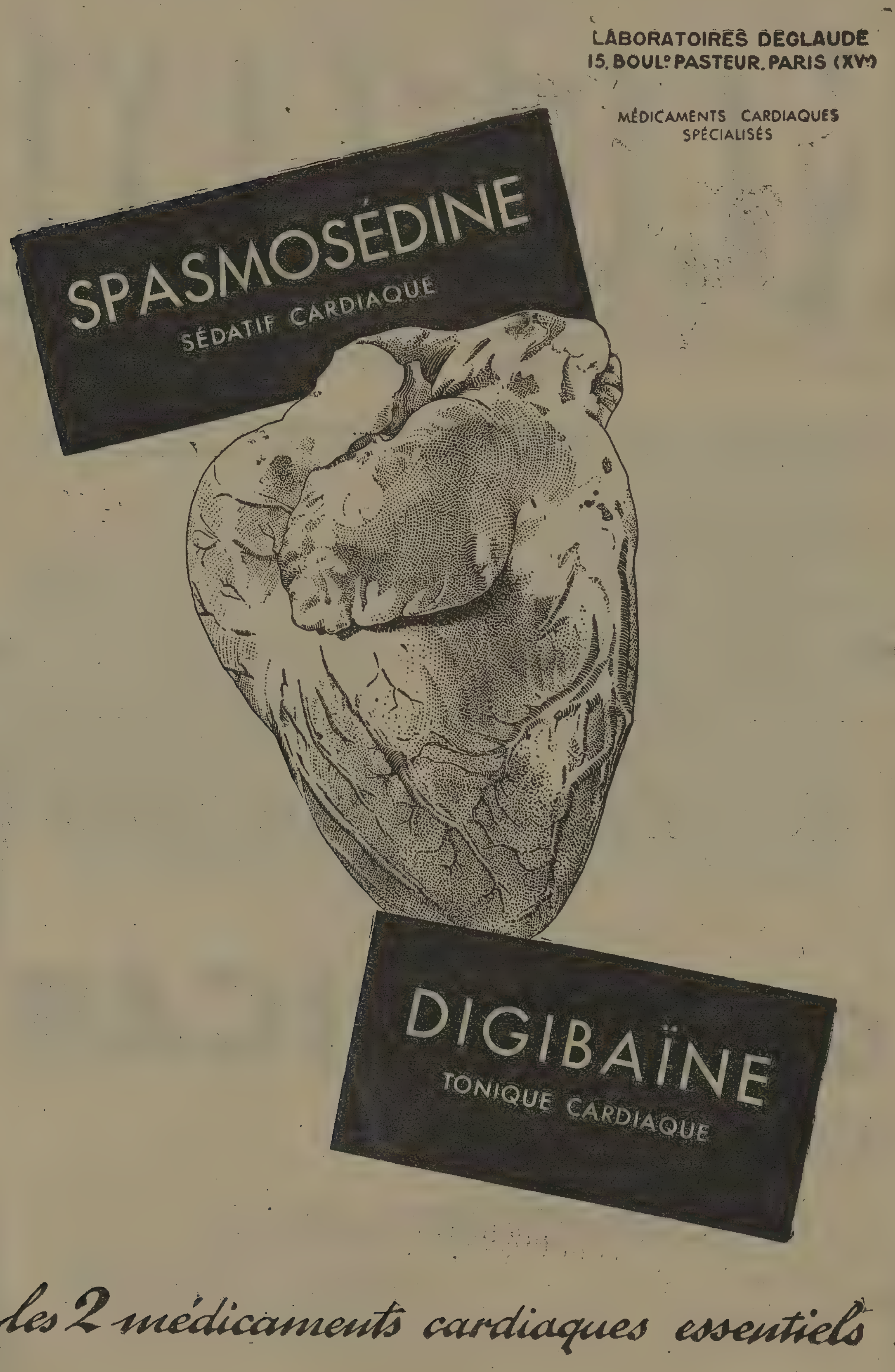
Samedi 5 février. — 9 h. : M. J. Ferroir : Leçon de séméiologie digestive.

Le Guide Rosenwald est le compagnon habituel du Médecin Praticien. L'édition 1938 vient de paraître. Le prix en est de 65 francs aux Bureaux du Guide et 70 francs franco domicile.

Mais pour les confrères *exerçants*, un certain nombre de volumes sont réservés pour la distribution médicale (un seul volume par confrère), jusqu'au 31 mars 1938 :

Gratuitement, si on fait prendre le volume aux bureaux du Guide ;

Ou franco à domicile, contre 6 fr. 50 à joindre en timbres-poste à la demande. Ecrire lisiblement le nom et le prénom, l'adresse à laquelle devra être faite l'expédition, et la date de la thèse (diplôme d'Etat français exclusivement).


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOUL? PASTEUR, PARIS (XV?)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Sauveur, de Lille (Professeur : O. LAMBRET).

DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE DES OSTÉOMES POST-TRAUMATIQUES

Par MM. MALATRAY et BASTIEN

De nombreux travaux ont cherché à préciser le développement et l'évolution des ostéomes musculaires ou tendineux post-traumatiques, de la « myosite ossifiante » et à en étudier la thérapeutique.

Il semble bien admis aujourd'hui que la radiothérapie enraye le développement d'un ostéome en évolution, mais qu'elle n'agit nullement sur l'ostéome fixé, « mûr », dont le cycle évolutif est terminé. L'ablation s'impose dans la seconde éventualité mais n'empêche pas la récidive dans la première.

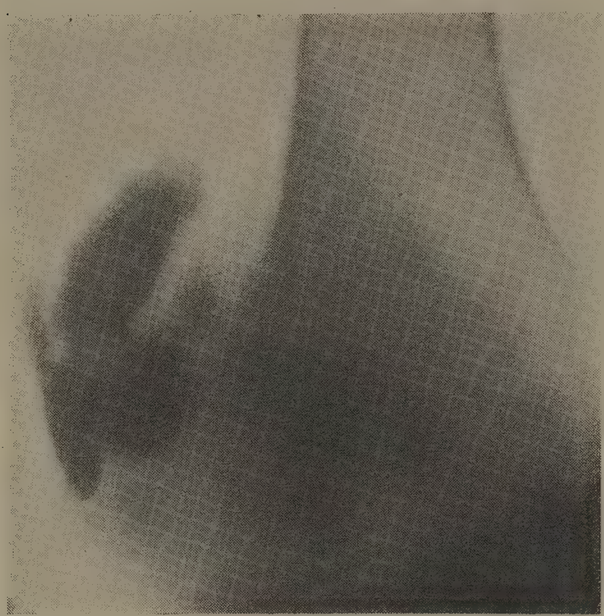


FIG. 1. — Sarcome latéro-condylien indépendant du fémur. (Cliché de 3/4.)

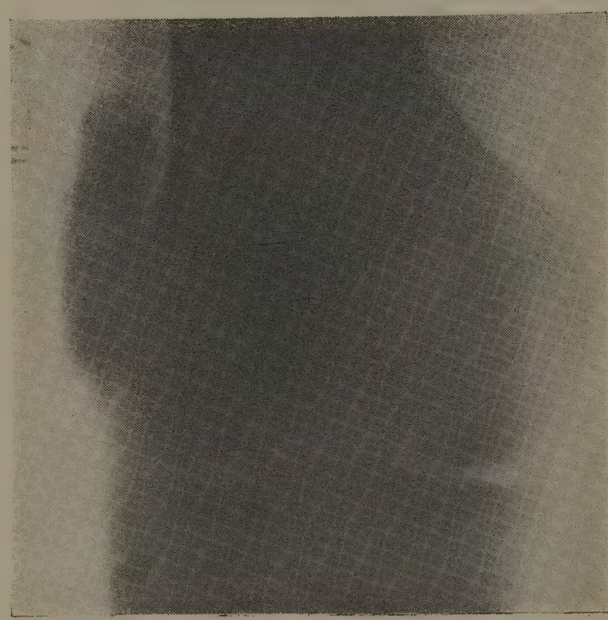


FIG. 2. — Radiographie pratiquée 5 ans auparavant. La tumeur présente tous les signes d'un ostéome para-condylien.

Les auteurs se sont beaucoup moins préoccupés de la destinée des ostéomes « mûrs » abandonnés à eux-mêmes. Pourtant ces ossifications hétérotypiques peuvent devenir le siège de dégénérescences malignes qui en aggravent beaucoup le pronostic. L'observation suivante est à ce sujet parfaitement démonstrative.

OBS. I. — C. J..., 26 ans, entre dans le service de notre Maître, M. le professeur Lambret, pour une volumineuse tuméfaction du genou droit qui semble présenter tous les signes d'un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur.

En effet, cette tumeur de siège para-condylien externe, est multilobée, recouverte par une peau luisante, violacée en certains points et soulignée par une abondante circulation collatérale. La palpation montre sa consistance molle, pseudo fluctuante par endroits, dure en d'autres, son peu de mobilité et l'intensité de la chaleur locale. La flexion et l'extension du genou s'opèrent sans difficultés, mais ces manœuvres, ainsi que les recherches de palpation, sont très douloureuses. Le malade se plaint d'ailleurs d'algies spontanées, sourdes, contusives, à prédominance nocturne.

Le diagnostic de sarcome de l'extrémité inférieure du fémur semble donc évident.

Mais l'interrogatoire montre qu'à l'âge de 18 ans, en 1928, à la suite d'une chute, le malade a présenté des douleurs para-condyliennes externes suivies de l'apparition d'une tuméfaction qui a atteint rapidement le volume d'une mandarine.

Cette tuméfaction, très dure, ne subit dès lors aucun accroissement. Elle gêne légèrement la marche et reste douloureuse à la pression.

Puis le malade est incorporé en 1932 pour effectuer son service militaire. Il est radiographié à l'hôpital militaire de Strasbourg, où on lui propose une intervention qu'il refuse. Il obtient peu après sa réforme définitive et reprend son travail.

Mais il y a quatre ou cinq mois, à la suite d'un traumatisme minime, difficile à préciser d'ailleurs, la tuméfaction accroît brusquement de volume ; de nouvelles nodosités apparaissent, qui lui donnent son aspect multilobé actuel. Sa consistance change : elle se ramollit en de nombreux points. Les douleurs augmentent d'intensité et prennent le caractère spontané.

Le malade consulte alors son médecin, qui l'envoie à l'hôpital Saint-Sauveur.

Les examens radiographiques montrent l'intégrité absolue du fémur, la présence d'une masse para-condylienne très opaque et de multiples néoformations à contours flous dans les parties molles latéro-condyliennes. Cette masse est absolument indépendante du fémur, comme le montrent des radiographies prises de trois-quarts (fig. 1). Une artériographie précise bien l'intense vascularisation de la tumeur.

Ainsi de toute évidence il s'agit d'un sarcome développé sur une tumeur osseuse indépendante du fémur et ayant conservé longtemps des caractères de bénignité.

Mais malgré notre certitude clinique il nous manquait la preuve que la tumeur fut vraiment un ostéome para-condylien au début de son évolution. Heu-

réusement, grâce à l'obligeance du Médecin-chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, nous avons pu nous procurer la radiographie pratiquée voici cinq ans. Elle montre une petite masse à aspect pommelé, muriforme, à contours arrondis, qui présente tous les caractères de l'ostéome (fig. 2).

L'examen général de notre malade nous a malheureusement montré l'existence de métastases pulmonaires. Nous nous sommes néanmoins décidés à l'amputation en raison de l'imminence de l'ulcération de la tumeur et surtout à cause du syndrome douloureux présenté par le malade. L'examen histologique a été pratiqué (Docteur Driessens). Il s'agit d'un sarcome de type fibroblastique.

Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de retrouver de nombreuses observations analogues. Mirolli (1) a rapporté en 1930 un cas très typique que nous résumons succinctement.

Obs. II. — G. A..., 34 ans, fait une chute sur le dos il y a cinq ans. La contusion dorsale (au niveau des six dernières dorsales) qui en résulte a nécessité un repos de 12 jours. Un an plus tard, le malade note incidemment dans la région traumatisée une intumescence du volume d'une prune. Cette tuméfaction indolore ne gêne en rien les mouvements du tronc. Elle ne se modifie pas pendant 3 ans, puis augmente progressivement de volume.

A l'examen, on constate la présence d'une tumeur de la gouttière latéro-vertébrale droite en regard de D_9 à D_{12}, de consistance dure, indolore, fixée aux plans profonds et développée sous des téguments non modifiés.

L'examen radiographique montre une ombre présentant des zones de condensation séparées par des espaces plus ou moins transparents. L'ablation de la tumeur est pratiquée peu après. La masse néoplasique, du volume d'un œuf de dinde, s'énucléé facilement. Il semble, d'après l'aspect macroscopique, qu'il s'agisse d'un ostéome.

Mais l'examen histologique permet d'affirmer le diagnostic de sarcome polymorphe.

D'après l'évolution, il semble bien que le sarcome se soit développé sur un ostéome post-traumatique latéro-vertébral.

Mirolli n'a retrouvé à cette époque que deux observations qui puissent être rapprochées de la sienne : celle de Tubenthal et celle de Solieri. Nous n'avons pu nous les procurer.

Dans l'observation de Mirolli et dans notre observation personnelle l'histoire clinique est absolument identique : traumatisme ayant précédé l'apparition d'une tumeur dure (ostéome) qui n'évolue pas pendant plusieurs années ; puis accroissement rapide dû au développement d'un sarcome. Il faut noter que dans notre observation la dégénérescence maligne semble avoir suivi un deuxième traumatisme.

Les deux observations sont complètes, mais nous avons eu la chance inespérée de posséder une radiographie prise cinq ans auparavant — authentification qui manque dans le cas de Mirolli.

Il est certain, d'ailleurs, que d'autres cas n'ont pas été publiés, soit que l'existence de l'ostéome primitif paraissait douteuse, soit que l'ostéome ait passé inaperçu.

(1) Angelo Mirolli, Di un sarcoma sviluppatosi da una ossificazione muscolare traumatica paravertebrale. (*Archivio Italiano di Chirurgia*, volume XXV, Fasc. 3°, Anno 1930, p. 298-316).

Dans certaines observations l'interprétation présente des difficultés, la dégénérescence maligne pouvant se produire très précocement.

L'observation de Paul en est un exemple (2) :

Obs. III. — Femme de 34 ans, présentant une tumeur de la partie supérieure de la jambe gauche évoluant depuis trois mois. La radiographie montre une masse ovoïde, allongée, nettement délimitée, au contact de l'extrémité supérieure du tibia et du péroné, mais sans éroder leur surface. L'ablation est pratiquée et l'examen histologique montre la présence d'un sarcome ostéogénique.

18 mois plus tard, la malade consulte à nouveau. La tumeur a récidivé et atteint un volume considérable. Etant donnée l'absence de métastases viscérales, l'amputation est proposée. L'examen histologique post-opératoire montre en différents points de la pièce l'aspect de myosite ossifiante.

D'après l'auteur, la première lésion était constituée par deux tumeurs distinctes enchevêtrées et une seule de ces tumeurs a récidivé. C'est peu probable. Avec plus de vraisemblance on peut admettre que la tumeur primitive était un ostéome qui subit précocement et d'une manière très limitée la transformation maligne. L'ablation de cette tumeur partiellement sarcomateuse n'a pas empêché la récidive de l'ostéome comme cela est classique après l'extirpation d'un ostéome non arrivé à « maturité ».

L'existence d'ostéomes post-traumatiques dégénérés semble donc bien démontrée, par les observations que nous venons d'exposer. Il importe de ce fait de ne jamais négliger un ostéome musculaire, de le surveiller radiologiquement et d'en pratiquer l'ablation dès que son évolution est terminée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Corps médical : Alsace (Bas-Rhin, Haut-Rhin), Lorraine (Moselle), cinquième année, 1937. Un volume relié toile de 307 pages, chez Norbert Rheims, éditeur, 9-11, rue de Reims, à Strasbourg.

An investigation into questions of social hygiene in the counties of Västerbotten and Norrbotten, Sweden, conducted with the support of the Royal Medical Board in 1929-1931, publiée en suédois en 1934, édition anglaise en partie revue, préface I-XIV. Part I : Introductory description and explanations, general observation on housing report on medical examination of school children, par Nils Hellström, pages 1-87. — Part II : Diseases and the frequency of diseases in Upper Norrland, with special reference to the composition of the diet, par Martin Odin, pages 1-247. — Part III : Condition of the teeth and dental diseases in Upper Norrland par G. Westin, H. Holtz et A. Lindström, pages 1-236. — Part IV : Determination of the antiscorbutic potency of vegetable products, chiefly berries, grown in Norrland, carried out in 1929-1930, par Gustaf G. Göthlin, pages 1-89. — Appendice : Radiograms I-LII. — Part V : Relating to improvements in hygiene, with special reference to Upper Norrland observations, suggestions and guidance, par Nils Hellström, John Byttner, Josef Engwall, Harald Ernberg, Gustaf Göthlin, Martin Odin, Nils Sonesson et Gösta Westin, pages 1-121. Un volume grand in-8°, imprimé à Lund (Suède), chez Hakan Ohlsson, en 1937.

(2) Paul J. R. *Archives of Surgery*. Vol. X, n° 1, janvier 1925, pp. 185 à 196.

DÉFENSE PASSIVE (1)

UN NOUVEL ABRI MÉTALLIQUE

J'ai eu récemment l'occasion de visiter, avec M. le professeur Tanon, M. Perrier, secrétaire général de la Défense passive et les membres de la Commission de la Préfecture de Police, un nouvel abri métallique soudé, étanche, réalisé par M. André Maigret.

Cet abri, dont le prix de revient est *très* inférieur à celui de certains abris de même capacité déjà réalisés, est prévu pour 40 personnes. Il offre les *avantages* suivants :

Une grande simplicité ;

Suppression de toute force motrice, mécanique ou humaine pendant l'alerte ;

Inutilisation des filtres pendant l'alerte ;

Suppression des absorbeurs d'acide carbonique ;

Suppression des détecteurs de gaz ou autres ;

Suppression des bouteilles d'oxygène ou de l'oxylithe ;

Utilisation de l'abri, sans que l'intervention d'un spécialiste soit nécessaire ;

Protection assurée et définitive devant n'importe quel gaz et quelle que soit l'évolution de la guerre chimique.

Ainsi toutes les critiques que l'on a pu, à tort ou à raison, opposer aux réalisations déjà connues, se trouvent éliminées.

L'abri André Maigret se présente sous la forme d'une vaste chambre à laquelle on accède par une double porte blindée et étanche, limitant un sas, et assez large pour laisser passer un brancard. A côté de la porte est ménagée une cabine toilette W.-C. Des bancs, un appareil téléphonique, un appareil de T.S.F., un éclairage électrique autonome lui assurent un confort absolu.

A l'extrémité opposée à l'entrée, un trou d'homme peut servir de sortie de secours. Le professeur Tanon, toujours consciencieux, a tenu à l'essayer.

Revenons à la constitution de l'abri :

Il est formé par une enveloppe en tôle mince soudée, étanche et protégée par une chape en béton d'épaisseur suffisante pour résister à des bombes ou projectiles. Si l'abri est en sous-sol, cette protection de béton pourra être réduite ou supprimée : la résistance des planchers et la construction pouvant être prises en considération.

Cet abri fonctionne de la façon suivante : un compresseur aspire de l'air entre deux alertes, quand on sait que cet air est pur. Cet air aspiré est comprimé et stocké à haute pression dans un ou des réservoirs d'attente situés, le plus souvent, sous l'abri et, dès qu'une alerte va être annoncée, l'abri sera immédiatement utilisable. Il suffirait pour cela, d'ouvrir un robinet pour donner aux occupants de l'abri, la quantité d'air pur nécessaire. Nous avons constaté, dans cet abri, une disposition très étudiée des tuyauteries d'arrivée d'air pur et d'évacuation d'air exhalé ; l'air pur arrive au voisinage de la bouche des occupants ; l'air exhalé chaud et humide s'évacue par une tuyauterie située au faîte de l'abri et les gaz lourds par une autre tuyauterie située au ras du plancher.

Du fait du débit continu d'air dans le caisson métallique, celui-ci est obligatoirement en surpression. Cette surpression a une valeur réglée une fois pour toutes par l'étranglement plus ou moins grand de la sortie d'air usé. On se trouve donc là devant une conception parfaitement simple et le but poursuivi par les constructeurs nous semble bien atteint, car ils ont voulu que leurs abris puissent être immédiatement occupés par des personnes non compétentes en la matière.

Les nombreuses expériences faites dans ce caisson, ont montré en outre que les odeurs étaient évacuées avec l'air exhalé. Quoiqu'il soit recommandable de ne pas fumer dans les abris, il n'a pas été constaté d'odeurs de tabac. C'est là un point important.

Cet abri a retenu l'attention de la Préfecture de police qui en commande un pour les services de la défense passive. Aux avantages que nous avons indiqués plus haut, nous pourrions ajouter la possibilité d'utiliser cet abri avec ou sans béton, comme salle d'opérations antigaz, ou même comme une salle d'opération ordinaire, en raison de sa facilité de nettoyage, de son alimentation en air pur et climatisé. Mais nous nous éloignons ici de la défense passive, qui était l'objet de ces lignes.

F. L. S.

(1) Nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à la défense passive aux articles suivants : *Défense passive à Paris.* (Répartition, personnel, matériel, évacuations, plan de fonctionnement). *Gaz. Hôp.* 1937, n° 74, p. 1171.

Défense passive à Paris (poste de secours de la mairie du 19e arrondissement). *Gaz. Hôp.* 1937, n° 85, p. 1346.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1937)

M. DESPLAS envisage les indications des différents modes d'anesthésie au cours de la chirurgie de guerre.

M. BOPPE rapporte une observation de M. Papayoannou sur **une pseudarthrose du bras gauche datant de 16 ans. Plusieurs essais d'ostéosynthèse sans résultat. Ostéosynthèse par greffon tibial. Guérison.** — Une tentative de morcellement au niveau des extrémités osseuses rappelant l'intervention de Kirschner n'ayant pas amené la consolidation de la fracture, au bout de 56 jours (!), l'auteur exécute une greffe type d'Abee ; la consolidation se fait rapidement.

M. MATHIEU rapporte une observation de M. Chevalier (Paris), sur **un cas de sacralisation unilatérale de la cinquième lombaire traitée chirurgicalement.** — Il s'agissait d'une sacralisation unilatérale douloureuse à l'occasion de certains mouvements de torsion du tronc ; une première intervention permet d'enlever l'apophyse tranverse de la 5e lombaire ; les douleurs persistant, on constate radiologiquement qu'il existait une bifidité de l'apophyse transverse et qu'on n'avait enlevé qu'une seule des branches ; l'ablation de la 2e branche de l'apophyse amène une guérison parfaite.

M. MAUCLAIRE a eu l'occasion d'opérer 7 cas de sacralisation des apophyses transverses ; 4 cas ont guéri ; l'auteur conseille d'utiliser la section temporaire de l'épine iliaque postérieure et supérieure, pour se donner du jour sur la région opératoire.

M. BASSET a eu l'occasion d'utiliser la technique de Bonniot dans un cas.

M. BOPPE a opéré un cas analogue chez une jeune femme de 20 ans ; l'intervention faite il y a trois ans a été suivie de guérison, malgré une reconstitution secondaire post-opératoire de l'apophyse transverse réséquée.

M DE FOURMESTRAUX (Chartres). **La voie artérielle en thérapeutique chirurgicale.** — L'auteur rappelle l'ancienneté de cette méthode utilisée en particulier pendant la guerre dans les lésions infectées des membres (Fiolle-Leriche). — Les injections intra-artérielles peuvent être faites par ponction transcutanée, dans certains cas cependant il peut être préférable de faire une dénudation chirurgicale de l'artère. On a injecté des sérums (sérum antitétanique), et des solutions antiseptiques (mercurochrome).

Sur 110 cas, l'auteur n'a observé aucun incident grave ; chez quelques malades, on a observé de légères élévations

thermiques, de petits hématomes ; il est difficile d'établir mathématiquement les résultats obtenus, car l'angiothérapie a été utilisée dans des infections particulièrement graves des membres ou du petit bassin ; l'auteur a particulièrement utilisé l'injection intraartérielle dans les fractures ouvertes de jambe.

M. BAZY insiste sur la nécessité d'étudier la sensibilité vaso-motrice avant de pratiquer chez un malade une injection intraartérielle ; pour déceler cette sensibilité vasomotrice, l'auteur utilise l'intradermo-réaction à l'adrénaline.

M. FEREY (Saint-Malo). **La gastrectomie simplifiée par la ligature seule du duodénum et l'utilisation de l'appareil de von Petz sur l'estomac.** — L'auteur ferme le duodénum au moyen de deux soies plates juxtaposées et enfouit, s'il existe suffisamment d'épiploon. Du côté gastrique, il a recours pour la fermeture à l'appareil de von Petz.

M. TOUPET s'élève avec vigueur contre le procédé de fermeture du duodénum utilisé par M. Ferey ; le duodénum doit être fermé en 3 plans avec minutie, lenteur et, à faire différemment, on s'expose à de graves échecs. Quant à l'appareil de von Petz, après l'avoir utilisé quelque temps, il ne s'en sert plus du tout ; il estime qu'entre l'asepsie assurée par l'appareil et l'hémostase (qui est alors insuffisante), il faut préférer une hémostase parfaite ; or celle-ci est impossible, si on a recours à l'écraseur de von Petz.

M. D'ALLAINES a eu deux fistules duodénales, après ligature simple du duodénum et M. de Martel, un cas de mort.

M. LAMARE a utilisé 19 fois le mode de fermeture par simple ligature, mais les suites opératoires de ses opérés ne semblent pas avoir été exemptes, dans tous les cas, de complications.

M. SOUPAULT a observé deux fistules sur 5 cas.

M. BRÉCHOT considère que le temps de fermeture du duodénum est un temps essentiel, auquel on ne saurait sacrifier ni son temps, ni sa peine.

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1937)

M. BRAINE reprend, à propos de la **gastrectomie,** la technique de Delore (de Lyon) pour fermeture du moignon duodénal. La séro-musculeuse est décollée et lorsqu'une collerette de muqueuse suffisamment large est libérée, ligature de la muqueuse en masse puis enfouissement de ce moignon. Ce procédé n'est pas toujours praticable, mais M. Delore l'a utilisé dans plus de 500 cas avec succès et sans aucun incident post-opératoire.

M. CHARRIER revient sur la communication de M. Ferey et rejette le procédé défendu par cet auteur.

M. LARDENNOIS n'utilise pas l'appareil de von Petz. Quant à la ligature simple du duodénum, il faudrait pour la préconiser qu'on étudie expérimentalement les processus de cicatrisation au niveau du duodénum d'une part, et que d'autre part on suive l'évolution ultérieure des malades opérés dans ces conditions.

M. GUEULETTE fait un rapport sur un travail de MM. Charbonnier et Schauenberg (Genève) : **Un cas exceptionnel d'inclusion de la vésicule biliaire dans le foie, avec diverticule intra-hépatique perforé.**

M. WELTI **Résultats de la thyroïdectomie.** — Dans l'hyperthyroïdie, l'auteur estime qu'il est indispensable de faire des thyroïdectomies presque totales, sinon on s'expose à des récidives ; en se basant sur ce principe, l'auteur n' a eu que 14 récidives pour 700 opérés. Mais pour faire une exérèse large, il faut extérioriser complètement les lobes latéraux ; les moignons obtenus doivent être minces et étroits ; il ne faut pas négliger la possibilité d'un prolongement rétro-trachéal (Finochietto).

M. WELTI rejette la thyroïdectomie totale, « mauvaise intervention qui expose à des ennuis post-opératoires » ; bouffissure du visage, troubles psychiques, fatigabilité traduisant un état de myxœdème fruste, et parfois paralysie récurrentielle. Les échecs proviennent de deux causes : thyroïdectomie faite trop tard, thyroïdectomie faite à tort.

Dans l'adénome thyroïdien, la résection doit être également subtotale ; les récidives ne sont que des fausses récidives par exérèse insuffisante.

Quant au cancer du corps thyroïde, l'auteur estime que le diagnostic en est facile, surtout au cours de l'intervention : état œdémateux des muscles, hypervascularisation, fixité locale de la tumeur. De plus, l'examen histologique au cours de l'observation viendrait lever les doutes, s'il en subsiste.

M. DOS SANTOS. **Sur l'angiothérapie.** — L'auteur utilise volontiers la voie carotidienne, qui lui a permis de traiter ainsi des méningites, des infections graves de la face et certaines infections générales (tétanos) ; pour les infections des membres, l'auteur adjoint à l'injection intraartérielle, la stase qu'il provoque au moyen d'un lien élastique et qui renforce l'efficacité de l'antiseptique injecté ; dans les infections des parties molles, les fractures ouvertes, cette méthode a amené une grosse amélioration locale avec diminution de la température et des phénomènes douloureux.

M. TIERNY. (Arras). **A propos de la rupture sous-hépatique d'un pyosalpinx droit.**

Elections pour l'année 1938. — M. CHEVASSU, président ; M. GRÉGOIRE, vice-président ; MM. MONDOR et HOUDART, secrétaires annuels.

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1937)

M. TRUFFERT rapporte un travail de M. DUFOURMENTEL sur les **greffes homoplastiques de cartilage.** L'expérience de l'auteur porte sur une cinquantaine d'observations ; il n'y a eu que 4 éliminations ; il attire l'attention sur l'intérêt qu'il y a à utiliser, si possible, un « donneur de cartilage » appartenant à un groupe sanguin identique, ou tout au moins compatible avec le groupe sanguin du sujet sur lequel on veut fixer le transplant.

M. PETIT-DUTAILLIS développe dans une importante communication ses idées sur la **thyroïdectomie dans le traitement chirurgical des goitres.** L'auteur a opéré 305 cas et n'a eu que deux morts postopératoires immédiates ; dans le premier cas, il s'agissait d'un goitre basedowifié et dans le second, d'une maladie de Basedow qui a présenté des accidents de thyrotoxycose suraiguë. Ayant convoqué ses opérés, il a pu en revoir 212 et voici les constatations faites :

Pour 42 goitres banaux revus (et pour lesquels l'auteur, très éclectique, a fait thyroïdectomie subtotale, lobectomie suivant les cas), pas de récidive ; une mort éloignée (au bout de 3 mois) par tétanie ; c'est le seul cas où en raison des doutes planant sur la nature de la tumeur, l'auteur ait exécuté une thyroïdectomie totale.

Dans les goitres basedowifiés, une seule récidive (intervention nettement insuffisante), et aucune récidive pour les maladies de Basedow revues. Cependant, 15 malades ont présenté, soit d'une façon transitoire, soit définitivement, des petits troubles d'hypothyroïdie ; aucun cas de myxœdème vrai n'a été observé.

Au point de vue technique, l'auteur recommande de ménager avec soin, lorsqu'on fait la ligature du pédicule supérieur, la branche postérieure de l'artère thyroïdienne supérieure ; c'est le moyen le plus sûr d'éviter des accidents même frustes de tétanie post-opératoire.

Dans les suites opératoires, lorsque l'intervention n'amène pas une guérison radicale, l'auteur n'a eu qu'à se

louer du traitement iodé prolongé ou de la radiothérapie ; souvent, il suffit de quelques séances pour parfaire l'œuvre de la chirurgie.

M. Petit-Dutaillis réfute les arguments sur lesquels s'est appuyé M. J.-Ch. Bloch pour défendre la thyroïdectomie élargie systématique ; il souligne la rareté des récidives, la rareté des goitres « douteux », dont la fréquence n'excède pas 2 p. 100 des cas ; en s'engageant dans la voie de l'exérèse large, on s'expose à des insuffisances thyroïdiennes ou parathyroïdiennes qu'on ne saurait négliger. Au nom du bon sens, l'auteur demande qu'on réserve l'intervention large à des cas particuliers : hyperthyroïdie grave, goitres avec troubles cardiaques sérieux, goitres suspects chez des gens âgés.

M. Van de Maele (Bruxelles) projette un film sur la **radiocinématographie directe.** Il montre les avantages de cette méthode directe, qui permet de fixer « l'enchaînement de la vie » avec tout ce qu'elle comporte de continuité. On a pu étudier ainsi avec précision le jeu des différentes articulations, les mouvements de l'estomac, du duodénum, de l'appareil urinaire.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1937)

Recherches sur la teneur du sang en cholestérol et sur les variations des albumines du sérum dans le psoriasis. — MM. Gaté (J.), Chanial (G.), Vallet (A.) et Humbert (P.).

Recherches sur l'insuffisance hépatique expérimentale. Ammoniurie et amino-acidurie comparées au cours des hépatites toxiques du lapin. — MM. F. Meersseman et M. Berger.

Recherches sur l'insuffisance hépatique expérimentale. Ammoniurie et amino-acidurie comparées au cours des hépatites toxiques du furet. — MM. F. Meersseman et M. Berger.

Recherches sur l'insuffisance hépatique expérimentale. Conclusions sur la signification du rapport de Maillard, de l'ammoniurie et de l'amino-acidurie. — M. F. Meersseman. (*Réunion de Lyon.*)

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1937)

Sur le passage dans le sang des germes inoculés par voie dermique. — MM. R. Laporte et R.-K. Goyal montrent que des bacilles du groupe coli-typhique-paratyphique inoculés à la dose de 2 mgr. dans la peau du cobaye, pénètrent en moins de 5 minutes dans le sang, d'où on peut les isoler par culture. Cette bacillémie se prolonge pendant plusieurs heures. La dissémination rapide par voie sanguine des germes introduits localement n'est pas un caractère propre aux bacilles de ce groupe. Elle s'effectue néanmoins d'une manière très sélective ; les auteurs n'ont pas réussi, en effet, à cultiver, à partir du sang, certains germes, tels que le *bacillus subtilis* ou le bacille tuberculeux humain ou bovin qui avaient été inoculés à dose élevée dans la peau du cobaye.

Action de la digitale sur le muscle de sangsue mis artificiellement en automatisme rythmique. — M. H. Busquet. La quinine et la yohimbine font apparaître un automatisme rythmique sur le muscle de sangsue. Ce muscle, dans les conditions ordinaires, ne présente aucune réaction motrice sous l'influence de la digitale ; au contraire, lorsqu'il est en automatisme rythmique, il est nettement influencé par ce médicament qui provoque une augmentation et un ralentissement de l'amplitude des contractions. C'est une réaction qui rappelle celle du cœur à la digitale. Toutefois, alors que l'atropine supprime sur le cœur *in situ* et même sur le cœur isolé le ralentissement digitalique, cet alcaloïde n'empêche pas l'effet chronotrope négatif produit par le médicament sur le muscle de sangsue. Les autres cardiotoniques (muguet, scille, strophantus), ne se comportent pas comme la digitale envers ce muscle. La réaction décrite par l'auteur est donc caractéristique de la digitale et pourrait être utilisée pour identifier biologiquement cette drogue. Elle a, en outre, une sensibilité suffisante pour permettre une évaluation approximative de l'activité thérapeutique de la plante. Enfin, elle montre que la production artificielle d'un automatisme rythmique sur un muscle peut être une méthode intéressante pour objectiver certaines activités pharmacodynamiques.

Action du traitement iodo-iodure sur la chlorémie des basedowiens. — MM. Jacques Decourt et R. Cavier. Chez 5 sujets atteints de maladie de Basedow ou d'anémone thyroïdien toxique, avec élévation du métabolisme basal, les auteurs ont constaté une baisse appréciable de la chlorémie, sous l'influence du traitement iodo-ioduré administré par la bouche à fortes doses. Dans l'ensemble, la diminution du chlore est plus marquée au niveau des globules que dans le plasma, si bien que le rapport $\frac{\text{cl. globulaire}}{\text{cl. plasmatique}}$ tend à diminuer.

Modification de la chlorémie sous l'influence de l'injection intraveineuse d'iodure de sodium. — MM. Jacques Decourt, F. Eudel et R. Cavier. L'injection intraveineuse de 1 gr. d'iodure de sodium produit régulièrement, au bout d'une heure, une baisse légère de la chlorémie, portant surtout sur le chlore plasmatique. Cette baisse est plus accentuée chez les basedowiens que chez les sujets normaux. Elle paraît indépendante de toute dilution sanguine.

Variations périodiques du pouvoir anticomplémentaire chez le cobaye. — M. L. Grimard-Steeg et Mlle J. Dufour. four.

Action du ricinoléate de soude sur les pasteurella. — M. Belin. Les cultures de pasteurella sont facilement stérilisables par le ricinoléate de soude. Les pasteurella paraissent un peu plus résistantes que les streptocoques, mais elles le sont beaucoup moins que les salmonella. On dispose ainsi d'un nouveau moyen de différenciation commode entre les pasteurella et les salmonella.

Les bactéries ayant une affinité pour le tube digestif ne sont pas détruites par le ricinoléate de soude, par contre, celles de l'arbre respiratoire sont très sensibles à l'action de ce savon. Les pasteurella, qui peuvent être rencontrées, soit dans les poumons, soit dans le tube digestif, ne présentent aucune différence nette sous l'action du ricinoléate de soude, quelle que soit leur origine.

Essais d'immunisation antituberculeuse non spécifique par l'anatoxine et les bacilles diphtériques. — M. Noël Rist rappelle que les bacilles diphtériques tués par la chaleur fixent le complément en présence de sérum antituberculeux, et sont capables de faire apparaître dans le sérum des anticorps fixateurs en présence d'antigènes tuberculeux lipoïdiques. Il montre que, malgré ces parentés antigéniques entre les bacilles diphtériques et tuberculeux, les cobayes qui ont été préparés, soit avec de l'anatoxine, soit avec des bacilles diphtériques morts, soit avec des bacilles diphtériques virulents après vaccination à l'anatoxine, ne présentent aucune résistance accrue vis-à-vis d'une inoculation sous-cutanée de bacilles de Koch.

Action des peptones sur la chronaxie du pied d'escargot. — MM. R. Cahen et B. Bose. Les peptones abaissent la chro-

naxie et la rhéobase du pied d'escargot et favorisent l'imbibition cellulaire. Ces propriétés, qui permettent de considérer les peptones comme des poisons gliocinétiques, ne sauraient être attribuées à la présence de l'histamine.

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1937)

Syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral dans certaines lésions expérimentales du thalamus optique. Contribution à l'étude des centres et des voies oculo-sympathiques du diencéphale. — MM. R. GARCIN et M. KIPFER rapportent le résultat d'expériences sur le chien, qui tendent à montrer qu'une lésion limitée et pure du thalamus optique, surtout dans sa partie antérieure et particulièrement au niveau du noyau externe, peut réaliser un syndrome de Claude Bernard-Horner du côté de la lésion, d'apparition tardive et parfois transitoire. Ces effets oculo pupillaires ont pu être suivis sur des chiens en longue survie. Les lésions anatomiques ont été étudiées sur coupes sériées permettant de vérifier l'intégrité de la région hypothalamique et pédonculaire. Les auteurs soulignent l'homolatéralité du syndrome paralytique oculo-sympathique par rapport à la lésion, comme l'un d'eux l'avait souligné déjà chez l'homme avec MM. Guillain et Mage.

Influence des agents sympatholytiques sur l'excitabilité de l'appareil neuromoteur de la membrane nictitante du chat. — M. P. CHAUCHARD montre que les variations d'excitabilité de la membrane nictitante du chat, sous l'action des agents sympatholytiques, apportent une entrave, non pas seulement aux effets de l'adrénaline injectée, mais également à ceux de l'excitation du sympathique moteur de la membrane. Dans ce cas, la transmission de l'influx nerveux est gênée, qu'on la considère sous l'un ou l'autre de ses aspects (transmission physique directe ou transmission par intermédiaire chimique adrénalinique).

Vitamine B1 et acétylcholine. — Mlle BEAUVALLET et M. MINZ. Présenté par M. Lapicque.

Non-sensibilisation per os des cobayes par le sérum de cheval. — M. M. VERGE. L'ingestion répétée de sérum normal de cheval ne semble ni sensibiliser le cobaye à l'égard du sérum équin, ni nuire à l'efficacité du sérum antidiphtérique ultérieurement utilisé dans les conditions précises des expériences.

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1937)

Sur la réalisation du taux normal en acide ascorbique. — MM. A. GIROUD, R. RATSIMAMANGA et E. HARTMANN. Dans tous les organismes, sauf chez les carençables (cobaye, singe, homme), il existe un taux défini de l'acide ascorbique. On peut se demander si ce taux ne devrait pas être réalisé chez ces derniers, par une alimentation suffisamment riche. En tout cas, les auteurs ont observé que spontanément, le cobaye se nourrit de substances riches en acide ascorbique et assure ainsi dans ses organes un taux d'acide ascorbique correspondant au taux normal.

Modifications de l'excitabilité motrice centrale et périphérique chez le chien en fonction de la calcémie. — MM. CHAUCHARD et L. LÉGER montrent que chez le chien, les modifications passagères de la calcémie, par injection de chlorure de calcium ou d'oxalate de soude, s'accompagnent de variations de l'excitabilité nerveuse de même sens sur les centres et la périphérie (chronaxie augmentée par le calcium, diminuée par les décalcifiants), en rapport avec l'action sédative du calcium sur le système nerveux. L'augmentation de chronaxie constatée dans la tétanie parathyréoprive, où le métabolisme calcique est considérablement modifié, correspondrait alors à une deuxième phase d'action du manque de calcium.

Irréversibilité des caractères biologiques du neurovaccin. — MM. C. LEVADITI, R. BEQUIGNON et L. REINIE font subir au neurovaccin isolé par Levaditi et Nicolau, quatre passages cutanés consécutifs sur des *Macacus rhesus*. La pulpe vaccinale est d'abord filtrée sur une membrane en collodion de 850 millimicrons, puis inoculée au lapin, par voies transcranienne, cutanée, péritonéale et pleurale. Ils constatent que, malgré ces passages sur le singe, le neurovaccin continue à offrir les caractères qui le distinguent du dermovaccin, soit : son activité encéphalitogène et la faculté d'engendrer chez le lapin, une pleuropéritonite exsudative virulente. On en déduit que l'effet sélectif exercé sur les corpuscules élémentaires vaccinaux par des sélecteurs tels que l'espèce animale, les systèmes tissulaires ou les organites non différenciés, est irréversible, ou peu s'en faut.

LIVRES NOUVEAUX

Les états anxieux, par Henri CLAUDE et J. LÉVY-VALENSI. Paris, Maloine (Bibliothèque de Neurologie et de Psychiatrie).

Ayant défini et caractérisé cliniquement l'anxiété et les états psychologiques anormaux auxquels elle donne lieu, les auteurs donnent une description clinique des diverses formes constitutionnelles ou acquises rencontrées dans la pratique, étudient leur pathogénie, les problèmes médico-légaux qui se trouvent soulevés, ainsi que les moyens thérapeutiques de natures diverses dont le psychiatre dispose.

La matière est considérable, historiquement et cliniquement. Les auteurs ont cependant voulu, et avec sagesse, se borner à un court volume, mais dont la brièveté même fait plus grande la valeur pratique.

D'un plan simple, avec en tête des principaux chapitres un bref paragraphe à la fois résumé et table analytique détaillée, illustré de plus de résumés cliniques que d'observations proprement dites, bien qu'il s'en trouve quelques-unes des mieux fouillées, avec quelques rappels historiques ou littéraires parlants, le présent manuel est une initiation à un chapitre important pour le médecin dans sa pratique journalière, initiation précieuse qui lui permettra de s'orienter rapidement et de choisir une ligne de conduite thérapeutique en une matière où la moindre erreur psychologique peut être périlleuse.

L. BABONNEIX.

La vie sexuelle de la femme. Introduction à la gynécologie, par André BINET, professeur à la Faculté de médecine de Nancy (1).

La faveur avec laquelle le livre du professeur André Binet a été accueilli, dès sa parution, tant en France qu'à l'étranger, a obligé l'auteur à en mettre au point une seconde édition, la première ayant été rapidement épuisée. L'ouvrage a pris de l'ampleur. Il s'est accru de plus de cent pages. Certains chapitres sont entièrement nouveaux. Citons, par exemple : les *incrétions ovariennes* et *hormones sexuelles*, *les troubles de l'ovulation*, ceux des *sécrétions ovariennes*, ceux encore de l'*innervation génitale*, les *hormones de la gestation, de la parturition* et *de l'allaitement maternel*, etc... C'est toute la physiologie et même la psychologie gynécologique, qui nous sont présentées « avec une netteté et une clarté remarquables », comme l'a écrit le docteur Siredey.

Malgré l'étendue du sujet, l'auteur a su, en effet, conserver dans ce travail les deux directives essentielles, si goûtées des étudiants et des praticiens, qui ont fait le succès de tous ses écrits, à savoir la concision et la précision.

(1) Un volume de 355 pages avec 72 figures. Prix : 40 fr. Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CANCER PRIMITIF DU POUMON (S. ET D.)

Le cancer primitif du poumon se caractérise, en clinique :

Par son polymorphisme extrême ;

Par la difficulté de son diagnostic, qui n'est souvent porté qu'après un long stade évolutif, et appuyé sur des examens spéciaux fréquemment renouvelés.

Les aspects cliniques en sont variés, chaque forme revêtant une physionomie propre, qui dépend surtout de la situation et du volume de la tumeur.

CLINIQUE

I. — Un type assez fréquemment réalisé en clinique est le cancer évoluant sous l'aspect d'une pneumopathie chronique.

Sous sa forme pure — depuis longtemps classique :

Il s'agit d'un *malade âgé*, tousseur de longue date, qui consulte pour un ensemble de manifestations fonctionnelles d'apparence banale — mais dont certaines cependant attirent l'attention. C'est un malade :

Qui tousse : mais cette toux est rebelle aux médicaments habituels.

Qui est dyspnéique, à l'effort, puis continuellement, souvent même *paroxysmes asthmatiformes.*

Qui crache, et si l'expectoration est dans l'ensemble muqueuse ou muco-purulente, elle est parfois *franchement hémoptoïque.*

Le crachat « *gelée de groseille* » décrit par Stokes a une grande valeur — mais est une rareté.

Qui souffre, et c'est bien là le *signe majeur :* soit point de côté pleural, soit névralgie intercostale typique, mais toujours douleur *persistante* et *rebelle.*

A l'examen. — Dans ce cas typique :

1.Parfois une voussure thoracique, souvent des *varicosités.*

2. Parfois des *adénopathies* (axillaires, sus-claviculaires).

Surtout : tous les signes d'un « *trou auscultatoire* », marqué par :

Une matité de bois à contours nets, entourée d'une sonorité pulmonaire normale ;

Un silence respiratoire absolu dans la zone correspondante, avec, dans le reste du poumon, les signes habituels de la sclérose pulmonaire.

Radiologiquement. L'existence d'une *condensation parenchymateuse* d'opacité homogène, à contours parfois très nets, parfois plus estompés — mais strictement *unilatérale.*

Cet aspect clinique — lorsqu'il revêt une telle netteté — est hautement évocateur d'un K. du poumon.

Mais, en fait, il est une rareté, et, dans la majorité des cas, le problème diagnostique est autrement difficile.

En effet :

1. *Les signes fonctionnels* restent très longtemps absolument banaux, chez ce malade scléreux de longue date, sujet à de fréquentes poussées bronchitiques et emphysémateuses — et l'apparition d'hémoptysies, ou de douleurs, est volontiers mise, de prime abord, sur le compte de lésions d'autre nature et plus fréquentes (tuberculose fibreuse, pleurite sèche, etc...).

2. *Les signes physiques* propres au néo sont masqués, dans la règle, par les réactions du parenchyme et de la plèvre, et tout peut se voir, depuis la respiration rude de la sclérose ou la respiration soufflante — jusqu'aux râles disséminés après la toux ou le souffle tubo-cavitaire intense. Bref, le plus souvent, aucun signe caractéristique.

3. *Les signes radiologiques*, enfin, n'ont trop souvent eux-mêmes, aucune spécificité.

D'abord, parce que les images rencontrées sont *multiples :*

— Image de condensation à contours flous, se prolongeant irrégulièrement dans tout le parenchyme.

— Image de condensation lobaire à limite scissurale plus ou moins nette.

— Opacité totale plus ou moins régulière de tout un hémithorax.

Ensuite, parce que ces images sont souvent *trompeuses :*

— Image kystique.

— Image cavitaire.

— Noyaux multiples disséminés.

Et souvent masquées par des réactions inflammatoires ou pleurales (image de pleurésie banale).

Au total : interprétation toujours difficile, dont témoigne l'*abondance des clichés* pratiqués chez ces malades.

Le diagnostic du K. pulmonaire sera soupçonné à la longue :

1. Devant la non-amélioration des signes fonctionnels par le traitement habituel.

2. Au contraire, l'apparition, plus ou moins échelonnée, de manifestations fonctionnelles (douleurs) ou physiques (adénopathies, voire *métastase*) qui y feront penser.

3. Devant la négativité des examens bactériologiques *répétés*, cependant que l'*état général* s'altère peu à peu.

4. Devant *certains aspects constants des images radiologiques*,

Et en particulier :

— Plus que par le déplacement des organes du médiastin et de la trachée vers l'ombre, ou l'aspect dit de « phrénicectomie spontanée ».

— Essentiellement sur le fait que, sur les clichés répétés : l'*image reste toujours unilatérale et tend à s'accroître progressivement.*

— Rappelons que, dans cette forme parenchymateuse, la bronchoscopie et l'examen lipiodolé sont de peu de secours.

L'évolution reste d'ailleurs le meilleur élément de diagnostic :

— Progressive,

— Sans aucune rémission,

— Rebelle à toute thérapeutique,

Elle se fait peu à peu vers la mort (6 mois à un an).

1. Dans le tableau classique de la cachexie cancéreuse, où la *fièvre* est quasi constante.

2. Parfois hâtée par une *complication :*

— Une métastase (rachis, foie).

— Une infection massive (gangrène ou broncho-pneumonie).

— Une asystolie à marche rapide.

II. Plus facilement, dans la règle, se pose en clinique le diagnostic des deux formes — relativement fréquentes — de K. du poumon, que nous allons maintenant envisager.

A. *La forme pleurale.*

Il s'agit encore d'un malade âgé, scléreux pulmonaire, chez lequel sont apparus, sans fièvre, sans altération de l'état général, et progressivement :

Une toux quinteuse et douloureuse.

Une dyspnée allant croissant.

Surtout : *un point de côté* superficiel, diffus, à caractère nettement pleurétique.

(*A suivre.*) G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2e)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1938, qui vient de paraître, sera remis gratuitement au signataire sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2e, jusqu'au 31 mars 1938.

Port à domicile par poste recommandée, **6 fr. 50** (en timbres ou en versement au C.C.P. Paris 405-75)

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

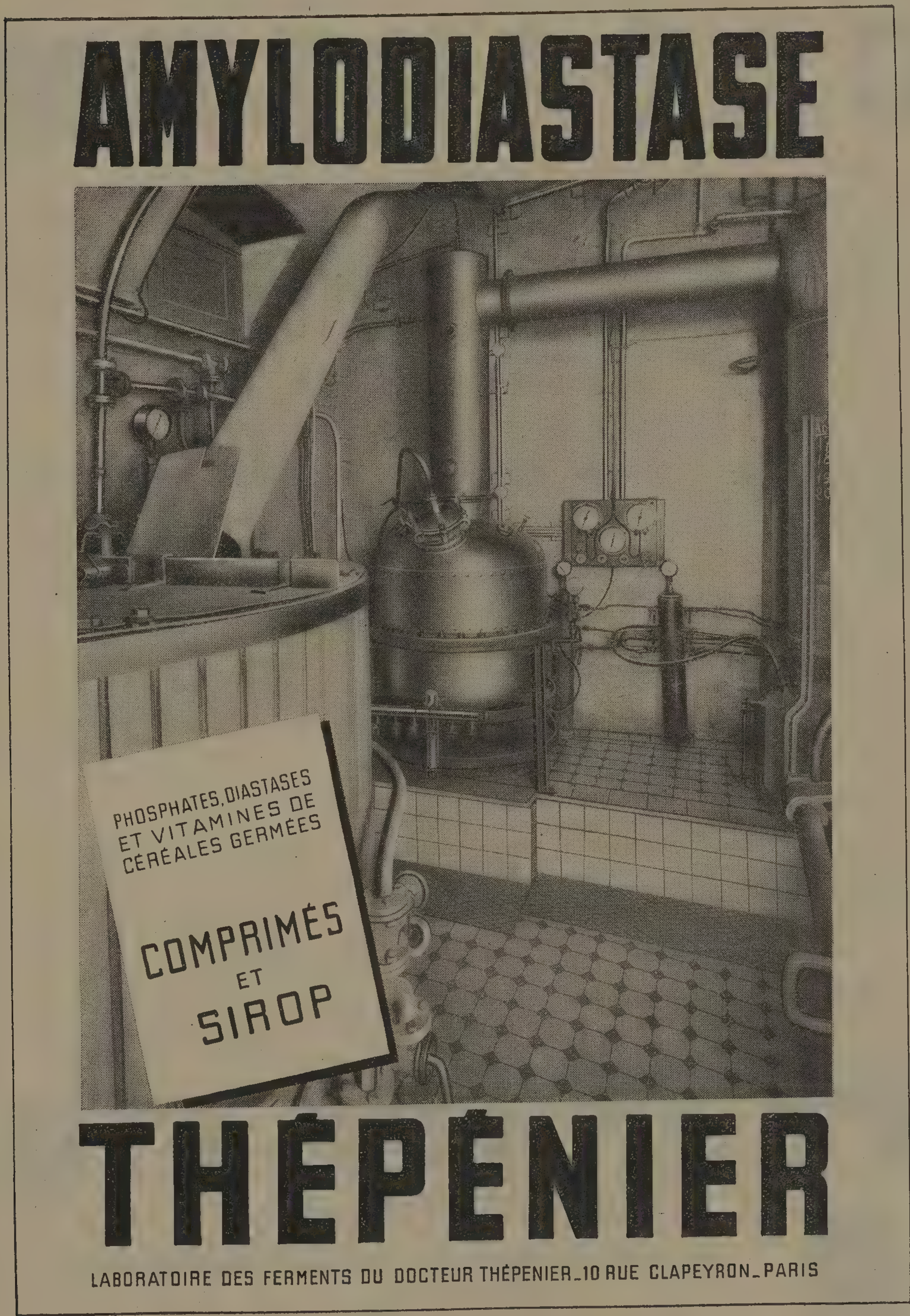
Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.


AMYLODIASTASE
PHOSPHATES, DIASTASES
ET VITAMINES DE
CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
ET
SIROP
THÉPENIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPENIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 11. — SAMEDI 5 FEVRIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux* (nomination). — Séance du mardi 1er février 1938 à l'amphithéâtre d'anatomie :

MM Desvignes, 9 ; Halbron, 9 ; Hudelo, 9.

— *Concours d'assistant d'électro-radiologie* (épreuve sur titres). — MM. Liquier, 17 ; Cadet, 14 ; Lefebvre, 20 ; Clenet, 17 ; Dubois, 18 ; Juquelier, 17 ; Cros, 16 ; Godefroy, 15 ; Raulot-Lapointe, 11 ; Simon, 12.

Concours de l'Internat (oral). — Séance du 1er février 1938 : MM. Fénelon, 15 ; Caufment, 18,5 ; Aupinel, 17,5 ; Staub, 14 ; Renault, 20 ; Mlle Rosenkovitch, 20 ; M. Leibovici, 22 ; Mlle Bentowski, 18 ; M. Toufesco, 18.

Questions données. — Signes, séquelles et diagnostic de la poliomyélite antérieure aiguë. Panaris du pouce.

Séance du 2 février 1938 : MM. Feuillette, 17 ; Blanchon, 16 ; Roulland, 20 ; Poissonnet, 21 ; Molimard, 21 ; Léandri, 21 ; Mlle Hufnagel, 22 ; MM. Fronville, 15 ; Desfossés, 29 ; Capron, 19.

Questions données : Rupture de l'urèthre membraneux. Signes et complications de l'ulcère du duodénum.

Séance du 2 février 1938. — Epreuve clinique : MM. Halbron, 19 ; Hudelo, 20 ; Desvignes, 19.

M. Hudelo, classé premier, est nommé ophtalmologiste des hôpitaux.

Hôpitaux de Marseille. — Après concours, M. le professeur agrégé Jean Figarella a été nommé chirurgien des hôpitaux.

— Le concours de la médaille d'or de l'internat s'est terminé par l'attribution de la médaille d'or (médecine) à M. le docteur Jean Vague ; (chirurgie), à M. le docteur Escarras ; (pharmacie), à M. Marcel Raybaut.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — M. Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre de la Section permanente, en remplacement de M. Roussy.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Commandeur :* M. le docteur Cuvier, ancien médecin lieutenant de la 18e région.

Chevaliers : MM. les docteurs Gaudu, à Pleurtuit, et Gérard, à Angoulême.

Une conférence du professeur F. Bezançon à Bruxelles. — M. le professeur Fernand Bezançon a fait jeudi une conférence à la Fondation universitaire de Bruxelles, sur l'invitation du docteur Derscheid, président de la Société Belge d'Etudes scientifiques de la tuberculose.

M. Bezançon a parlé de *l'hypothèse d'un cycle tuberculeux et de la théorie de Ranke.*

L'orateur, à qui le gouvernement belge a décerné récemment la croix de commandeur de l'Ordre de Léopold, a reçu un émouvant accueil de son auditoire.

Remise de la médaille de M. Sergent. — La médaille offerte à l'occasion de sa retraite à M. le professeur Sergent lui sera remise le dimanche 13 février 1938, à 15 heures, au Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique. La médaille est due au maître graveur Dropsy.

Médaille de M. le professeur C. Sigalas, de Bordeaux. — Un Comité s'est constitué en vue d'offrir une médaille commémorative à M. le doyen C. Sigalas, à l'occasion de son admission à l'honorariat.

Cette médaille lui sera remise au cours d'une prochaine manifestation.

Tout souscripteur de 100 francs recevra une médaille gravée par Chrétien, le médailliste bordelais bien connu.

Les souscriptions sont reçues dès maintenant par chèque bancaire ou chèque postal, adressées au trésorier : M. le docteur Auriac, 160, boulevard George-V. Compte chèque postal : Bordeaux 46.458.

Le XIIe Bal de la Médecine française. — Ce bal, donné au bénéfice des veuves et orphelins de médecins, aura lieu le *samedi* 12 février 1938, au Centre Marcelin-Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris (7e).

A 20 h. 15 : *Les médecins à table. Dîner avec symphonie gastronomique. Orchestre : direction E. Guillou. Organisateurs : Mme Henri Labbé et docteur Edouard de Pomiane (Dîner et bal : 110 fr. Dîner, bal et spectacle : 150 francs. S'inscrire sans retard).*

A 22 HEURES (et jusqu'à l'aube). Bal. Prix des cartes : 40 fr. Etudiants : 25 fr.

A 22 H. 30 : spectacle. Images d'Extrême-Orient (film du docteur Vernier). Concert avec Jane Montange, Hughetti, Léo Lauer, Bella Reine. Orchestre : direction Henri Casadessus. Prix des cartes : 60 fr. Etudiants : 35 fr.

RENSEIGNEMENTS. S'adresser F. E. M., 60, boulevard de la Tour-Maubourg. Tél. : Invalides 55-90.

Les personnes qui s'intéressent à cette grande fête de bienfaisance et qui ne peuvent y assister, sont priées d'adresser leur obole au compte chèque postal N° 1466.88, Paris.

ADRM. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales aura lieu le mardi 8 février, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle du Conseil.

(*Voir la suite des Informations*, p. 178.)

CHRONIQUE

LE SALON DES MÉDECINS

En la Nouvelle Galerie de Paris, 212, rue du Faubourg-Saint-Honoré. s'est ouvert le 30 janvier le XVIIIe Salon des Médecins ; il fermera ses portes le 13 février.

Comme les années précédentes, cette exposition est une manifestation artistique d'un très vif intérêt, elle a été organisée avec une grande compétence par le docteur Pierre Malet. qui fut pour nous le plus obligeant des guides.

Nous retrouvons encore une grande majorité de paysages : de Maurice Bouisson, Saint-Tropez et Antibes en plein soleil ; de Manuel Bruker, cinq grandes toiles très décoratives de villages provençaux ; les dix envois de Fraikin sont variés et très réussis ; la fenêtre ouverte d'Yvonne Cazalis-Feer est solidement peinte et vraiment évocatrice ; Frogier expose six toiles, paysages maritimes excellents ; Mme Paulette Genet nous mène en Savoie, ses intérieurs et ses extérieurs possèdent les tonalités discrètes que nous connaissons à ses œuvres ; Lucien Genet expose une neige en Savoie du plus heureux effet ; de Godeau, une excellente série alpestre ; de Maurice Got, la neige vue par une fenêtre ; parmi les envois de Jean Hallé, toujours si réussis, citons les parcs ensoleillés de Versailles et de Saint-Cloud ; H. Rendu symbolise cinq villes de l'Europe centrale par un de leurs détails, Prague, Vienne et Budapest sont particulièrement évocateurs ; Zicca expose deux effets de soleil méditerranéen, et Zouiten quatre paysages variés, pittoresques et décoratifs.

Les natures mortes sont très brillamment représentées par les envois de P. Darbois, S. Delamare, H. Gurlie et J. Kypriotis.

La fantaisie, par les toiles excellentes et spirituelles de Madeleine Dehelly.

Les aquarelles de Lucienne Auvergnot sont remarquables : roses éblouissantes et intérieur recueilli de Saint-Julien-le-Pauvre, celles de G. Brun-Buisson sont pleines de sentiment, qu'il s'agisse des intérieurs de Saint-Germain l'Auxerrois et de Saint-Séverin ou de Juan-les-Pins ; celles de Jean Dayras évoquent de bien curieux coins de Bretagne ; Lucien de Gennes expose quatre grandes vues marocaines, largement traitées ; Joseph Malet nous montre, souriant largement, son fils Pierre Malet, alors âgé de deux ans, que nous retrouvons, cette fois dessiné par lui-même, en élégant médecin d'un bataillon de chasseurs à pied ; de ce dernier, quatre jolies aquarelles de Saverne.

La sculpture est, comme de coutume, tout à fait remarquable ; citons entre autres, de Bouty, un masque de jeune fille, plein de sentiment ; de Jacquemin, deux délicates statuettes ; de Denise Ledoux-Lebard-Moreau, un buste très vivant d'homme ; de Joseph Malet, un buste très beau de jeune femme ; de Ch. Villandre, le buste du R. P. Lauras, une médaille du docteur P.-L. Marie, une plaquette représentant l'Annonciation ; ce sont trois très belles œuvres.

L'Art décoratif est fort bien représenté par les reliures élégantes et originales de Z. Mouton et G. Senlecq.

Enfin la photographie groupe des envois, d'un intérêt surprenant. Demange, Marceron, Pineau-Valencienne et André Porte sont là au premier rang.

R. L. S.

Nécrologie. — Le docteur Gourdiat (de Riom).

— Le docteur Micaud (de Bourg).

— Le lieutenant général médecin Emile Stainforth, de l'armée belge.

— Le docteur Octave Peyret, médecin commandant en retraite.

— Le docteur Gilis (Fernand), chirurgien honoraire des hôpitaux de Nîmes.

— Le docteur Chataing (d'Allevard-les-Bains).

— Le docteur Michel Dansac, ancien interne des hôpitaux de Paris, conseiller général du Calvados, décédé à Bayeux, à l'âge de 72 ans.

— Le docteur Massol (de Remoulins).

— Le docteur Paul Le Tellier, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan, à Paris.

REVUE GENERALE

REIN MOBILE

Par M. L. VASSOR,
ancien interne médaille d'or de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye,
chirurgien de l'hôpital de Montmorillon.

Définition. — Ainsi que Marion le définit dans son traité d'Urologie le rein mobile est caractérisé par « la possibilité pour le rein de quitter la place qu'il occupe normalement et de s'abaisser plus ou moins dans l'abdomen ».

L'élément fondamental, l'élément mécanique, est essentiellement constitué par la migration rénale et l'on conçoit que ses déplacements puissent être d'importance très variable. Nous les diviserons donc comme il est classique de le faire en 3 degrés :

— Dans le 1er degré, l'extrémité supérieure du rein ne descend pas au-dessous des fausses côtes ;

— Dans le 2e degré, le rein est tout entier au-dessous des fausses côtes ;

— Dans le 3e degré enfin, le rein est considérablement abaissé, atteint le plus souvent la fosse iliaque et se déplace facilement dans l'abdomen ; c'est le véritable « rein flottant ».

En même temps qu'il s'abaisse le rein mobile modifie presque toujours son orientation. Celle-ci est réglée par son pédicule ; le rein tourne en même temps qu'il s'abaisse portant son pôle inférieur en dedans et un peu en avant, tandis que le bord externe devient légèrement inférieur. Beaucoup plus rarement, il bascule en antéversion autour d'un axe horizontal, portant son pôle supérieur en avant.

Les modifications anatomiques, l'étirement de son pédicule n'entraînent souvent aucune altération de son parenchyme. Parfois cependant, le rein est atteint de néphrite. Celle-ci se reconnaîtra opératoirement à l'épaississement de la capsule propre, à l'adhérence plus grande de la capsule au parenchyme (et ce peut être un obstacle au procédé capsulaire), à la présence de petits kystes disséminés sous la capsule.

Mais les modifications les plus importantes, tant au point de vue des indications opératoires qu'au point de vue de la conduite à tenir au cours de l'intervention, sont celles du bassinet et de l'uretère.

Il est capital de distinguer le rein mobile sans hydronéphrose où le bassinet est normal, où l'uretère se replie sans se couder,

— Et le rein mobile avec hydronéphrose. Celle-ci est entraînée par les altérations de l'uretère et la gêne qui en découle dans l'évacuation de l'urine.

L'obstacle peut provenir de la coudure de l'uretère sur un vaisseau anormal se rendant au pôle inférieur en passant en avant de l'uretère. Le plus souvent, il se forme une véritable charnière à l'union de la portion mobile et de la portion fixe de l'uretère. L'adhérence au péritoine pariétal postérieur semble en effet le seul moyen de fixation de l'uretère dans sa portion sous-rénale.

Plus rarement, l'uretère peut être comprimé par le pôle inférieur du rein qui se porte en dedans.

L'ensemble aboutit à un syndrome urétéral se traduisant par la triade urétéro-pyélographique : fuseau lombo-sacré, siphon sous-rénal, dilatation pyélique.

Ces malformations sont à l'origine de la plupart des douleurs aiguës.

Certains malades accusent cependant des douleurs vives qui paraissent ne reposer sur aucun substratum anatomique. On a invoqué pour les expliquer des troubles dus à des tiraillements du plexus nerveux. Cette hypothèse paraît trouver une confirmation dans les améliorations survenues à la suite d'énervations rénales.

Enfin, il y aurait des douleurs par congestion rénale ou congestion veineuse.

La capsule graisseuse se raréfie et accompagne toujours le rein. Il en persiste une partie sous la coupole diaphragmatique et ce tissu adipeux peut combler partiellement la loge rénale lorsque celle-ci a été longtemps déshabitée.

Enfin, il faut insister sur l'association possible de ptoses hépatiques, de ptoses intestinales diverses et sur les compressions du côlon ascendant ou de la 2e portion du duodénum par le pôle inférieur du rein ; elles peuvent être à l'origine de véritables complications.

Etiologie. — Le rein mobile atteint le côté droit le plus souvent : 90 % des cas.

Il peut exister chez l'enfant, mais reste généralement silencieux.

Chez le vieillard, il cesse souvent d'être douloureux.

C'est chez la femme adulte qu'on le rencontre presque exclusivement (dans la proportion de 20 pour 1 au moins).

Il peut apparaître brusquement à la suite d'un effort, d'une chute brutale : c'est le « rein mobile de force ».

Mais en règle, le déplacement se fait progressivement : c'est le « rein mobile de faiblesse ».

On a invoqué en sa faveur une disposition congénitale : la fosse lombaire est en effet plus étalée chez la femme ; c'est chez elle également que se rencontrent le plus souvent les amaigrissements importants et rapides, à la suite de grossesses répétées par exemple, et l'affaiblissement des moyens de fixation. (Rôle possible de l'hypophyse et du système nerveux végétatif dans les élastopathies avec ptoses viscérales plus ou moins généralisées).

Nous n'avons pas l'intention de reprendre dans ce travail une étude approfondie de ces moyens de fixation. Ils ont été depuis longtemps précisés par de nombreux anatomistes. Néanmoins, certains auteurs leur ayant subordonné leur technique, nous croyons bon de rappeler rapidement les principaux d'entre eux.

Le rein est soutenu dans sa position normale :

1° Par des moyens secondaires n'agissant qu'indirectement.

Ainsi ont été invoqués entre autres l'influence de la pression abdominale, des anses intestinales pleines, l'effet de la puissance aspiratrice du diaphragme, la pression intra-péritonéale. Il nous paraît inutile d'insister sur l'insuffisance de ces moyens.

2° Déjà en 1863, Luchska signalait l'importance du tissu cellulaire sous-péritonéal. Ses travaux furent repris et confirmés par de nombreux antomistes : Sappey, Testut, Gérota et les auteurs contemporains.

En fait, le véritable moyen de fixation du rein est formé par le fascia rénal. Sans entrer dans sa description détaillée qui est du domaine de l'anatomie pure, nous nous contenterons de reprendre les conclusions de Gérota.

Pour lui, le fascia rénal est le moyen principal de fixation du rein.

La fixation du fascia rénal à la paroi abdominale postérieure est considérablement plus solide que la fixation à l'organe même.

Il en résulte que le rein se déplace facilement à l'intérieur des feuillets, dans lesquels il est comme dans un sac ; mais en aucun cas il ne se déplace avec le fascia lui-même.

Ce sont ces données anatomiques qui ont amené certains opérateurs à considérer comme la méthode la plus physiologique celle qui consiste à fermer ce fascia au-dessous du rein après l'avoir remonté en bonne place.

Indications opératoires. — Toute l'histoire clinique du rein mobile est dominée par le problème des indications opératoires. Les mauvais résultats observés à la suite d'interventions, les insuccès qui motiveraient les nombreuses critiques adressées à la néphropexie et expliqueraient les périodes de défaveur dans lesquelles elle est parfois tombée, viennent en effet d'une mauvaise indication opératoire le plus souvent, beaucoup plus que d'une insuffisance technique.

Pour Gouverneur, les indications opératoires d'un rein mobile sont basées sur 3 sortes d'examen :

1° L'examen clinique ;

2° L'examen urologique ;

3° Enfin les données précédentes doivent toujours être complétées par un examen radiologique : la pyélographie.

Arguments tirés de l'examen clinique. — Très rarement, le rein mobile se manifeste *brusquement* à la suite d'efforts violents, de traumatismes, par des sensations de déchirures accompagnées de douleurs plus ou moins vives.

Dans la règle, le rein mobile se produit lentement, progressivement et l'attention est attirée par des *douleurs*. Celles-ci présentent de nombreuses modalités :

a) Parfois, on se trouve en présence d'une femme d'âge moyen accusant des *douleurs aiguës* survenant par crises à type de coliques néphrétiques : douleurs spontanées, ou survenant à la suite d'efforts, elles s'accompagnent de phénomènes vésicaux réflexes : pollakiurie, dysurie. Elles correspondent à des crises de rétention pyélique aiguë et sont une indication formelle à l'intervention dès que le diagnostic aura été confirmé par la radiographie. Ces cas sont en réalité peu fréquents.

b) Bien plus souvent, les signes sont moins brutaux quoique nets. Les malades accusent alors une sensation de gêne dans la région lombaire. Ces douleurs intermittentes irradient dans le flanc droit, et le membre inférieur correspondant. Elles augmentent dans la position verticale, pendant la marche, l'ascension d'un escalier, les efforts. Elles sont plus vives le soir que le matin.

On attachera une grande importance à leur *unilatéralité* — tout en se rappelant la possibilité de douleurs réflexes du côté opposé — à leur diminution ou à leur disparition dans la position couchée. On les retrouve par contre dans toutes les positions tendant à faire sortir le rein de sa loge, dans le décubitus latéral du côté opposé à la ptose.

G. P. Mills dans une statistique présentée à la Société Royale de Médecine de Londres, disait avoir obtenu 50 % de guérisons lorsque le symptôme dominant était la douleur unilatérale, 75 % quand cette douleur était nettement améliorée par le repos horizontal.

c) Enfin, dans un petit nombre de cas, on observe des douleurs continues presque quotidiennes, plus marquées la nuit que le jour. Ces cas correspondent généralement à des crises de congestion rénale avec ectasie des plexus veineux. La fixation les améliorerait et le procédé capsulaire paraît alors s'imposer.

A côté des douleurs rénales proprement dites, il est une série de troubles secondaires qui sont généralement associés aux douleurs, mais peuvent ausi constituer des signes isolés et rester le seul témoin de la migration rénale. Il importe donc de les rechercher systématiquement.

1. Les plus fréquents sont des troubles vésicaux : dysurie, ténesme, cystalgie pénible et tenace résistant aux traitements habituels.

2. Ce sont aussi des troubles nerveux. Lepoutre rapportait récemment l'exemple de crises d'asthme rebelle n'ayant disparu qu'après néphropexie, par ailleurs indiquée.

3. Fréquemment aussi s'associent des troubles intestinaux : aérophagie, nausées, dyspepsie prolongée.

Ailleurs encore, la ptose peut être révélée par une véritable complication : occlusion par compression de D2, de l'angle hépatique du côlon, ictère, etc...

Mais encore, faut-il faire une discrimination soigneuse entre les troubles relevant directement de la ptose rénale elle-même et par suite susceptibles d'être améliorés ou guéris par la remise en place normale du rein — et ceux qui ne sont qu'un épiphénomène chez des ptosiques généralisées, avec chute de tous les viscères ou chez des névropathes. Dans ces dernières éventualités l'intervention est au contraire contre-indiquée.

Il est enfin un dernier groupe de malades chez lequel le rein mobile reste *absolument latent*, ne se traduit par aucun symptôme et n'est découvert fortuitement qu'à l'occasion d'un examen urologique complet. Qu'il s'agisse là de dispositions congénitales ou acquises, l'intervention est absolument contre-indiquée. En effet, des fixations pratiquées chez de tels sujets, sans autre indication donnèrent souvent des résultats plus que décevants. La fixation fut suivie de douleurs telles que les opérées réclamèrent elles-mêmes la suppression des fils et le retour à l'état antérieur.

Toutefois il convient d'exercer une surveillance pé-

riodique de ces malades, car la ptose longtemps silencieuse peut un jour se compliquer.

L'examen physique s'efforcera de compléter les renseignements acquis par l'interrogatoire. Il consiste essentiellement dans la palpation du rein.

Par une palpation méthodique suivant les méthodes classiques, on appréciera la forme, le volume, la mobilité et surtout la réductibilité du rein. Certains reins très anciennement déplacés peuvent être très peu mobiles par suite d'adhérences contractées secondairement.

Une fois réduit, l'organe n'a pas tendance à se déplacer spontanément si le malade ne bouge pas ou ne fait pas de grandes inspirations.

Il est important de ne pas pratiquer ce palper seulement en position horizontale. Lepoutre, entre autres, insiste beaucoup sur le palper en position verticale qui permettra de mieux apprécier le véritable degré de déplacement du rein. Dans cette position des ptoses même légères sont perçues ; d'autres, qui à l'examen couché paraissaient peu accusées, se montreront être des reins flottants à l'examen debout.

Enfin, on ne terminera pas l'examen sans apprécier la statique des organes abdomino-pelviens, sans rechercher les interventions antérieures. A ce sujet, il faut rappeler la coexistence fréquente d'appendicite chronique, plus rarement de lithiase de la vésicule biliaire.

Indications tirées de l'examen urologique. — Il aura pour but essentiel de rechercher systématiquement les complications si fréquentes entraînées par le rein mobile.

On vérifiera ainsi l'existence ou non de :

Pyélonéphrite ;

D'hydronéphrose ;

D'une insuffisance sécrétoire.

La pyélonéphrite sera décelée par l'examen des urines prélevées aseptiquement.

— Tantôt, c'est une pyélonéphrite franche évoluant par poussées avec urines troubles, pyurie, microbes, accès fébriles, qui peut céder au traitement urologique habituel, médical.

— Tantôt, il ne s'agit que de légères urétéro-pyélites entretenues par la ptose rénale : les urines sont à peine louches, la pyurie discrète ; fréquemment le colibacille est en cause, associé ou non à l'entérocoque et au staphylocoque.

Lorsque la pyélonéphrite récidive constamment, lorsqu'elle résiste aux traitements médicaux habituels, il faut intervenir sans hésiter avant que le rein ne soit menacé d'hydronéphrose — hydronéphrose secondaire à la ptose et à l'atonie des bassinets — celle-ci favorisant à son tour la stase et l'infection.

Les *hydronéphroses* seront précisées par la pyélographie et le cathétérisme urétéral. Il importe au point de vue des indications opératoires, de faire parmi ces lésions une distinction capitale entre les hydronéphroses vraies et les hydronéphroses acquises.

Il faut entendre par hydronéphrose vraie : la malformation congénitale, le bassinet ampullaire avec ou sans rétrécissement du collet, tel que l'ont décrit anatomiquement et cliniquement Englisch et Bazy : « Il s'agit généralement de sujets jeunes dont la sangle musculaire est solide et qui présentent des crises répétées d'hydronéphrose intermittente à gauche comme à droite ».

Il est des hydronéphroses congénitales évidentes avec altération du parenchyme rénal, qui contre-indiquent l'intervention. Elles ne sont plus justiciables que d'une opération mutilante : la néphrectomie.

A côté de ces malformations grossières il faut connaître des déformations moindres, des petites rétentions. Ce sont les hydronéphroses naines de Cathelin. La fixation, loin de calmer les crises dans ces cas, ne fait que les exaspérer : le rein fixé ne pouvant plus obéir au mouvement de descente que la distension lui impose.

A ces lésions correspondent encore la néphrectomie ou une opération plastique.

Toutes différentes sont les hydronéphroses acquises, par distension progressive du bassinet. Ce sont de légères dilatations d'un calice petit ou grand avec aspect en bosse de chameau du bord interne du bassinet. Lésion légère sans doute, mais susceptible d'entraîner des douleurs importantes qui seront soulagées par l'intervention.

On profitera du cathétérisme urétéral pour faire un examen des urines séparées, une épreuve de P.S.P., afin d'évaluer la fonction rénale des deux côtés. Une déficience marquée du côté ptosé — soit par hydronéphrose, soit par néphrite avec albuminurie unilatérale, parfois orthostatique, est une contre-indication certaine et justifie la néphrectomie. C'est à vrai dire une éventualité rare et tardive.

Arguments tirés de la Pyélographie. — Un dernier examen reste à faire. C'est aussi l'un des plus importants : la pyélographie.

Elle peut être réalisée par deux procédés : soit par voie intra-veineuse (Ténébryl), soit par voie rétrograde (cathétérisme urétéral et injection de substance opaque). Il faut préférer l'urétéro-pyélographie rétrograde à l'urographie intra-veineuse ; et ne recourir à cette dernière que lorsque la pyélographie rétrograde est impossible ou refusée par le malade ou chez les tout petits enfants.

L'injection directe donné, en effet, une image bien meilleure et une parfaite réplétion de l'uretère et du bassinet. Les moindres déformations seront mises en valeur.

La pyélographie rétrograde sera faite de préférence suivant la technique de Chevassu, à l'aide de la sonde-bouchon. Si l'on ne possède pas ce matériel, il faut n'enfoncer les sondes que de quelques centimètres, à les pousser plus haut on risque de redresser une coudure urétérale.

Enfin, et c'est le point sur lequel insistent tous les urologistes, il est indispensable de pratiquer cet examen en position verticale.

Cette excellente exploration ainsi faite permet un diagnostic précoce avant toute altération rénale et conduit suivant l'expression d'Heitz-Boyer à une véritable « thérapeutique prophylactique ».

Elle permet de découvrir les déformations urétérales — coudures, courbures, sténoses, — accentue une déformation déjà visible en position horizontale, — révèle les hydronéphroses insoupçonnées qui, à un

certain degré, ne peuvent plus relever de la néphropexie, — met en lumière des obstacles pelviens où la néphropexie serait impuissante à elle seule.

Il sera bon de prendre deux clichés (Gouverneur) :

L'un en position de ptose ;

L'autre en position de réduction.

On se rappellera dans l'appréciation de ces clichés que la réduction chirurgicale bien faite est toujours supérieure à la réduction manuelle.

Grâce à la pyélographie, il devient possible d'étudier :

1° La morphologie du bassinet ; de connaître l'existence, le degré, la variété d'une hydronéphrose ;

2° La morphologie de l'uretère, d'apprécier ses coudures plus ou moins marquées. Il est utile de noter que la dilatation de l'uretère supérieur est plus importante que celle de l'uretère pelvien. Seule la portion haute, sus-jacente aux vaisseaux spermatiques, se laisse mobiliser ; le reste est adhérent au péritoine.

Cependant des réserves ont été faites à l'emploi systématique de cette exploration et plus encore à la façon d'apprécier ses résultats.

Ainsi, Michon estime que la position verticale n'est pas indispensable. Il fait remarquer, avec juste raison, qu'elle est difficile à réaliser dans beaucoup d'installations. D'autre part, pour lui, elle conduirait à faire trop de pexies, car beaucoup de coudures n'entraînent pas de troubles évacuateurs, n'engendrent aucune douleur. Il préfère associer à la pyélographie (pratiquée en position horizontale au besoin) l'urographie intra-veineuse :

Si les déformations et les coudures concordent, le diagnostic se trouve confirmé de façon absolue.

Si par contre l'exploration au Ténébryl ne montre pas les déformations apparues par le cathétérisme, le diagnostic serait beaucoup plus réservé.

Il ajoute que l'urographie est une méthode non douloureuse ; plus facilement acceptée que la division par les malades, surtout lors de contrôles.

B. Fey fait les mêmes réserves à l'égard des coudures urétérales. Pour lui, le problème serait surtout d'ordre clinique et, au point de vue radiologique, il accorde davantage de valeur à la pyéloscopie.

Ce mode d'exploration est séduisant au premier abord et ne manque pas d'avantages. Il permet d'apprécier la mobilité en bloc du rein et la motricité du bassinet. Ce serait en particulier le meilleur moyen de reconnaître le degré d'atonie pyélo-urétérale, allant souvent de pair avec l'infection chronique.

Mais cette méthode est délaissée par la plupart des urologistes. Avec Michon, Gouverneur, ils estiment qu'elle est souvent très difficile à réaliser du point de vue technique et que son interprétation est délicate.

En résumé, les indications opératoires du rein mobile peuvent être posées dans les cas les plus habituels de la façon suivante :

I. — *Il est des reins mobiles qu'il ne faut absolument pas opérer :*

a) Ce sont tous ceux qui n'entraînent aucun trouble. Le port d'une sangle abdominale est seul à conseiller.

b) Les reins mobiles atteints d'hydronéphrose vraie, congénitale, justiciables de la néphrectomie ou d'une opération plastique. (Dans ce dernier cas, la néphropexie ne ferait que compléter l'intervention.)

II. — *Il est des reins mobiles qu'il faut par contre opérer :*

a) Les reins mobiles douloureux, où la douleur est le phénomène essentiel. On essaiera d'abord le port d'une ceinture, on tentera la cure de repos et d'engraissement. Si les douleurs persistent il faut pratiquer la néphropexie.

b) Celle-ci est encore indiquée de façon formelle dans tous les cas de ptoses compliquées :

— De crises répétées d'étranglements sans hydronéphrose primitive avec uretère mobile dans son segment sous-rénal ;

— De rein mobile compliqué d'hématurie ou de pyélite, même s'il y a une légère distension atonique ;

— D'hydronéphrose acquise tant que le rein a conservé une valeur fonctionnelle suffisante ;

— De compressions urétérales ou viscérales.

III. — *L'opération est déconseillée chez les ptosiques généralisées, chez les névropathes*

D'une façon générale, hormis les cas de crises aiguës nécessitant d'emblée le traitement chirurgical, l'intervention ne sera entreprise qu'après échec du traitement médical et orthopédique.

Des indications plus particulières peuvent être posées du fait d'anomalies rénales.

Ainsi, *le rein en fer à cheval* est toujours mobile et donne les mêmes signes que la ptose. La fixation d'une seule des extrémités suffirait à faire disparaître les douleurs. Elle paraît plus facile et moins dangereuse que la section de l'isthme et on peut dans un second temps fixer le côté opposé si le premier temps a été insuffisant. Les observations de pareils cas sont rares. Fedorow de Pétrograd en publie 2 avec des résultats encourageants.

Ce même auteur publie 3 cas de néphropexies faites avec plein succès sur des *reins ectopiques.*

Il n'est évidemment pas question de remettre le rein à sa place normale. Le pédicule est trop bref et les procédés varient suivant sa situation ; il faut seulement éviter d'étirer ou de tordre le pédicule.

Fedorow cite encore 5 cas de *reins polykystiques* pour lesquels la néphropexie lui a donné une disparition ou une diminution des douleurs.

Enfin, Hortolomei (de Bucarest) insiste sur la nécessité de la néphropexie après les interventions pour calculs du rein et du bassinet. Cette fixation systématique vise à supprimer les prédispositions anatomiques favorisant la stase.

Une place toute spéciale doit être faite au rein mobile *au cours de la grossesse.* Les douleurs lombo-abdominales avec nausées, vomissements, peuvent être le premier signe révélateur à la fois d'une grossesse jeune et d'une ptose rénale silencieuse rendue intolérable par la grossesse.

Le plus souvent, le rein est refoulé par l'utérus au fur et à mesure de son développement en position normale.

Mais si le rein est fixé par des adhérences pathologiques ou par des connexions congénitales, l'utérus se développe en avant puis au-dessus de lui, le refoulant en bas et en arrière. Le rein peut ainsi atteindre le détroit supérieur, se placer à cheval sur le promontoire, ou descendre dans l'excavation et rétrécir ainsi un ou plusieurs diamètres du bassin d'au moins 3 cm.

Au cours du travail, le rein ptosé constitue une tumeur proevia donnant lieu à des phénomènes de cystalgie, hématurie, polyurie, pollakiurie...

La présentation ne peut descendre. L'examen montre au niveau du promontoire une tumeur dure, résistante. Il est possible de percevoir des battements dans une zone de dépression (correspondant au hile). On recherchera la vacuité de la fosse rénale, *surtout à gauche*, et les autres malformations génito-urinaires.

Il est bon de faire une radiographie de contrôle après urographie intra-veineuse.

L'accouchement spontané est possible, si la tête s'engage dans le diamètre oblique non rétréci. (La présentation de l'épaule est fréquente.)

Lorsque le rein est dans l'excavation ou s'il existe une grosse hydronéphrose, on fera une césarienne abdominale car le danger de rupture utérine est très grand. On peut être amené à faire une néphrectomie au cours de l'intervention, mais il faudra s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un rein unique ou en fer à cheval. Le pédicule artériel s'insère parfois sur l'iliaque externe ou l'iliaque primitive.

Ces considérations semblent en tous cas contre-indiquer la néphrectomie vaginale, proposée par Cragin, dans les cas d'hydronéphrose.

Dans le Post-Partum, les efforts d'expulsion, la vacuité abdominale, le relâchement de la paroi favorisent la ptose.

Aussi chez les parturientes ayant déjà un rein mobile exigera-t-on un séjour au lit d'au moins trois semaines et le port d'une ceinture au moment du lever.

Diagnostic. — L'examen clinique précise la forme de la masse, la direction vers laquelle on repousse facilement la tumeur.

L'examen radiographique avec sonde opaque et surtout la pyélographie verticale mettront en évidence le degré de ptose, la variété et l'importance des coudures ou déformations urétérales.

En pratique le diagnostic offre peu de difficultés dans les formes franches ; nous rappellerons seulement la nécessité de contrôler entre elles les différentes épreuves pour éviter des erreurs d'interprétations.

En cas de douleurs on pensera à éliminer les névralgies (celles du Mal de Pott en particulier). Nous avons signalé plus haut la coexistence fréquence d'appendicite chronique, plus rarement de cholécystite.

Des crises de coliques néphrétiques ou des signes d'obstruction intestinale peuvent prêter à difficultés, d'autant que ces troubles peuvent être les signes révélateurs d'une ptose rénale.

En cas de tumeur un examen attentif permettra d'éliminer :

Un kyste ovarien pédiculé ;

Un kyste hydatique ;

Une hydropisie de la vésicule biliaire ;

Un lobe aberrant du foie ;

Une tumeur du mésentère.

La coexistence de grossesse devra faire éliminer toutes les tumeurs proevia :

Fibrome pelvien, fibrome utérin pédiculé, tumeur sacro-coccygienne, kyste hydatique pelvien, endométriome, kyste dermoïde proevia, corne proevia d'utérus gravide (Courtois et Gandon, Société Médico-Chirurgicale de Saint-Germain-en-Laye, séance du 4 décembre 1932), rate proevia, enfin la sacculation d'utérus gravide à terme.

Technique. — Hahn eut, le premier, en 1881, l'idée de fixer le rein mobile. Jusqu'alors, la seule intervention dans les cas de reins très douloureux était la néphrectomie.

Le premier procédé employé semble avoir été la décapsulation.

La transfixion fut mise en honneur par Guyon et à sa suite par Duret, Albarran, Delagénière, Tuffier. Puis cette méthode fut momentanément abandonnée et reprise ensuite avec quelques modifications par Papin.

D'autres ont essayé de fixer le rein en fermant en bas sa loge par des sutures fibro-adipeuses ou péritonéales, à l'aide de muscles pariétaux ou de lambeaux aponévrotiques.

Actuellement les procédés sont innombrables et peuvent se diviser en 3 grandes catégories :

Les procédés de suspension ;

Les procédés de soutien ;

Les méthodes mixtes combinant les deux précédentes.

Parmi les PROCÉDÉS DE SUSPENSION 2 grandes méthodes s'affrontent :

Le *procédé de transfixion* par lequel le rein est fixé directement à l'aide de fils traversant son parenchyme: Guyon, Gouverneur, Rehn...

Le *procédé capsulaire :*

— Les uns utilisent la capsule fibreuse décollée totalement ou partiellement : Edebohls, Guitteras, Albarran, Marion, Posadas, Vogel, Narath, Fullerton, Oblinsky, Büdinger...

— D'autres utilisent la capsule non décollée : Kelly.

— D'autres enfin se servent de la capsule graisseuse.

Les PROCÉDÉS DE SOUTIEN ne sont pas moins nombreux :

— Certains font appel aux muscles voisins : soit le petit Psoas : Kukula ; soit le Carré des Lombes : Bardenheuer, Lenk.

— D'autres emploient des fragments libres d'aponévroses en particulier de fascia lata : Kocher, Kostlivy, Vuillet, Sérés.

— D'autres encore fixent le rein par suture du péritoine à la paroi postérieure : Frangenheim.

Riedel cherche à créer des adhérences par tamponnement sous-rénal.

La MÉTHODE MIXTE a été remise en honneur par Papin.

Entre tous ces procédés lequel choisir ?

La multiplicité des techniques semble jeter un doute sur leur efficacité.

Cependant, la lecture des différentes statistiques — pour autant qu'on puisse les comparer entre elles et si l'on tient compte surtout des résultats éloignés — prouve que la technique n'est pas le point le plus important.

Nous insistons donc à nouveau sur la nécessité de poser auparavant une indication opératoire judicieuse. C'est là, semble-t-il, le véritable point critique, c'est là qu'il faut chercher l'origine de bien des déboires ultérieurs.

Mais, si nous considérons dans leur ensemble les diverses techniques, il est permis de relever un certain nombre de précautions communes à la plupart d'entre elles, soit au cours de l'acte opératoire lui-même, soit dans ses suites immédiates. Leur méconnaissance est susceptible, elle aussi, d'expliquer quelques échecs. Nous les rappellerons rapidement :

1° Tous les opérateurs insistent sur la nécessité de replacer le rein aussi haut que possible dans sa loge, sans tirailler vaisseaux ou uretère, et de donner au rein une orientation aussi proche que possible de la normale. Michon fait toutefois remarquer à ce sujet qu'il ne faut pas être trop systématique et qu'il vaut mieux subordonner la position du rein à celle de l'uretère. Quelques-uns cherchent même à augmenter la déclivité du collet urétéral.

Afin d'obtenir cette position haute il paraît indispensable, au moins dans les cas anciens, de bien évider la loge sous-diaphragmatique du tissu graisseux qui s'y accumule souvent.

2° Tous les opérateurs sont également d'accord pour recommander une exploration soigneuse au cours de l'intervention du bassinet et de l'uretère, au moins jusqu'au croisement des vaisseaux mésentériques. Cette recherche systématique est capitale : seule elle permettra de reconnaître la présence d'une bride, d'un vaisseau anormal, de périuretérite, d'une sténose. Il convient assurément de lever ces obstacles, mais il n'est pas certain que la reposition haute suffise à elle seule à lever tous les troubles. En particulier, Heitz-Boyer fait remarquer « que dans les ptoses avec dé-« formation accentuée, il persiste le plus souvent après « l'intervention des lésions indélébiles de sténose à « l'endroit plié. La stagnation intra-rénale qui en ré-« sulte est susceptible de transformer un syndrome « entéro-rénal simple en syndrome entéro-rénal com-« pliqué ».

3° Un autre point de technique soulève encore de vives polémiques. Faut-il fixer le rein à l'aide de fils résorbables ou non résorbables ? Les avis restent très partagés. Gouverneur, Marion et bien d'autres préconisent formellement l'emploi de fils non résorbables : lin, soies, crins surtout, et attribuent certaines récidives à la résorption des catguts.

Par ailleurs des reproches sérieux ont été faits à l'emploi de fils non résorbables. Des suppurations prolongées, des fistules ont été entretenues par leur présence dans la plaie.

Or, il ne faut pas tant compter pour la fixation définitive sur les fils qui ne sont le plus souvent que des moyens de suspension accessoires, mais bien sur les adhérences que le rein aura contractées par la suite avec les tissus voisins. C'est pourquoi la plupart des urologues associent la décapsulation aux différents moyens de suspension ou de soutien.

Les soins post-opératoires sont en général des plus simples :

Le drainage, quand il aura été nécessaire, sera retiré rapidement (48 h. en moyenne).

Il faut noter, toutefois, la fréquence et l'acuité des douleurs durant les premiers jours, gênant la respiration et nécessitant souvent la morphine. Elles s'atténuent progressivement pour disparaître aux environs de la 2e ou 3e semaine.

L'immobilisation au lit sera de 3 semaines en moyenne.

Par la suite on conseillera à ces malades une cure d'engraissement et des séances progressives de gymnastique tendant à développer en particulier la paroi abdominale, les obliques et les transverses. Un traitement opothérapique, hypophysaire surtout, peut y être adjoint.

Est-il possible d'établir une certaine discrimination parmi la multitude des interventions proposées ?

1° L'emploi de la capsule graisseuse comme moyen de soutien paraît un adjuvant utile et il est heureux de le voir compléter la plupart des procédés. C'est ainsi que procèdent Marion, Gouverneur, Papin... Par contre, son emploi isolé (Kleiber) est fort probablement insuffisant à maintenir le rein dans les ptoses accentuées.

2° Les moyens de fixation musculaires ou aponévrotiques sont assez compliqués et ne peuvent toujours être appliqués.

Le Petit Psoas (Lenk) est inconstant ; la division du Carré des Lombes (Bardenheuer, Kukula) est assez mutilante et ne peut qu'affaiblir une paroi dont il est préférable de conserver toute la tonicité.

Quant à l'usage du fascia lata (Kocher, Kostlivy, Emerson) s'il constitue un bon soutien peu susceptible de relâchement ne peut-on lui reprocher de nécessiter sur la cuisse une longue incision pour le moins inesthétique ?

Les techniques de Riedel, de Rendle Short utilisant le tamponnement sous-rénal, le sac de Mickulicz, ont l'avantage de créer de solides adhérences, et nous avons montré plus haut les avantages de celles-ci.

Mais ces procédés ont en retour le grave inconvénient d'exposer aux fistules, aux suppurations interminables. Ils immobilisent longtemps le malade, rendent impossible la fermeture primitive de la paroi et favorisent l'éventration.

Ainsi les procédés de suspension (suspension capsulaire ou par transfixion rénale) semblent prévaloir. Ils peuvent être employés seuls ou être complétés par un hamac graisseux.

Ce sont les plus usités en France et il n'est guère possible de donner la préférence à l'un ou à l'autre. Leur choix particulier est dicté soit par les tendances personnelles de l'opérateur, soit surtout par les circonstances.

La décapsulation — nous l'avons dit — a l'avantage de créer une large zone d'adhérences favorables aux accolements.

D'autre part, elle décongestionne le rein et paraît s'imposer dans les cas de douleurs par congestion rénale ou d'ectasie des plexus veineux.

Elle a encore pour avantage de n'altérer en rien le parenchyme rénal.

Toutefois elle n'est pas toujours applicable.

Il faut en effet, pour qu'elle soit légitime, que la capsule ait une résistance suffisante. Le procédé d'Albarran modifié par Marion, conservant un hamac au niveau du pôle inférieur, paraît le meilleur pour éviter la déchirure des lambeaux capsulaires par le fil suspenseur dans les cas ordinaires. Mais, si le rein est atteint de néphrite chronique, la capsule est souvent impossible à décoller ou de mauvaise qualité.

Le gros reproche adressé aux procédés de transfixion était de créer dans le rein de larges zones de sclérose et de porter ainsi une grave atteinte à son activité fonctionnelle. L'importance de ces séquelles paraît avoir été beaucoup exagérée. Valable, peut-être, dans le procédé de Guyon qui plaçait 3 fils doubles superposés, ce reproche perd beaucoup de sa valeur avec les techniques de Papin, de Gouverneur. L'unique bande de sclérose créée alors au pôle supérieur du rein est bien minime. Le rein est, par contre, solidement suspendu surtout si on lui adjoint le cerclage de la capsule graisseuse.

Quant au danger d'embrocher un calice, — ce qui exposerait aux fistules urinaires, — il est facile à éviter avec une bonne technique.

Au total, ces deux grandes méthodes, employées couramment, tant en France qu'à l'étranger, ont à leur actif de nombreux succès et nous pouvons conclure avec Michon qu' « en sachant bien discriminer les « cas, la néphropexie est une opération qui mérite « d'être conservée. Elle a été tour à tour trop van- « tée et trop décriée par suite d'indications mal po- « sées ».

BIBLIOGRAPHIE

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris :

23 juin 1920 : ALGLAVE.
20 janvier 1934 : HORTOLOMEI.
10 avril 1935 : GOUVERNEUR.
18 mai 1935 : HEITZ-BOYER.
25 mai 1935 : Marc BRETON.
8 juin 1935 : PAPIN, Bernard FEY.
15 juin 1935 : MICHON, LEPOUTRE.

LEPOUTRE. — Chirurgie des voies urinaires.

Journal de chirurgie :

1909, t. III, p. 458 : SONNENSCHEIM. Contribution à l'étude de la néphropexie.

1910, t. IV, p. 94 : KOSTLIVY. Sur les résultats éloignés de l'opération de Kukula pour rein flottant.

1910, t. IV, p. 95 : R. LENK. Sur la technique de la néphropexie.

1911, t. VI, p. 590 : A. RENDLE SHORT. Suites éloignées de 30 opérations pour rein mobile.

1913, t. XI, p. 245 : Traitement opératoire du rein mobile.

1914, t. XII, p. 809 : SCOEUERMANN. Traitement opératoire du rein mobile.

1934, t. XLIII, p. 521 : KLEIBER. Résultats éloignés de la néphropexie par irrisation du fascia rénal.

Journal d'urologie :

Mars 1923, p. 161 : Potel et Cordier.
Juin 1934, p. 729 : Technique Marion.

LECÈNE et LERICHE. — Indications thérapeutiques, p. 479. 479.

LUZOIR. — *Thèse* Paris, 1913.

PAPIN. — Rein mobile. *Encyclopédie française d'urologie.*

LEPOUTRE. — Chirurgie des voies urinaires.

Société royale de médecine de Londres, février 1914, p. 137. — Rein mobile et grossesse.

CHAPUIS. — Ectopie pelvienne du rein. *Thèse* Lyon, 1896.

COMMANDEUR (F.). — In Brindeau, III, p. 287, Paris, Vigot, 1927.

FISCHEL.

CRAGIN.

LAFFITTE et SMITH. — *Journal d'urologie*, nov. 1930.

LE LORIER et MAYER. — Dystocie par rein ectopique proevia. *Bulletin de la Soc. d'obstétrique*, 1934, t. XXIII, n° 5, p. 352-356.

VERMELIN et CHAUSAT. — *Soc. d'obstétrique de Nancy*, févr. 1933.

DE PERRETTI DE LA ROCCA. — In *Encyclopédie médico-chirurgicale obst.*, 11, 5047-3-(Col. 2), Paris, 1934.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1938)

L'infection typhoïdique expérimentale par la méthode des inoculations protégées. — M. Hyacinthe VINCENT expose une nouvelle technique de laboratoire applicable non seulement au bacille typhique, mais aussi à d'autres bactéries pathogènes, dont elle est également susceptible de renforcer la virulence ; elle comporte, en conséquence, des applications expérimentales très étendues.

Influence opposée de doses faibles et fortes de sels d'aluminium sur l'hypoglycémie insulinique et sur l'hyperglycémie adrénalinique. — M. Henry SCHWAB.

Réactions différentielles entre les sangs ou les urines de malades cancéreux et de sujets normaux. — M. Emile ROUSSEAU.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1938)

Notice. — M. Ribadeau-Dumas lit une notice sur M. Lalesque (d'Arcachon), correspondant national, récemment décédé.

Tuberculose familiale et vaccination B. C. G. — M. GUÉRIN analyse un travail de M. ALVIMAR de CARVALHO. Après huit mois d'observations, dans des milieux familiaux contagieux comportant un égal nombre d'enfants vaccinés et d'enfants non vaccinés, l'auteur arrive à cette conclusion que, grâce à la vaccination, la mortalité tuberculeuse est six fois moindre chez les sujets vaccinés, cette mortalité étant constatée chez ces derniers, surtout au cours de la première année de la vie.

Le mécanisme de la dispersion tréponémique dans la syphilis expérimentale cliniquement inapparente. — MM. LEVADITI et VAISMAN ont entrepris des expériences, en inoculant la syphilis à des souris par voie sous-cutanée, afin de préciser le mécanisme de la dispersion du *Treponema palli-*

dum chez les animaux atteints de spécificité cliniquement inapparente. Il en résulte que la tréponémose débute par une infection généralisée du système lymphatique et que c'est seulement vers le 38e jour que la parasitose des zones électives du revêtement cutané (nez, peau du crâne, périnée), s'opère. La dispersion spirochétienne ne s'effectue donc pas d'une manière centrifuge à partir du point d'inoculation, mais apparaît sous forme de foyers isolés et sans relations apparentes entre eux. Des conditions anatomiques locales, d'une part, un état allergique, d'autre part, paraissent être les facteurs déterminant cette localisation élective du germe.

Méthode de dosage du complément humain stable et importance de ce facteur dans l'évolution rapide des maladies infectieuses. — MM. A. et R. Sartory, J. Meyer et A. Lutt.

Election. — Sont élus membres correspondants étrangers dans la 1re division (médecine) : M. Pezzi, l'éminent cardiologue de Pavie, et M. Akil Mouktar Ozden, ancien doyen de la Faculté de médecine d'Istanbul, dont les travaux sur les maladies de la nutrition sont bien connus.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 1er février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Laignel-Lavastine, Cadenat, Coste. — M. Le Douarec. L'Hôtel-Dieu de Rennes ou l'évolution récente d'un vieil hôpital de province.

Mercredi 2 février. — Jury : MM. Harvier, président ; Mathieu, Guéniot, Quénu. — M. Poutroy. Le traitement des fibro-myomes utérins par la roentgenthérapie à dose unique. — M. Ternon. Contribution à l'étude des ruptures tendineuses sus-rotuliennes du quadriceps et à leur traitement chirurgical.

Jeudi 3 février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Chevallier, Richet. — M. Roy. Artériographie pulmonaire, technique et résultats. — M. Ronzeaud. Essais de traitement de la blennorragie et d'infections urinaires par les sulfamides et les sulfones.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 166.*)

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : M. F. Rathery).

Lundi 7 février. — 9 h. : M. Bargeton : Cours de séméiologie cardio-vasculaire. — 10 h. 30 : M. Derot : Présentation de malades.

Mardi 8 février. — 9 h. : M. Sallet : Cours de séméiologie rénale. — 10 h. 30 : M. Moline : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée. — M. F. Rathery : Maladies de la nutrition : diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 9 février. — 9 h. : M. Grenet : Cours de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30 : M. J. Ferroir : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 10 février. — 9 h. : M. de Traverse : Cours de chimie biologique. — 10 h. 30 à 12 h. : M. Rathery : Leçon clinique (reins polykystiques) (projections).

Vendredi 11 février. — 9 h. : M. Bachman : Cours de séméiologie pulmonaire. — 10 h. 30 : M. Hurez : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 12 février. — 9 h. : M. J. Ferroir : Cours de séméiologie digestive. Séméiologie hépatique.

Hôpital Foch (Les Médaillés Militaires), 60, rue Vergniaud, Paris (13e). — *Les Actualités Médicales pratiques.* Conférences médico-chirurgicales gratuites, ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine et faites par les médecins de l'hôpital Foch (Les Médaillés militaires), le *dimanche matin*, dans la salle des Conférences de l'hôpital Foch.

6 février 1938. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — M. Thiroloix : Cœur endocrinien : quelques aspects cliniques de la maladie d'Osler.

10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — M. Le Gac : La colectomie droite dans le cancer du côlon. Présentation d'un film.

13 février 1938. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2: M. Macé de Lépinay : Les mauvais élèves vus sous l'angle médical.

10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — M. de Sèze : Arthrite de la hanche : arthrite sacro-iliaque, symptômes, traitement.

20 février 1938. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — M. Dufourmentel : Etat actuel de la question des greffes réparatrices.

10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — M. Devraigne : Plusieurs causes d'inaptitude à la vie chez le nouveau-né.

27 février 1938. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — M. Coutela : Examen de la pupille et valeur sémiologique.

10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — M. Escalier : L'impuissance pathogénie et traitement.

6 mars 1938. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — M. Lortat-Jacob : Notions nouvelles sur l'étiopathogénie de l'eczéma.

10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — M. Brin : Réactions de Wassermann irréductibles.

13 mars 1938. — 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — M. Ravina : L'accouchement sans douleur.

10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — M. Descomps : Les vertiges et leurs traitements.

Une série de conférences pratiques aura lieu, du 1er au 29 mai 1938, sur la tuberculose pulmonaire et osseuse.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé une série de conférences hebdomadaires. Elles ont lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme

20 février. — M. Desmarest, chirurgien des hôpitaux : Données nouvelles concernant les mastopathies et leur traitement.

27 février. — M. Sureau, accoucheur des hôpitaux : Les bases physio-pathologiques du traitement des hémorragies obstétricales.

6 mars. — M. Sainton, médecin honoraire des hôpitaux : Diagnostic des états d'hyposurénalisme et leur traitement.

13 mars. — M. Le Lorier, accoucheur des hôpitaux : Mon expérience de l'opération césarienne.

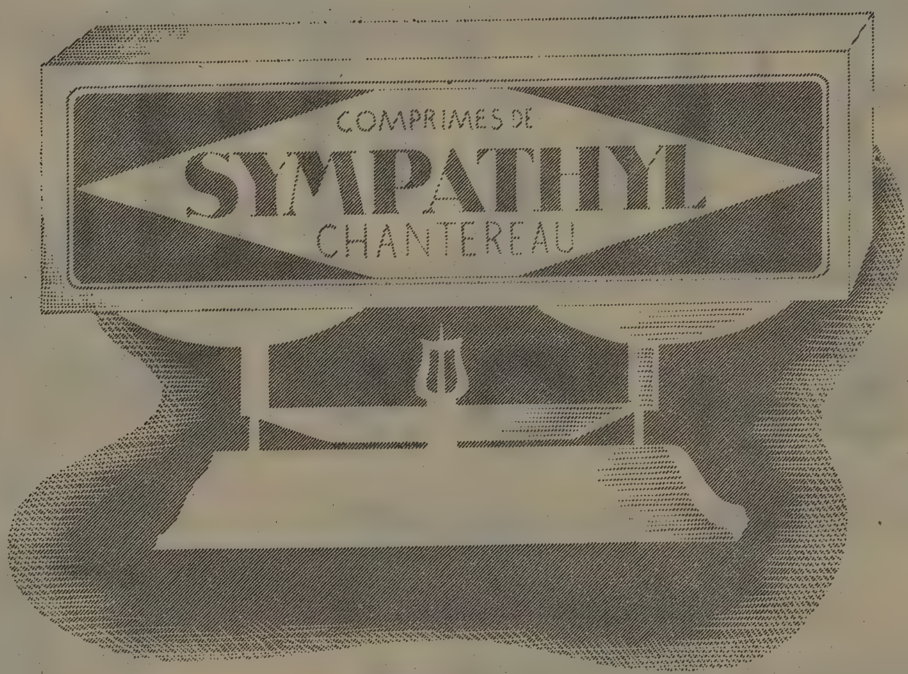
20 mars. — M. Bariéty, médecin des hôpitaux : L'intestin des tuberculeux.

27 mars. — M. Benda, médecin des hôpitaux : Injections intramédullaires osseuses (projections).

3 avril. — M. Noël Péron, médecin des hôpitaux : Les atrophies du cervelet (projection).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


COMPRIMES DE
SYMPATHYL
CHANTEREAU


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 12. — MERCREDI 9 FEVRIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'assistant d'électro-radiologie.* — Séance du 4 février :

MM. Clenet, 14 ; Raulot-Lapointe, 12 ; Liquier, 18 ; Dubois, 15 ; Cros, 15 ; Lefèvre, 12 ; Cadet, 14 ; Godefroy, 14 ; Juquelier, 10.

Question donnée : Faire une mesure en surface et en profondeur de l'ionomètre de Solomon.

Concours de l'internat (oral). — Séance du 3 février :

MM. de Fourmestraux, 15 ; Deslandes, 18 ; Callerot, 23 ; Albert, 15 ; Roy, 24 ; Marzet, 19 ; Mlle Lefèvre, 17 ; MM. Hewitt, 18 ; Gertzberg, 17 ; Bernard (Pierre), 22.

Questions données : Signes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon. Diagnostic des ulcérations de la langue.

Séance du 4 février 1938 : Mlle Granier, 14 ; MM. Bertier, 13 ; Serreau, 16 ; Scebat, 20 ; Martinon, 23 ; Dufour, 12 ; Lichnewsky, 14 ; Mlle Provendier, 25 ; M. Tricot, 11 ; Mlle Corre, 22.

Questions données : Fracture de Dupuytren (récente et fermée). — Signes et diagnostic du zona intercostal.

Erratum. — Séance du 1er février : au lieu de Leibovici, lire Lebovici.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour deux places de prosecteur.* — Ce concours s'ouvrira le 3 mai. Inscriptions jusqu'au samedi 9 avril 1938 inclusivement. Dépôt des pièces anatomiques au plus tard le 27 avril.

Concours pour cinq places d'aide d'anatomie. — Ce concours s'ouvrira le 2 mai. Inscriptions jusqu'au 9 avril, dépôt des pièces anatomiques le 27 avril au plus tard.

— *Avis.* — 2e année N. R. 1938. L'épreuve d'*anatomie pratique* aura lieu : Pavillon VI, samedi 19 février ; pavillon VIII, lundi 21 février ; pavillon VII, mardi 22 février ; Clamart, mercredi 23 février.

Faculté de médecine d'Alger. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Weber, ancien professeur d'hygiène, hydrologie et climatologie à la Faculté d'Alger.

Faculté de médecine de Lille. — M. Vallée, professeur, membre du Conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen.

Académie de chirurgie. — *Prix à décerner en* 1938. (Les travaux doivent être adressés au Secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (6e), avant le 1er novembre 1938.)

Prix Duval-Marjolin (300 fr.), à l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de 1938.

Prix Edouard Laborie (1.200 fr.). Travail inédit de chirurgie.

Prix Dubreuil (400 fr.). Travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Le Dentu, à l'interne médaille d'or de chirurgie en 1938.

Prix Chapuis (1.400 fr.), à un mémoire de pathologie chirurgicale (plaies ou affections de guerre) imprimé ou inédit.

Prix Aimé Guinard (1.000 fr.). Travail de chirurgie générale présenté par un interne.

Prix des élèves du docteur Eugène Rochand (10.000 fr.), à l'auteur, interne ou ancien interne des hôpitaux de Pa-

ris, du meilleur travail inédit ou paru dans les trois dernières années, sur un sujet de chirurgie générale.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe répétée sur l'enveloppe contenant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Légion d'honneur. — COLONIES. — *Commandeur :* M. le médecin général des troupes coloniales en retraite Constant Mathis, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Dakar.

Officier : M. Deglos, médecin chef de service de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris.

Ministère de la Santé publique. — Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiâtrique de la Charité-sur-Loire (Nièvre) est vacant par suite de la mise en disponibilité de Mme le docteur Volkringer-Martrille.

— Le poste de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Beauregard (Cher) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Georges Vernet, admis à la retraite.

— Sont déclarés, par ordre de mérite, aptes aux fonctions d'inspecteur adjoint départemental d'hygiène et emplois assimilés, les candidats dont les noms suivent :

MM. le docteurs Gervois, Alquié, Paimblant, Cayla, Mlle Monton-Chapat, MM. Deloose, Warnecke, Petit-Maire, Dainville de la Tournelle, Theil, Gresy, Phelippeau, Lesaffre, Alaroze, Frealle et Salmon (*ex æquo*), Gueutal, Guibert et Polge (*ex æquo*), Mlle Vernières.

— Le *Journal officiel* du 1er février publie p. 1353, un avis de vacance de postes d'inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés.

Ministère des Colonies. — Le *Journal officiel* du 5 février publie p. 1499, un avis de concours pour la nomination d'un professeur d'hygiène coloniale, à l'Institut national d'agronomie de la France d'Outre-mer.

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 30 et 31 mars 1938.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime à Marseille.

— Sont nommés membres du Conseil supérieur de santé de l'établissement national des Invalides de la marine : MM. les docteurs Clerc, Perret et Chefneux.

Fondation Lady Tata. — La fondation Lady Tata offre des bourses (quatre cents livres sterling) et des allocations en vue de faciliter les recherches sur les **maladies du sang, et plus particulièrement les leucémies,** à partir du 1er octobre 1938.

Adresser les demandes avant le 31 mars 1938. Renseignements et formules de demande : M. Georges Maître, 19, rue des Batignolles, Paris (17e).

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du docteur Sabouraud, ancien interne des hôpitaux de Paris (1890), ancien directeur du laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis, chef honoraire du Service des teignes à Saint-Louis. Sabouraud était président de l'association des dermatologistes de langue française. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

— Le docteur Georges Colleville, ancien interne des hôpitaux de Paris (1880), professeur honoraire de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Reims.

— Mlle C. Pascal, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — Récemment a circulé dans le corps médical parisien, sous forme de pétition, une protestation contre la Fondation du Mont-Valérien, vaste et belle organisation destinée aux classes moyennes, mais dont le fonctionnement actuel n'implique pas l'observance des principes de la charte médicale ; notamment le libre choix du médecin n'existe pas, ou paraît devoir être très limité.

Le Conseil d'administration de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, réuni le 27 janvier 1938, a décidé, pour rendre plus imposante cette protestation, d'inciter les membres du corps médical de Paris et de la Seine qui n'auraient pas encore répondu, et qui seraient d'accord avec l'esprit et sur le fond, si ce n'est sur la forme, de cette pétition, de bien vouloir envoyer au siège social de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 28, rue Serpente, Paris (6e), leur adhésion avec leur signature, soit sur le bulletin qu'ils ont reçu, soit sur une simple feuille d'ordonnance.

La Fédération a reçu, à ce jour, 1.400 signatures.

(*Communiqué.*)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHAIRE DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE (professeur : M. Noël FIESSINGER). — M. le docteur TROISIER, agrégé, commencera ses conférences le mardi 15 février 1938, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sujet du cours : *Maladies infectieuses expérimentales.*

Le Guide Rosenwald est le compagnon habituel du Médecin Praticien. L'édition 1938 vient de paraître. Le prix en est de 65 francs aux Bureaux du Guide et 70 francs franco domicile.

Mais pour les confrères *exerçants*, un certain nombre de volumes sont réservés pour la distribution médicale (un seul volume par confrère), jusqu'au 31 mars 1938 :

Gratuitement, si on fait prendre le volume aux bureaux du Guide ;

Ou franco à domicile, contre 6 fr. 50 à joindre en timbres-poste à la demande. Ecrire lisiblement le nom et le prénom, l'adresse à laquelle devra être faite l'expédition, et la date de la thèse (diplôme d'Etat français exclusivement).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

LA COLIQUE OXALIQUE DU REIN

Par le professeur MAURICE LOEPER

La colique néphrétique est peut-être, de toutes les affections douloureuses, la plus caractéristique, la plus spécifique, et la colique oxalique est, de toutes les coliques néphrétiques, la plus aiguë, la plus vibrante et la plus pure.

On désigne sous le nom de colique néphrétique la « migration » d'un corps étranger ou d'un calcul dans l'uretère. Je dis « migration » dans l'uretère, car si on a discuté l'origine de la colique hépatique dans une contraction ou une distension vésiculaire, dans une infection du cholécyste ou une élimination du calcul par un des canaux, on ne discute point celle de la colique néphrétique, qui est urétérale et migratrice. Le calcul du bassinet ne fait pas de colique néphrétique, il fait une douleur du rein. Il ne peut donc s'agir ici de l'endolorissement rénal, de la douleur lombaire, plus ou moins intense, plus ou moins durable, mais de la colique au sens strict du mot.

Je prends pour type des coliques néphrétiques la colique oxalique du rein, non seulement parce qu'elle est la plus aiguë, la plus douloureuse, mais aussi parce qu'elle est conditionnée par l'augmentation de l'acide oxalique du sang autant et plus que la colique urique ne l'est par l'augmentation des urates ou de l'acide urique du sang. L'acuité de la douleur exige des sédatifs immédiats, mais la nature des calculs exige une thérapeutique précise, un régime particulier, que l'on confond trop souvent avec le traitement et le régime de l'autre, ce qui est parfaitement erroné.

***

J'ai à peine besoin de rappeler que la colique néphrétique est subite et violente, qu'elle éclate en coup de feu, est localisée d'abord dans une région lombaire, puis dans le ventre, qu'elle irradie vers le dos, les vertèbres lombaires et aussi vers l'aine, les organes génitaux et les cuisses. Ces dernières irradiations surtout sont typiques et elles sont au maximum indiquées, dessinées par la colique oxalique du rein. Elle y ont même plus d'intensité, de précision que dans aucune autre.

Voici deux cas observés dernièrement, et que je reproduis avant tout autre détail ou discussion :

1° Un jeune médecin de 28 ans, fatigué par un travail intensif, depuis quelques jours, présente une asthénie considérable. Cette période prodromique n'est pas rare. Un matin, après une marche minime, il est pris d'une crise douloureuse très violente ; la douleur, d'abord lombaire, irradie vers les régions génitales et s'accompagne de nausées, de vomissements muqueux, puis bilieux ; la constipation est opiniâtre, le météorisme marqué prédomine au côté droit ; il n'a pas de fièvre, ni de leucocytose sanguine. On élimine l'appendicite, l'ulcus gastrique, la colique hépatique. L'oligurie marquée, la présence dans l'urine d'assez nombreux globules rouges, forcent le diagnostic.

A la 6e heure, la douleur s'abaisse ; elle passe de la région supérieure de l'abdomen à la région inférieure, mais reste à droite. Elle s'accompagne d'élimination de gaz ; il y a un peu de ténesme rectal en même temps qu'une tendance syncopale. La tension artérielle s'élève quelque peu après, redevient faible et, à 5 heures du soir, soit 10 heures après le début des accidents, tout cesse comme par enchantement. Le soir à 7 heures, en rendant un peu d'urine, il perçoit dans la verge une sorte de pincement et il rend un petit calcul de 1 cm. de long, dur, hérissé, fait uniquement d'oxalate de chaux.

Cette observation est à ce point typique qu'il n'est besoin d'y ajouter aucun commentaire ; la douleur fut vive, déchirante, mais l'évolution en fut banale, elle suivit le calcul qui descendait progressivement dans l'uretère et sortit par les urines.

La seconde observation est un peu différente ; elle représente une élimination *laborieuse* et elle est relatée dans la thèse de Mlle Paillard.

M. S..., de Casablanca, 37 ans, représentant de commerce, présenta pendant longtemps de l'endolorissement lombaire en 1934 et 1935. Un jour, il fait une colique néphrétique et la radiologie révèle un calcul dans l'uretère droit. Mais il ne le rend pas. Pendant quelques semaines il reste ainsi, sans trop souffrir, et il va faire une cure à Vittel. Au 15e jour de sa cure, une nouvelle crise de colique néphrétique se déclare, mais le calcul est toujours à la même place dans l'uretère.

En décembre, troisième colique néphrétique ; la radiographie montre encore le calcul dans la même position. Enfin en février dernière colique, et cette fois, enfin, le calcul est expulsé ; il est long de 13 mm., large de 9, constitué d'oxalate de chaux pur.

Cette observation montre la descente du canal urétéral. Ces manifestations successives et *étagées* se retrouvent dans l'observation suivante.

M. H..., 37 ans, à la suite, semble-t-il, d'un refroidissement, présente une douleur à droite, qui irradie en ceinture, persiste sans trop de répit et s'exagère même par la marche, le mouvement, la voiture. Au 3e jour, crise nocturne de 7 heures, avec nausées, vomissements, endolorissement persistant dans la région lombaire. Au 12e ou 15e jour, la douleur s'abaisse ; une tension se manifeste, presque permanente, dans le flanc droit, qui s'exagère après le repas et varie d'intensité avec son importance ou son volume.

L'après-midi, vers 4 heures, il présente assez souvent des nausées et un besoin d'uriner ; les urines sont rares et contiennent de petits copeaux cellulaires, de petits débris urétéraux ; la constipation est assez tenace, le météorisme manque. Le calcul descend dans une troisième étape ; il provoque des réactions périnéales, du ténesme rectal, et la radiographie montre le calcul à la partie inférieure de l'uretère, à l'orifice vésical. Le calcul est éliminé après 3 mois de douleurs.

Certaines coliques oxaliques, quoique douloureuses, sont moins typiques et se dissimulent derrière des signes digestifs prédominants. Elles méritent bien le nom de colique néphrétique « *camouflée* ».

Voici l'auto-observation d'un médecin présentant une colique néphrétique gauche avec symptômes digestifs.

J'ai normalement, dit ce malade, un abdomen insensible ; de temps en temps quelques flatulences, des selles un peu irrégulières, mais je ne sens jamais mon ventre.

Adolescent ou au service militaire, j'ai eu cependant quelques épisodes diarrhéiques avec coliques ou « tranchées ».

Le 9 février 1932, à 6 heures du matin, au réveil, je perçois une inquiétude dans le flanc gauche, en avant ; j'ai l'impression que je vais évacuer des gaz, ou avoir une selle libératrice ; rien ne se produit, sauf la persistance de la douleur, qui devient assez obsédante pour nécessiter des applications chaudes. La douleur s'accentue, avec état nauséeux très marqué. Contrairement à mon habitude, je n'ai pas de selles, au lieu de la selle matinale habituelle ; pas de gaz, très peu d'urine. Rien ne peut me faire penser à une colique néphrétique, mais je n'ai pas fait d'examen d'urines qui aurait pu montrer peut-être, dès ce moment, quelques hématies.

Entre midi et 1 heure, douleur *sacro-iliaque :* c'est bien l'articulation qui est douloureuse spontanément et à la palpation ; je me demande ce que vient faire cette douleur sacro-iliaque dans ce syndrome que je crois encore digestif. L'après-midi se passe tant bien que mal, avec l'aide de compresses chaudes et de bouillottes. Toujours pas de selles et pas de gaz. Le soir, je prends 5 cgr. de gardénal et je m'endors. Le lendemain matin, la douleur a disparu ; les urines redeviennent plus abondantes. Pas de selles dans la journée. Il faudra encore le lendemain, soit 48 heures après le début des phénomènes douloureux, prendre 10 gr. de sulfate de soude. Dix jours après le début des phénomènes douloureux, crise vésicale avec douleur vésicale et périnéale ; évacuation d'un calcul très irrégulier du volume d'un grain de blé. L'analyse a montré sa nature oxalique.

Cette observation, que donne Mlle Paillard dans sa thèse, m'a rappelé deux autres cas très anciens, dont l'un appartient à un de mes amis et l'autre à un homme qui fut un de nos grands maîtres de la police. Ce sont encore des évacuations camouflées.

M. Georges H... est pris à 2 heures de l'après-midi d'une violente douleur dans le côté gauche, qui irradie dans la cuisse et les lombes et s'accompagne de nausées. Vers 4 heures du soir, c'est-à-dire deux heures après, il éprouve un besoin impérieux d'aller à la selle et rend des selles abondantes, molles et presque liquides. Je vois le malade vers 6 heures du soir ; en palpant le ventre, je trouve une douleur qui semble siéger sur le côlon gauche. Je me demande s'il s'agit bien du côlon ou de l'uretère. La diarrhée est assez importante pour me faire pencher vers le côlon. Cependant, le malade rend, au 3e jour, un calcul oxalique de la grosseur d'un pépin de pomme.

Crise camouflée encore par une névralgie sciatique, dans l'observation suivante. M. H..., 48 ans, est pris à la Revue du 14 Juillet, sur le terrain, d'une douleur si violente qu'il doit se faire ramener en voiture chez lui ; la douleur irradie jusque dans la jambe gauche et l'empêche de marcher. On pense à une crise articulaire, à un refroidissement ; on fait des frictions. Quatre heures après, je le vois à la demande de mon ami Jean Heitz, son médecin habituel. Le malade souffre beaucoup. Je réveille au palper une douleur dans la région sacro-iliaque droite et aussi dans le membre inférieur. Je pense à une sciatique, mais comme les urines sont très rares, que l'abdomen est distendu, j'ai un doute sur le calcul rénal. Quatre heures après un coup de téléphone annonce l'élimination d'un calcul avec un peu de sang. Et la sciatique s'éteint. Le calcul était oxalique.

En résumé : crises douloureuses, souvent typiques, parfois camouflées derrière un météorisme, une sciatique, une diarrhée. Il faut chercher l'hématurie, qui est seulement microscopique ; il faut chercher dans l'urine les éléments cellulaires détachés de l'uretère, les copeaux urétéraux ; il faut étudier le dépôt urinaire et les cristaux d'oxalate de chaux parfois nombreux. Il faut faire la radiographie, mais le calcul est caché par des gaz. Il n'y a pas de fièvre, ou peu ; pas de leucocytose car ce ne sont pas des calculs infectés, et cela fait aussi le diagnostic avec l'appendicite.

***

Examinons un peu le calcul : ses aspects, sa consistance expliquent en partie l'acuité des douleurs. C'est un calcul d'ordinaire blanc ou gris, hérissé ; le bord est plein d'aspérités ; il se laisse difficilement écraser ; on comprend qu'il soit très irritant et se couvre d'une petite quantité de sang brunâtre. Cette teinte brune ne doit point être prise pour la coloration habituelle du calcul urique, le dosage est nécessaire. Par sa dureté — ainsi que le dit Fey — et son accrochage dans l'uretère, le calcul interrompt souvent sa marche et provoque des étapes douloureuses successives. Il donne lieu à des contractions musculaires intérieures de l'uretère, qui se contracte sur ses aspérités bien plus qu'il ne le fait sur un calcul arrondi, poli, de lithiase urique.

Il se comporte parfois comme un grelot, car s'il accroche dans l'uretère, il remonte aussi et redescend, puis s'arrête à nouveau.

Le calcul oxalique est en général aseptique, il ne s'infecte pas ; comme il est petit, il s'engage très facilement. C'est la raison pour laquelle la colique oxalique de l'uretère est apyrétique, du moins à peu près et presque toujours, et très aiguë.

Je dois en discuter la fréquence. Je l'ai beaucoup étudiée et j'ai été frappé de voir que la plupart des travaux ne la fixent point. D'ailleurs, on étudie peu la colique oxalique du rein. Certains urologues l'estiment à 1/10 des coliques néphrétiques, mais c'est une estimation un peu vague et au jugé. Les chirurgiens n'opèrent pas les calculs oxaliques qui sont rarement infectés et peu volumineux. Ils ne les voient pas. Ce sont les médecins qui les voient.

Au Congrès de Vittel, il ya cinq ans, Marcel Labbé estimait la fréquence du calcul d'oxalate de chaux à 25 p. 100 environ. Et j'ai moi-même donné cette proportion.

Dans un travail récent que j'avait demandé à Fey pour « Nutrition », je trouve les statistiques suivantes, très consciencieuses :

Celle d'Israël d'abord : 42 calculs de phosphate, 32 calculs oxaliques et 20 d'acide urique.

Celle de Kuster, plus étendue. Elle porte sur 511 cas et distingue les calculs simples, qui ne contiennent qu'une substance, et les calculs complexes qui en contiennent plusieurs. Parmi les 200 calculs simples, 72 sont faits de phospho-carbonate de chaux, 60 d'oxalate de chaux, 66 seulement d'acide urique. Dans les calculs complexes, qui sont 300, il en trouve 87 où domine le phosphocarbonate de chaux, 116 où domine l'oxalate, et 105 où domine l'acide urique. Ainsi l'oxalate domine de beaucoup.

Rafin, qui étudie également la fréquence des calculs d'oxalate de chaux, fait deux catégories, non plus d'après la complexité du calcul, mais d'après l'asepsie

ou l'infection des voies urinaires ; sur 16 cas de lithiase aseptique, 6 calculs sont d'oxalate de chaux, 6 de phosphate de chaux et un seul d'acide urique.

Sur 38 de lithiase infectée, 19 sont calculs de phosphate de chaux, 16 d'oxalate de chaux et 3 d'acide urique. L'oxalate de chaux domine encore.

Jeanbrau d'ailleurs, dans 37 cas rapportés récemment, trouve 10 fois le phosphate de chaux, 11 fois l'acide urique et 11 fois encore l'oxalate de chaux.

La question est incontestablement jugée : le calcul d'oxalate de chaux est d'une grande fréquence et atteint au moins le tiers des calculs du rein.

J'ai dit, en exposant les diverses recherches, qu'il y a des calculs purs et des calculs complexes, ces derniers résultant d'accumulation d'autres sels autour du noyau principal. Je dois ajouter qu'il y a quelquefois les deux, l'un se développant à cause de l'autre et avec d'autres substances. Quand l'uretère est oblitéré par un petit calcul oxalique, une infection et une rétention plus ou moins durable se fait au-dessus de lui. Alors une masse volumineuse s'accumule dans le bassinet. J'ai vu un malade examiné jadis par mon collègue Ben Hamou, d'Alger, qui avait eu une colique néphrétique et un petit calcul oxalique de l'uretère. Le calcul resta longtemps et fut un jour rendu, mais derrière lui une véritable maçonnerie de calcul phosphatique s'était accumulée.

***

Dans tous les livres, la colique néphrétique est décrite avec détail.

Le *diagnostic*, surtout dans les formes camouflées, ne se peut faire que par l'étude attentive de la douleur, de ses irradiations, et une exploration rigoureuse du rein et des urines.

Elle se distingue bien de la colique hépatique quand elle siège à gauche, mais moins facilement quand elle est à droite ; la douleur rénale est certes postérieure ; la douleur hépatique est antérieure. Le siège de la douleur hépatique varie avec la respiration, mais la douleur rénale n'en subit guère l'influence ; l'irradiation se fait en haut pour la colique hépatique, vers l'omoplate, le cou ; en bas pour la colique néphrétique, vers l'aine, le membre inférieur, les organes génitaux, le périnée.

Dans quelques cas, le diagnostic est compliqué parce que les malades diront qu'ils ont eu autrefois une colique hépatique authentique. J'ai souvenir d'un malade chez qui le diagnostic fut d'autant plus difficile que non seulement la palpation, mais l'histoire et le caractère des réactions, étaient en faveur de l'une et de l'autre, et qu'à un moment donné il ne fut possible d'admettre formellement ou de nier l'une ou l'autre

MM. Chauffard et Debray ont d'ailleurs étudié la succession des deux lithiases ; d'autres auteurs, M. Tixier, de Lyon, en particulier, ont montré leur coexistence et discuté leur retentissement respectif. Les uns veulent que la lithiase hépatique succède à la lithiase rénale, les autres que ce soit l'inverse. Les deux hypothèses sont admissibles et je les crois exactes. J'ai idée pourtant que la lithiase hépatique précède le plus souvent la lithiase rénale, et que celle-ci est secondaire aux troubles du foie. Le foie joue un grand rôle dans la destruction de l'acide urique, et l'uricémie est un signe d'insuffisance du foie. En ce qui concerne la lithiase oxalique, ce rôle est plus patent encore : le foie insuffisant facilite l'oxalurie, soit qu'il ne détruise pas l'acide oxalique, soit même qu'il le forme, comme je l'ai avancé avec Tornet, aux dépens de son propre glycogène.

On peut confondre la colique rénale, quand elle est brutale comme un coup de poignard, avec la perforation de l'ulcère gastrique ou duodénal. Ces organes sont bien proches les uns des autres ; on confond le calcul de l'uretère avec l'appendicite, comme dans le cas classique de Chantemesse ; avec la torsion d'un kyste ovarien, avec l'obstruction intestinale quand l'arrêt des matières et même des gaz se produit comme dans le cas de Quénu.

Mais, pour faire le diagnostic, nous ne pouvons pas compter trop sur la palpation du rein, l'augmentation de son volume, la localisation exacte des points douloureux, des points urétéraux et des irradiations. Le point pyélique est proche du pylore et du duodénum, et le point urétéral de l'appendice. Et il y a les réactions nerveuses qui déplacent ou multiplient les zones douloureuses.

Il y a heureusement le laboratoire. Parmi les principaux examens, le premier est celui des urines : la constatation de copeaux urétéraux, de cellules pavimenteuses avec quelques cristaux et du sang. La centrifugation des urines est donc indispensable, ainsi que leur examen au microscope.

La radiographie doit être pratiquée suivant diverses méthodes : d'abord sans préparation, puis après opacification du bassinet et de l'uretère par l'uro-sélectan, ou par l'introduction d'une sonde dans la vessie et l'uretère et injection de liquide opaque. On voit ainsi sur un fond noir se détacher des calculs en clair.

En ce qui concerne la radiographie immédiate du calcul, on a des insuccès. Les calculs uriques ne sont presque jamais visibles, alors que les calculs oxaliques le sont toujours. Il est vrai que le calcul urique peut s'agrémenter de sels de chaux et devenir visible, comme l'a très justement dit Ledoux-Lebard dans un travail avec Dauvillier. Si l'on compare l'opacité des sels qui constituent le calcul du rein à l'opacité du calcul du foie, ont dit ces auteurs, le phosphate de chaux est 22 fois plus opaque que l'eau ; le phospho-carbonate de chaux, 14 fois plus ; l'oxalate de chaux, 11 fois plus ; l'acide urique, 1,5 fois plus seulement. On s'explique ainsi que le calcul d'acide urique se voie mal. Un calcul qui se voit, même s'il est petit, surtout s'il est petit, est presque toujours un calcul d'oxalate de chaux.

On le peut confondre avec les taches ganglionnaires. Chez un de mes malades, j'ai vu une petite tache au voisinage de l'uretère, et pensé à un calcul urétéral. Or, à l'opération, l'uretère était libre, et près de l'appendice existait un ganglion minuscule calcifié qui était la cause de cette opacité.

Il est des observations bien curieuses, l'une spécialement que je citais tout à l'heure. Un malade fait une crise diarrhéique. On pense au calcul, on le confie au docteur Michon, qui fait une radiographie et croit voir

un petit calcul de l'uretère. L'introduction de la sonde opaque permet de situer cette tache en dehors du canal et de conclure à une tache du bassin. Or, le lendemain, alors qu'il croyait avoir l'uretère libre, le malade rend un calcul d'oxalate de chaux.

Quand on peut pratiquer la radiographie à des heures ou des jours successifs, on peut suivre les étapes successives de sa descente et vérifier les trois localisations de plus en plus basses : dans le bassinet, dans la partie supérieure de l'uretère, à l'orifice vésical. Et ces étapes correspondent généralemnt aux sièges successifs ds douleurs et à leurs irradiations. Avec la première la douleur est simplement lombaire, avec la seconde elle est abdominale et le météorisme apparaît, avec la troisième la douleur est périnéale et le ténesme rectal fréquent (1).

***

Le *pronostic* est bénin ; je crois que les observations qu'on a faites à propos de l'augmentation de la tension artérielle sont trop peu nombreuses pour qu'on en puisse tirer de conclusions.

La constante uréo-sécrétoire peut être élevée, le chiffre d'urée anormal, mais de façon passagère et chez des sujets malades depuis déjà longtemps ou qui avaient en plus de l'infection rénale ou une lésion du rein opposé. Il ne semble pas que la colique oxalique détermine une modification importante durable ni de la tension artérielle ni du chiffre de l'urée ; elle touche très peu aux œuvres vives de l'individu.

***

Pour expliquer les réactions vasculaires et digestives, il faut invoquer les relations du plexus solaire et du rein, du plexus rénal, des plexus abdominaux-mésentériques inférieur et supérieur et même du plexus rectal. Les associations douloureuses et les irradiations s'expliquent par leurs connexions.

Du point de vue expérimental on n'a sur les réactions intestinales et artérielles que fort peu de documents. Les travaux de Clavel, de Surmont et Dubu ne font que confirmer ce qu'avait dit Claude Bernard, à savoir que l'irritation de l'uretère produit quelques modifications du tube digestif.

Clavel a vu quelquefois le spasme intestinal. Pourtant, d'après quelques expériences faites à ma demande par Bariéty et Mlle Kobler, le pincement du bassinet ou de l'uretère fait plutôt de la paralysie intestinale, ce qui explique peut-être la distension des anses, spécialement du côté touché.

Je n'insisterai pas sur la question, importante cependant, des phénomènes toxiques qui accompagnent la colique néphrétique. Ils sont rares. En dehors des réactions réflexes, on ne peut admettre de résorption que dans l'oblitération durable de l'uretère. Alors certaines néphrotoxines (bien étudiées par Rathery) passent dans l'économie et impressionnent électivement le rein du côté opposé. Je ne crois pas, pour ma part, à la spécificité absolue des néphrotoxines, mais à leur élection seulement ; dans les cas publiés, les organes autres que le rein opposé n'ont été aussi étudiés que le rein, en tous cas, elles ne peuvent se produire que dans les oblitérations durables, et non dans les cas passagers, fugaces, où l'oblitération de l'uretère n'est que de peu de temps et souvent incomplète.

***

Thérapeutique. — La thérapeutique consiste dans le repos, les bains chauds, la belladone surtout et beaucoup plus que l'opium, et l'atropine beaucoup plus que la morphine. L'action de la belladone et de l'atropine sur le muscle urétéral, ainsi que l'a dit Mondor, est notablement supérieure à celle de la morphine. Les piqûres de morphine mettent souvent le malade dans un état nauséeux très désagréable ; l'association belladone-morphine est préférable.

Ce qui m'intéresse, ce n'est pas tant la nécessité de confier au spécialiste le malade dont le calcul s'est arrêté dans l'uretère, provoquant ainsi infection ou dilatation ; non plus que d'aller chercher le calcul à la pince dans l'uretère ou à sa partie terminale ; ce qui m'intéresse plus, en tant que médecin, c'est le *traitement préventif*, qui évitera de nouveaux calculs et de nouveaux accidents. Car, si j'ai insisté sur la composition oxalique de ce calcul du rein, ce n'est pas pour dire seulement que la colique oxalique est une colique très aiguë, violente et dramatique, fréquemment hémorragique, déterminant des exfoliations de l'uretère. pour indiquer aussi qu'elle n'est pas suivie d'infection, c'est aussi pour préciser le traitement, le régime qui la doivent empêcher. Car sa récidive dépend de la nutrition, et c'est la nutrition autant que le rein qu'il faut soigner. Ce traitement, le spécialiste ou le chirurgien ne le donnent guère, pour la bonne raison, comme le dit Fey, qu'ils se préoccupent de l'obstacle, de l'infection, mais assez peu de la nature des calculs. « J'ai été très étonné, me disait Fey, quand on m'a confié l'article sur la lithiase oxalique, de trouver si peu de dosages dans les observations. Je comprends que la nature du calcul soit surtout l'affaire du médecin. »

Quand on examine des sujets atteints de calculs uriques du rein, on attache une importance considérable à des variations minimes de l'acide urique du sang, on est heureux d'y trouver 6 cgr. au lieu de 4,5 d'acide urique. Et lorsqu'on examine les malades atteints de calculs oxaliques, on ne fait point la même attention à des chiffres de 10, 20 cgr. ou plus, qui sont pourtant 20 fois la normale.

Voici une malade, femme de médecin, atteinte d'asthme et de colique en 1934 : acide oxalique pur. Le sang contient 0,25 cgr. d'acide oxalique. Cette malade va se soigner à Vichy, puis à Vittel, et revient n'ayant plus dans son sang que 12 cgr. d'acide oxalique.

Voici un homme, Grec, obèse, glycosurique autrefois — et ceci est très important... En 1931, il fait une colique néphrétique qui dure 15 heures : oxalate de chaux. L'oxalémie est de 0,12 cgr., c'est-à-dire 12 fois le taux normal. Il se soigne, voit baisser son oxalémie et ne fait plus de calcul. Voici encore une femme que trouble profondément le décès de son mari, et qui reste angoissée, fatiguée, douloureuse. En 1933, elle rend un calcul oxalique et elle reste très hypotendue,

(1) Voir M. Loeper. Les manifestations intestinales de la lithiase rénale. *Leçons de pathologie digestive.* IIe série. Masson, 1912.

toujours nerveuse ; l'acide oxalique du sang est de 0,12 cgr, aujourd'hui elle n'a plus que 3 centigr.

Voici encore un malade atteint de colique oxalique et qui a 0,17 cgr. d'acide oxalique dans son sang.

Et enfin un médecin de Lisbonne, lithiasique, avec un calcul urétéral ; l'acide oxalique du sang est de 0,12 cgr.

Je n'ose critiquer trop l'entêtement de certains médecins, de certains chimistes à négliger les dosages d'acide oxalique du sang pour s'attacher presque uniquement aux dosages de cholestérine d'acide urique ou d'urée.

Ces dosages sont d'autant plus utiles qu'ils expliquent les troubles de la nutrition. Ils précèdent le calcul et commandent un traitement.

On a dit que les urines des oxaluriques étaient acides et que la précipitation dépendait de cette acidité ; c'est une erreur, l'acide oxalique se précipite surtout dans l'urine alcaline ; il faut donc acidifier ces urines. Pour cela, on donne de l'uroformine et non pas de la pipérazine ou de la lithine, que l'on donne aux uricémiques.

On interdit les abats et les légumes ; peut-être ont-ils l'inconvénient d'augmenter un peu la quantité d'oxalate. Mais surtout on ordonne des pâtes, et ce n'est pas très heureux. Les glucides et les farineux donnent beaucoup d'acide oxalique. On prescrit les légumes : ils alcalinisent les urines et apportent de l'acide oxalique. L'acide oxalique n'est pas un frère de l'acide urique, c'est à peine un cousin. C'est un produit de la combustion incomplète des glucides.

La diathèse oxalique est une diathèse des glucides comme la diathèse urique est une diathèse des nucléoprotéides.

La lithiase rénale ne peut donc reconnaître un traitement univoque. Le traitement diffère comme diffère la composition du calcul. Pour soigner les malades et prévenir les accidents, il faut se renseigner sur sa nature. Cela commande la thérapeutique qui est tout à fait différente suivant la concrétion en cause ; cette thérapeutique est beaucoup plus alcaline dans l'uricémie que dans l'oxalémie ; les médicaments qu'on emploie seront acides et les régimes ne seront ni végétaux ni glucidiques, mais au contraire carnés et gras. Et peut-être l'acide phosphorique aidera-t-il à cette acidité et l'insuline à la transformation complète des sucres (Viale-Loeper).

Pour compléter, il faut exciter le foie, faciliter l'élimination biliaire, car, je le répète, le trouble de la fonction hépatique est souvent à l'origine de l'oxalémie.

Ces quelques indications, forcément assez brèves, ne sont que le résumé de ce que j'ai souvent avancé et qui reste, je crois, la vérité. Elles sont presque spécifiques. Elles sont, en tous cas, indispensables.

Essai critique sur la syphilis en Espagne au temps de la Renaissance (étude médicale, historique et artistique). Thèse du docteur Marcel MOREL. Un volume grand in-8° de 259 pages, de l'Imprimerie Berthod, à Bourg.

A propos de l'esprit de Mindererus, par L. BABONNEIX. (Semaine des hôpitaux de Paris, 15 juillet 1937.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1937)

Hypocholestérolémie au cours des ictères catarrhaux. — MM. MEERSSEMAN et DURAN. Observation de 46 cas d'ictères du type catarrhal, démontrant que l'hypercholestérolémie n'existe que d'une manière inconstante. Souvent la cholestérolémie est normale, souvent elle est abaissée. Les variations dans les taux de la cholestérolémie ne répondent à aucune variété étiologique, clinique, biologique ou évolutive ; son mécanisme demeure incertain.

Syndrome d'hypertension intracranienne d'origine syphilitique. Guérison par le traitement spécifique. — MM. DEREUX, COUSTENOBLE et DESREUMAUX (Lille).

Les aspects radiologiques des lésions osseuses de l'anémie érythroblastique infantile. — M. CAMINOPETROS (Athènes). Les lésions les plus caractéristiques sont celles de la médullaire (ostéoporose), surtout apparentes aux os du bassin, de l'épaule, aux métacarpiens, aux phalanges. Sur les os longs, on note l'élargissement de la cavité médullaire. L'ostéoporose est nette sur les os plats (bassin). Les plus curieuses altérations sont relevées sur les os du crâne, où l'on constate, soit un épaississement léger, soit un épaississement poreux du diploé, soit localisé à un os, soit s'étendant d'une manière diffuse à plusieurs os de la voûte. Le diploé peut également être strié de fines ombres transversales.

Cholestéatome supra-sellaire. — MM. DEREUX, HARTMANN et LE BEAU. Malade chez qui la baisse progressive de l'acuité visuelle avec atrophie optique et les signes radiologiques de la région sellaire firent diagnostiquer une affection opto-chiasmatique, pour laquelle on pratiqua une intervention neuro-chirurgicale ; celle-ci montra l'existence d'un cholestéatome supra-sellaire.

Hématémèse et melœna à répétitions chez une enfant de 9 ans. Splénomégalie ancienne. Arrêt des hémorragies après splénectomie. — MM. WEILL-HALLÉ, DE GAUDARD D'ALLAINES et Mlle PAPAÏOANNOU.

Considérations anatomo-cliniques sur une leucémie myéloïde fébrile. — MM. OLMER et POURSINES (Marseille). Homme de 42 ans présentant de la fièvre stabilisée entre 37° et 39°, chez lequel apparut une splénomégalie volumineuse et douloureuse avec gros foie. L'examen du sang démontra une leucémie myéloïde. Ces constatations anatomiques firent constater l'absence d'infiltrat leucémique du cœur, des poumons et des reins, une rate énorme de 5 kilogr. 100 présentant un double aspect d'infarctus multiples et d'hémorragies en nappe ; foie pesant 2 kilogr. 900 ; enfin, dans la moelle osseuse : hypergénèse hémopoiétique du type myéloïde.

Dolichosténomélie (arachnodactylie). — MM. HUBER, FLORAND et LIÈVRE. C'est un nouvel exemple de cette dystrophie complexe qui actuellement comporte de nouveaux caractères, parmi lesquels les plus curieux concernent les globes oculaires (ectopie des cristallins, iris tremblant...). C'est un exemple d'un groupement d'anomalies transmises par hérédité de façon globale ou dissociée. C'est sans doute un bloc de caractères héréditaires fixé sur un même germe de la cellule germinale.

Baisse du pouvoir alexique des sérums au cours des états hépatiques. — MM. MEERSSEMAN et PERROT.

Maladie hémolytique chez deux jumeaux. Déformations cranio-faciales associées. — MM. DEBRÉ, LAMY, MOZER, G. SÉE et KAPLAN. Deux enfants âgés de 5 ans, jumeaux univitellins, atteints tous deux d'une maladie hémolytique à

laquelle sont associées des déformations du squelette cranio-facial.

Constatation chez la mère d'une splénomégalie légère et d'une maladie hémolytique. Transmission de la mère aux enfants d'une langue « scrotale ». Les signes de la maladie hémolytique se trouvent réunis chez les deux jumeaux ; chez les deux, déformation du squelette cranio-facial avec facies particulier. Ces déformations sont voisines de celles qui caractérisent l'anémie de Cooley.

M. ACUNA (Buenos-Aires) pense qu'il s'agit peut-être des intermédiaires ayant le même aspect clinique entre la maladie hémolytique et l'anémie érythroblastique de Cooley.

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1937)

Adénite rhumatismale. Présence du streptococcus viridans dans un ganglion hypertrophié au cours de la maladie de Bouillaud. — MM. DEBRÉ, THIEFFRY et MORET. Au cours de l'affection survient dans une des fosses sus-épineuses une tuméfaction simulant le nodule de Meynet. Il s'agissait d'un ganglion de texture bouleversée, présentant par places des zones de nécrose fibrinoïde. Par ensemencement, on découvre pur le *Str. Viridans*. Ce germe a été assez souvent rencontré au cours de la maladie de Bouillaud. Ces lésions de nécrose fibrinoïde du ganglion s'ajoutent à celles qui ont été rencontrées dans différents tissus, au cours de la maladie dont s'agit.

Remarques cliniques et thérapeutiques sur le rhumatisme articulaire aigu. — MM. LIAN et FOCQUET rappellent que l'attaque rhumatismale, parfois succède à une suppuration sous-cutanée ou à un phlegmon amygdalien. Quelquefois une insuffisance mitrale précède de plusieurs mois le rhumatisme. Il faut noter l'intérêt de l'électrocardiographie et le dosage pondéral du fibrinogène du sang. Les auteurs critiquent la tendance qui place presque toujours le rhumatisme cardiaque évolutif à l'origine de l'insuffisance cardiaque dans les cardiopathies valvulaires rhumatismales. Il ne faut donc recourir à la médication salicylée que si l'on a des raisons objectives de conclure à un rhumatisme cardiaque évolutif.

La communication de M. Lian appelle une longue et intéressante discussion sur la valeur des injections intraveineuses de salicylate de soude dans le rhumatisme : à cette discussion prennent part MM. Pichon, Flandin, Grenet, Lesné, Coste, Lereboullet.

Manifestations rhumatismales déclenchées chez un tuberculeux par la collapsothérapie. — MM. H. BÉNARD, FÉLIX-PIERRE MERKLEN et CORD. Chez un malade atteint de tuberculose unilatérale gauche, une insufflation de la plèvre déclencha des manifestations articulaires dans les genoux et les épaules, avec fièvre. Ces phénomènes cédèrent à l'administration du salicylate de soude ; une nouvelle insufflation pleurale fit réapparaître les douleurs articulaires : une réactivation des phénomènes douloureux suivit encore trois insufflations suivantes : la médication salicylée amena la disparition de tous ces troubles.

Thyroïdite infectieuse aiguë probablement rhumatismale. — M. BENDA.

Un cas de rhumatisme cérébral guéri. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et MIGNOT.

Chorée et maladie rhumatismale. — MM. RISER, LABOUCARIE et GERAUD (Toulouse). — Deux observations de sujets jeunes, tout à fait identiques, début par un épisode choréique aigu, brutal, violent, d'un type encéphalique, avec confusion mentale, signes neurologiques, modifications du liquide céphalo-rachidien. L'épisode rhumatismal apparut secondaire ; il fut très court. La médication salicylée ne réussit qu'à très hautes doses ; elle demeura sans effet chez l'un des malades. A signaler l'action du sonéryl et du somnifère intra-veineux.

248 cas récents de maladie de Bouillaud dans l'armée. — MM. CODVELLE, PARAIRE et JACQUIER.

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1937)

Evolution et pronostic de la maladie de Bouillaud dans l'enfance. — M. GRENET étudie les principaux types de l'affection :

1° Forme bénigne : le rhumatisme est jugulé par la médication salicylée ; la lésion cardiaque, si elle s'est développée, n'évolue pas. Quelquefois, le myocarde est touché, au moins temporairement, ce qui impose des réserves pour l'avenir.

2° type : persistance d'un état subfébrile avec troubles myocardiques nets ; forme relativement légère, sous réserve de récidives pouvant entraîner des accidents graves.

3° A un degré de gravité plus élevé, l'asystolie fébrile peut entraîner la mort à brève échéance. C'est une forme de cardite évolutive caractérisée par la diffusion des accidents viscéraux. C'est l'état du myocarde qui règle le diagnostic immédiat.

Il faut signaler que l'évolution d'une attaque rhumatismale n'est pas l'évolution du rhumatisme lui-même. Les récidives, leur fréquence, le comportement du cœur sont les caractères de la marche de la maladie. Lorsqu'un enfant succombe, c'est toujours aux progrès de l'infection et non à des accidents mécaniques d'asystolie. Le pronostic de rhumatisme dans l'enfance est grave. La mortalité est en moyenne de 17,39 p. 100.

Maladie de Bouillaud à forme maligne et endocardite infectieuse à forme lente. — MM. MATHIEU, Pierre WEIL, OUSMANSKY et DELARUE. Les observations des auteurs concernent la difficulté du problème entre la maladie de Bouillaud et l'endocardite infectieuse de Jaccoud-Osler. 1er cas : existence des signes d'endocardite infectieuse, et à l'autopsie lésions cardiaques rhumatismales. 2e cas : prédominance des signes d'insuffisance cardiaque avec association de péricardite. 3e cas : coexistence dès la première attaque rhumatismale de lésions vasculaires et viscérales, des septicémies d'Osler avec des nodules d'Aschoff dans le myocarde.

Formes extraarticulaires de la maladie de Bouillaud. — Péricardites primitives d'origine rhumatismale. — MM. BRODIN, BRUNHES et MARTROU.

Guérison rapide d'une brucellose par l'endoprotéine mélitococcique. — M. MAY.

Deux cas d'hyperthyroïdie avec troubles de la régulation du chlore. Traitement iodo-ioduré. — MM. J. DECOURT et DEVILLERS.

Commentaires à propos de 190 observations de rhumatisme articulaire aigu recueillies en médecine militaire. — MM. MEERSSEMAN, DUVAL et LACROIX. Du point de vue épidémiologique : variations de fréquence suivant les années ; prédominance de l'affection entre janvier et mai. Parmi les complications, les auteurs montrent la relative rareté des endocardites valvulaires, leur apparition de préférence à la suite des formes traînantes et prolongées, la prédominance de l'insuffisance aortique sur les autres lésions orificielles.

Pour M COSTE, le rhumatisme articulaire aigu en milieu militaire est très différent du rhumatisme articulaire aigu de l'enfant ; il est souvent bénin, léger, et les complications cardiaques y sont rares.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 8 février. — Jury : MM. Balthazard, président ; Tanon, Alajouanine, Duvoir. — M. GREENE. Les traumatismes de la région infundibulo-hypophysaire. — M. GIBERT. Les dents et l'appareil masticateur chez les tempéraments affiné et rustique. — M. GUÉRIN. Pathologie de Honoré de Balzac. — M. LAZEROVICI. Hygiène du camping. — M. MARRE. Etat actuel de la prophylaxie du typhus exanthématique et de la vaccination contre cette maladie.

— Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Gastinel, Mouquin. — M. NUSEM. Contribution à l'étude de la bismuthothérapie anti-syphilitique. Adjonction des lipoïdes et traces de cuivre et de mercure.

Mercredi 9 février. — Jury : MM. Clerc, président ; Grégoire, Loeper, Donzelot. — M. CHOPPY. Contribution à l'étude de la compression du duodénum par le rein droit ptosé, du duodénum dans la ptose et des indications de la néphropexie.

Jeudi 10 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Marion, Terrien, Brocq. — M. RABIER. Contribution à l'étude des phlegmons périnéphrétiques. — M. BARROIS. Etude critique des différents procédés d'immobilisation des paupières pendant l'opération de la cataracte.

— Jury : MM. Guillain, président ; Laubry, Lian, Petit-Dutaillis. — M. CALVET. Etat actuel de la thérapeutique iodée dans les cardiopathies rhumatismales. — M. SCHWADLAK-MULLER. Les souffles cardiaques systoliques du foyer pulmonaire. — M. LE BEAU. L'œdème du cerveau. Son rôle dans l'évolution des tumeurs et des abcès craniens.

Lundi 31 janvier. — Thèse vétérinaire. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Lesbouyriès, Robin. — M. TARDASSIS. Ostéomalacie.

Jeudi 3 février. — Thèse vétérinaire. — Jury : MM. Tanon, président ; Lesbouyriès, Letard, Vergé. — M. MONOURY. Inspection des viandes et spondylite porcine. — M. VILCOQ. Elevage du mouton dans le département du Loiret.

Mardi 8 février. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Champy, président ; Létard, Lesbouyriès. — M. NIENAT. Etude de la télégonie.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement de la colopathie muco-membraneuse, par le docteur F. TRÉMOLIÈRES, médecin de l'Hôpital Boucicaut (1).

Au début de ce siècle, l'entéro-colite muco-membraneuse était à la mode ; mais cette vogue se ralentit peu à peu, et si certains spécialistes continuaient à en observer des exemples, la grande majorité des praticiens ne s'en souvenaient plus que comme d'une hypothèse pathologique périmée.

Après la faveur excessive et le discrédit injustifié, la synthèse s'est faite, et des débris de l'entité pathologique entéro-colite muco-membraneuse, s'est édifié le syndrome colopathie muco-membraneuse, dont la clinique est bien établie, dont l'étiologie est multiple et dont le traitement a été bien décrit par l'auteur dans cet ouvrage.

(1) Un volume gr. in-8° de 32 pages. Prix : 10 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CANCER PRIMITIF DU POUMON (S. ET D.) (1)

A l'examen, on trouve, par sa *matité*, un *épanchement pleural considérable*, que confirment : abolition des vibrations et souffle, mais habituellement l'égophonie et la pectoriloquie manquent.

La ponction exploratrice ramène un liquide séro-fibrineux et assez fréquemment *séro-hémorragique*, laqué.

Elle donne parfois l'impression de traverser une carapace pleurale.

Le liquide contient des lymphocytes, des polys, des placards, très exceptionnellement des cellules cancéreuses typiques..

Une telle pleurésie fait assez rapidement sa preuve, car :

1. La dyspnée persiste, très marquée, malgré l'évacuation du liquide.
2. L'inoculation au cobaye est constamment négative.
3. L'*évolution* surtout, superposable en tous points à celle du type précédent, est inexorable, parfois hâtée par l'apparition de signes médiastinaux.

B. *La forme médiastinale.*

C'est encore un malade âgé, bronchitique, chez lequel apparaît progressivement une modification assez spéciale du tableau fonctionnel.

La *dyspnée* change de caractère : elle apparaît *la nuit*, sous forme de crises *pseudo asthmatiques*.

La toux, qui était banale, devient *quinteuse*, coqueluchoïde.

Et cette association éveille l'idée d'une *compression médiastinale*, que confirme l'examen physique, par l'existence, à l'auscultation, d'un *souffle rude* se propageant en virgule en bas et en dehors, symptomatique d'une compression bronchique — parfois même d'un syndrome pseudo cavitaire du hile.

D'autres signes médiastinaux peuvent exister parallèlement (voix bitonale, dysphagie... mais plus rares).

Deux examens vont étayer le diagnostic :

L'examen radiologique, existence d'une *masse hilaire volumineuse* qui, étant donné l'âge du malade, et l'aorte et l'œsophage étant intacts, a toutes chances d'être ganglio-pulmonaire.

La bronchoscopie, faisant voir la compression bronchique et permettant souvent l'examen biopsique.

— L'ombre s'accroît à des clichés successifs, et parallèlement les signes médiastinaux s'exagèrent.

Cette forme partage le pronostic rapidement fatal des formes précédentes, avec prédominance habituelle d'un syndrome asphyxique.

Formes cliniques :

— Telles sont les trois formes cliniques les plus fréquentes que peut revêtir un K. du poumon.

Mais il faut en citer la possibilité de multiples aspects, souvent *trompeurs* et sources d'erreurs diagnostiques.

Telles sont :

Les K. pseudo-kystiques.

Les K. simulant un abcès pulmonaire.

Les K. débutant brusquement (cliniquement du moins), *par un épisode pulmonaire aigu ;* à la convalescence, le K. se démasque *par une hémoptysie abondante.*

Et surtout :

Les formes pseudo tuberculeuses, par :

Leurs S. G. : fièvre hectique.

Leurs S. f. : hémoptysies.

Leurs S. ph. : signes cavitaires.

D'un diagnostic particulièrement délicat chez les bacillaires anciens.

Les formes suppurées soulèvent le difficile problème des suppurations pulmonaires :

1. L'infection est de règle au cours de l'évolution de tous les K. pulmonaires.
2. Mais le K., latent jusque là, peut être révélé par :

— *De la fièvre,*

— *Une expectoration purulente, putride ou fétide.*

L'erreur va souvent jusqu'au moment de l'intervention chirurgicale.

Une forme est à isoler :

Le *sarcome primitif.* C'est un K. conjonctif, qu'on voit plutôt chez le sujet jeune, et qui se caractérise :

— Par le volume énorme de la tumeur.

— Par l'importance des compressions qu'il occasionne.

— Par son évolution très rapidement mortelle, avec propagation directe à la peau relativement fréquente.

Diagnostic :

— Extrêmement difficile au début dans tous les cas.

— Bien souvent c'est seule l'évolution qui amène à y penser et fait réformer une première hypothèse.

I. *Dans la forme broncho-pulmonaire chronique :*

a) Un problème domine les autres : celui de la *tuberculose*, surtout dans sa forme fibreuse.

Nous avons vu combien, par ses signes généraux, fonctionnels ou physiques, le K. peut la simuler.

L'examen bactériologique ne tranche pas toujours le problème.

Négatif, il ne permet pas d'écarter la φ fibreuse.

Positif, il ne permet pas d'éliminer le néo greffé sur une φ ancienne.

Retenir surtout : l'*unilatéralité stricte* et le *développement rapide* des signes.

b) Toutes les scléroses pulmonaires peuvent prêter à erreur : celle des gazés, celle de la dilatation des bronches (lipiodol + +).

c) La syphilis pulmonaire, bien qu'exceptionnelle, doit être écartée chez un malade ayant des signes nets de syphilis ancienne.

d) Le kyste hydatique sera toujours d'une difficulté extrême, avant la positivité nette des réactions classiques.

II. *Dans la forme médiastinale*, deux diagnostics surtout à écarter :

1. *Anévrisme*, facile dans les cas nets, *très difficile* si *médiastinite associée ;* l'erreur peut aller jusqu'à la vérification anatomique.
2. *Le Hodgkin à forme médiastinale*, impossible pratiquement à liminer avant l'apparition :

De ganglions externes permettant la biopsie ;

D'une grosse rate avec éosinophilie.

Plus rarement : les autres causes de syndromes médiastinaux (lymphadénome ou lymphosarcome).

III. *Dans la forme pleurale :*

C'est encore la *tuberculose* (pleurésie φ) que le K. simule fréquemment.

Mais aussi : une *pleurésie cardiaque*, volontiers hémorragique (infarctus) — problème difficile chez ce malade âgé.

Plus rarement : Hodgkin à début pleural.

IV Enfin, toutes les *formes anormales et trompeuses* soulèvent les problèmes les plus divers (gangrène subaiguë — abcès amibien — lobite tuberculeuse, etc...) — et leur multiplicité prouve précisément que le diagnostic de K. pulmonaire est un des plus difficiles qui soient dans la pathologie pulmonaire.

C. LE SUEUR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 10, du 2 février 1938.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2e)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1938, qui vient de paraître, sera remis gratuitement au signataire sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2e, jusqu'au 31 mars 1938.

Port à domicile par poste recommandée, **6 fr. 50** (en timbres ou en versement au C.C.P. Paris 405-75)

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.

N° 13. — SAMEDI 12 FEVRIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux* (admissibilité). — Liste des candidats : MM. Aboulker, Audouin, Baumann, Beuzart, Billet, Boudreaux, Calvet, Cordier, Dreyfus-Le Foyer, Dufour, Hepp, Lance, Lazard, Lecœur, Mialaret, Monod, Petit, Poilleux, Rudler, Vuillième, Zagdoun.

— *Concours d'assistant d'électro-radiologie.* — *Electrologie* : MM Raulot-Lapointe, 10 ; Clenet, 13 ; Lefebvre, 15 ; Liquier, 17 ; Godefroy, 13 ; Cadet, 12 ; Juquelier, 10 ; Cros, 14 ; Dubois, 14.

Question donnée : Exposer la technique et montrer sur un sujet normal les manœuvres successives de l'électro-diagnostic classique des nerfs et muscles du bras.

Questions restées dans l'urne : Exposer et réaliser sur un sujet normal la technique du traitement d'une paralysie faciale périphérique droite. — Déterminer et marquer au crayon dermographique les principaux points moteurs nerveux et musculaires de l'avant-bras.

MM les membres du jury décident de présenter à la nomination de M. le Directeur général : MM. Liquier, 52 points ; Lefebvre, 47 ; Dubois, 47 ; Cros, 45 ; Clenet, 44 ; Godefroy 42 ; Cadet, 40 ; Juquelier, 37.

— *Concours de l'internat.* — Par suite de l'indisposition d'un des membres du jury, les séances d'oral ont été suspendues. La prochaine séance aura lieu à la salle des concours le mercredi 16 février 1938, à 8 h. 45 du matin.

Hôpital Saint-Michel. — Concours pour les fonctions d'interne du service de gastro-entérologie (MM. Maurice Delort et Maurice Renaudeaux). Inscriptions du 15 au 31 mars. Entrée en fonctions le 1er mai. Adresser les demandes à Mme la Supérieure de l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, à Paris. — Mettre sur l'enveloppe « Concours de l'internat ».

Faculté de médecine de Paris. — M. Leroux, agrégé, est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Roussy.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Martin Sans, professeur sans chaire, est nommé professeur d'histoire naturelle (ancienne chaire de chimie médicale transformée, dernier titulaire M. Valdiguié.)

Ecole de médecine d'Angers. — M. André Boquel est nommé directeur honoraire. MM. André Boquel, Charles Martin et Turlain sont nommés professeurs honoraires.

M. Naulland est intitulé professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Bassot est institué professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Moutier, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire de physiologie, en remplacement de M. Auvigne, nommé titulaire de la chaire d'urologie.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Yardin, professeur suppléant, est chargé du cours de pharmacie chimique.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Lenouvel est chargé des cours de physique générale, physique médicale, chimie minérale et chimie médicale.

M. Chasset est chargé des fonctions de professeur suppléant de physique et chimie et de chef des travaux pratiques de chimie.

Légion d'honneur. — ÉDUCATION NATIONALE. — Sont élevés, à la dignité de *Grand-croix* : M. Edouard Branly, membre de l'Académie des sciences ;

De *Grand officier* : M. Paul Langevin, membre de l'Académie des sciences ;

Officier : M. Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine ;

Chevalier : MM. Rimattei (de Marseille) et Troisier (de Paris).

— AIR. — *Chevalier* : le docteur Jules Crochet, médecin chef du centre d'examen médical des pilotes civils de France

Le lancement du paquebot « Pasteur ». — Le paquebot *Pasteur* sera lancé le 15 février, à Saint-Nazaire. Destiné à la liaison maritime France-Amérique du Sud, il remplace le paquebot *Atlantique*, incendié il y a quelques années.

Le timbre « Pour sauver la race ». — Un timbre postal de 65 centimes avec surtaxe de 25 centimes, est mis en vente par les P.T.T. Le produit total de la vente sera versé à la Société de prophylaxie sanitaire et morale chargée de la propagande éducative antivénérienne.

CHRONIQUE

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'A. D. R. M.

(Association pour le développement des relations médicales)

UN DISCOURS DE M. GEORGES DUHAMEL

L'assemblée générale de l'A.D.R.M. a eu lieu mardi, sous la présidence de M. Rosset, directeur de l'Enseignement supérieur, assisté de M. le professeur Hartmann, président de l'A.D.R.M.; de M. le doyen Tiffeneau, du docteur Georges Duhamel, de l'Académie française ; des professeurs Baudouin, secrétaire général, et Lemaître, trésorier.

Après une excellente allocution de M. LE DOYEN, M. HARTMANN rappelle le fonctionnement de l'A.D.R.M. Grâce au concours dévoué de Mlle Huré et de notre confrère Mathé, les médecins étrangers arrivant à Paris trouvent à la Faculté de médecine, sans perte de temps, tous les renseignements de nature à faciliter leur séjour. M. Hartmann parle ensuite des échanges de professeurs réalisés, en 1937, entre les Facultés françaises et étrangères, des échanges d'étudiants, des visites en groupe à des savants étrangers, de l'organisation des Journées, dont les plus brillantes furent les Journées tchéco-slovaques de Paris, qui auront, cette année, leur réplique à Prague.

Après cet exposé, M. Georges DUHAMEL dégagea d'une façon lumineuse le sens de l'œuvre poursuivie par M. Hartmann et ses collègues. Ce discours fut, ainsi que M. Duhamel nous y a habitués, un chef-d'œuvre de finesse, d'observation et de robuste bon sens.

M. Duhamel avait pris pour sujet : *Le Pèlerin d'Hippocrate*. Si l'on veut bien se souvenir que, dès sa jeunesse, M. Duhamel prit le bâton et le sac du pèlerin pour visiter le monde, et en particulier le monde médical, on peut mesurer la variété des impressions qu'il a recueillies et dont il nous fait part.

« Déjà dit-il, la simple réflexion montre que la collaboration médicale internationale est la plus complète qui soit. » En chirurgie, qu'il s'agisse de l'instrumentation ou de l'anesthésie, on rencontre la collaboration de tous les médecins du monde. Examine-t-on le corps ? on y trouve la même participation universelle. Les peuples s'étaient partagé l'anatomie humaine, les peuples se sont partagé jusqu'aux symptômes, aux réactions de laboratoire, aux techniques, aux remèdes.

S'il est bon de faire ces constatations, il est meilleur de les compléter en visitant les médecins étrangers. Il est aussi de grand profit de les voir vivre et d'écouter les leçons de leur sagesse. « Les médecins représentent en effet, une des plus vivantes fractions du monde civilisé. »

La langue française — et nous avons le droit d'en être fiers — fut toujours pour le « pèlerin » un instrument de haut prix. Elle est un lien fidèle entre les médecins qui se recommandent d'une même culture. Certes, le latin fut parfois utile à M. Duhamel, ainsi fut démontrée, une fois de plus, l'importance des études classiques pour la formation médicale

En conclusion, retenons que « le médecin est celui qui est le plus capable de concilier par sa parole et par ses actes l'humanisme et l'humanité ».

Ces derniers mots de M. Duhamel précisent le sens et la portée de l'œuvre entreprise par M. Hartmann et l'A.D.R.M.

Après les rapports du trésorier, M. LEMAÎTRE et du secrétaire général, M. BAUDOUIN, M. ROSSET prit la parole. Il résuma d'une façon très heureuse les discours précédents et fit ressortir le grand intérêt, au point de vue national, des efforts faits par l'A.D.R.M. En terminant, il félicita chaleureusement M. Hartmann et ses collègues.

F. L. S.

Nécrologie. — Le docteur André Chaix (de Bourgoin).

— Le docteur Georges Coulombier (d'Avranches).

— M. Van Rooy, professeur de gynécologie et obstétrique de l'Université d'Amsterdam. Il devait présider le congrès international de gynécologie d'Amsterdam, en 1938.

— Le docteur André Pansier, chirurgien des hôpitaux d'Avignon.

A propos d'un Argus très utile. — *J'analyse* va entrer dans sa onzième année. C'est une publication présentée sous forme d'*Argus* citant 146 journaux et revue de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin et à l'étudiant préparant des concours, ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois des analyses et une bibliographie bien faite, classée par spécialités.

Le coût de l'abonnement est minime : France, Belgique et Colonies : 25 fr. ; Union postal : 35 fr. ; autres pays : 40 fr. Un numéro *spécimen* sera envoyé sur demande adressée au docteur Crouzat, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris (11e).


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR. PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale,* du 13 février dernier, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée,** expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

LE SÉRODIAGNOSTIC DE WIDAL

Par M. A. LEMIERRE

Conférence faite à l'hôpital Laënnec le 14 janvier 1938 à l'occasion du neuvième anniversaire de la mort du Professeur Fernand Widal

« *Le diagnostic biologique des maladies infectieuses s'est fait jusqu'à présent par la constatation directe du microbe pathogène dans l'organisme malade. Le diagnostic peut encore se faire, pour deux d'entre elles, par l'injection de toxines microbiennes : la tuberculine et la malléine. Nous proposons une méthode nouvelle qui peut permettre de faire le diagnostic de la fièvre typhoïde en cherchant comment le sérum d'un malade agit sur une culture en bouillon de bacille d'Eberth.* »

C'est en ces termes que, le 26 juin 1896, Fernand Widal annonçait devant la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sa découverte du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde et la première application à sa clinique humaine d'une science que venaient de créer les bactériologistes : *la sérologie*.

En quelques semaines la courte note qui débute ainsi (elle n'occupe que cinq pages du Bulletin) devait rendre illustre dans le monde entier le nom de son auteur. Non seulement on y trouve l'exposé des données fondamentales de la méthode nouvelle, mais elle permet de prévoir les développements que cette méthode allait prendre dans l'avenir.

Widal rappelle tout d'abord les récents travaux de Pfeiffer et Kolle et de Gruber et Durham montrant que le sérum sanguin des animaux immunisés contre le bacille d'Eberth possède le pouvoir d'agglutiner les cultures en bouillon de ce germe et que ce pouvoir agglutinant est spécifique. Si, après avoir ensemencé deux tubes de bouillon, l'un avec un bacille d'Eberth, l'autre avec un colibacille, microbes morphologiquement identiques, on ajoute à chacun de ces tubes quelques gouttes du sérum d'un animal fortement immunisé contre le bacille de la fièvre typhoïde, on voit qu'après 24 heures de séjour à l'étuve à 37° l'aspect des deux cultures est différent. Le bouillon ensemencé avec le colibacille est uniformément trouble. Une goutte du liquide déposée entre lame et lamelle et examinée au microscope ne fait voir que des bacilles très mobiles, nettement séparés les uns des autres. Au contraire, le bouillon ensemencé avec le bacille d'Eberth demeure clair et transparent ; mais au fond du tube s'est accumulé un dépôt blanchâtre, pulvérulent, qui, au microscope, apparaît constitué par des agglomérats compacts de bacilles immobiles, figés, agglutinés en amas les uns avec les autres.

Widal a vérifié la réalité de ce phénomène. Il possède des sérums provenant d'ânes puissamment immunisés contre l'infection typhique et qui lui donnent couramment, en quelques heures, une réaction agglutinante des plus marquées à la dose d'une goutte pour dix centimètres cubes de bouillon.

Mais il a constaté en 1892 avec Chantemesse que le sérum de sujets atteints de fièvre typhoïde en pleine évolution, injecté aux animaux de laboratoire, protège ces animaux contre l'inoculation de bacilles d'Eberth virulents qui tuent immanquablement les témoins. « Il était donc naturel, dit-il, de rechercher si le sérum des typhiques ne possédait pas, au cours de la maladie, comme après la convalescence, la propriété d'agglutiner in vitro les bacilles d'Eberth épars dans une culture et si cette réaction ne pouvait aider en clinique au diagnostic, souvent si épineux, de la dothiénentérie. »

Passant immédiatement de l'idée à l'exécution, il a examiné le sérum de six typhiques aux 7e, 12e, 15e, 16e, 19e et 21e jours de la maladie. Chaque fois il a constaté l'action immobilisante et agglutinante de ce sérum sur la culture en bouillon de bacille d'Eberth.

Le phénomène de l'agglutination peut être surpris « à l'état naissant », suivant le procédé que nous avons indiqué plus haut. Le bouillon additionné d'un sérum de typhique, dans la proportion de 8 gouttes de sérum pour 4 cmc. de bouillon, puis ensemencé avec un bacille d'Eberth et mis à l'étuve à 37° n'apparaît, au bout de 24 heures, que légèrement trouble. Quelques flocons sont précipités et une poussière blanchâtre, plus ou moins épaisse, est en suspension dans toute la hauteur du liquide. Une goutte de ce liquide examinée à l'état frais montre les microbes agglomérés en amas, dans l'intervalle desquels on découvre seulement quelques bacilles isolés et mobiles.

On peut procéder plus rapidement encore : il suffit d'ajouter quelques gouttes de sérum, six gouttes par exemple, à quatre centimètres cubes d'une culture en bouillon de 24 heures de bacilles d'Eberth et de conserver le tube à la température du laboratoire. Au bout de deux ou trois heures, il s'y est formé des grumeaux visibles à l'œil nu. Déjà au bout d'une heure ou deux, l'examen d'une goutte du liquide au microscope montre que la plupart des bacilles sont immobilisés et agglutinés en amas caractéristiques.

Ces deux premières méthodes exigent que le sang du patient soit prélevé aseptiquement par ponction veineuse afin d'éviter la prolifération possible de souillures microbiennes dans les tubes de culture. Mais on peut constater le phénomène d'une façon beaucoup plus simple. Il suffit de recueillir quelques gouttes de sang par piqûre de la pulpe digitale, et de le laisser coaguler. Une fois le sérum séparé, on en fait tomber une goutte dans dix gouttes d'une culture en bouillon de bacilles d'Eberth. Si le sérum sanguin provient d'un typhique, on constate, sous le microscope, la formation presque immédiate des agglomérats microbiens caractéristiques. Bien plus, il suffit d'ajouter directement une goutte de sang à dix gouttes de culture microbienne pour observer la production du phénomène.

Widal a recherché d'autre part la réaction agglutinante chez 21 sujets témoins, non atteints de fièvre typhoïde en évolution, les uns en pleine santé, les autres souffrant de maladies diverses, certains mêmes ayant eu autrefois une dothiénentérie mais guéris de-

puis longtemps. Chez tous ces sujets la réaction agglutinante a fait défaut.

Enfin il a constaté que le sérum de ses six typhiques demeurait sans action sur une culture de colibacille.

Widal souligne pour terminer la simplicité de la méthode qui donne une réponse rapide et n'exige qu'un matériel restreint : une culture de bacille d'Eberth, un microscope, quelques gouttes et même une seule goutte du sérum du malade.

Avec sa prudence habituelle il réserve à l'avenir le soin d'établir à quel jour de la maladie le phénomène commence à apparaître ; s'il se manifeste dans les formes frustes et atténuées ; s'il peut être occasionnellement observé au cours d'une autre infection, surtout chez les personnes guéries depuis longtemps d'une fièvre typhoïde. « Mais, ajoute-t-il, le fait de l'avoir constaté d'une façon précise dans six cas classiques de dothiénentérie, de n'avoir pu le déceler chez 21 autres sujets, montre suffisamment sa valeur comme élément de diagnostic dans un cas douteux de fièvre typhoïde. Cette méthode de *sérodiagnostic*, suivant la dénomination que je propose, sera sans doute applicable à d'autres maladies, notamment au choléra et aux infections coliennes ; mais on peut déjà prévoir que peu de maladies s'y prêteront mieux que la fièvre typhoïde dont le microbe jouit d'une mobilité si grande, d'une vitalité si prolongée et trouble le bouillon d'une façon si uniforme. »

On comprend que l'annonce d'un événement d'une telle portée et si éloigné de ce qu'on se croyait alors en droit d'attendre des techniques bactériologiques appliquées à la médecine ait suscité parmi les auditeurs une certaine surprise teintée de quelque scepticisme. Fernand Widal nous a lui-même raconté qu'à l'issue de la séance certains de ses maîtres et de ses amis lui firent observer qu'il s'était peut-être un peu trop avancé dans ses conclusions et qu'il risquait, par des affirmations trop hardies et insuffisamment étayées, de compromettre sa réputation scientifique de si bon aloi et déjà si solidement établie. D'autres, qui avaient tout de suite saisi la valeur de la méthode nouvelle, et qui ne la mettaient pas en doute, s'inquiétaient (et certains n'ont pas tardé à exprimer ouvertement cette idée) de songer que, sans avoir vu le malade, on allait pouvoir du fond d'un laboratoire, poser un diagnostic de fièvre typhoïde. Ils craignaient qu'une telle pratique, si elle se généralisait, amenât peu à peu les médecins à abandonner ces merveilleux examens cliniques, si fouillés et si précis, qui savaient triompher des problèmes les plus difficiles et qui conféraient à ceux qui s'y étaient astreints pendant leur carrière une maîtrise incontestée.

Mais ce n'étaient là que de sourdes rumeurs. D'emblée des voix s'élevèrent pour encourager Widal à persévérer dans ses recherches. Dès le 9 juillet 1896, son maître Dieulafoy, qui n'avait jamais douté de lui, parce qu'il le connaissait bien, rapportait devant l'Académie de médecine des exemples de fièvre typhoïde où le sérodiagnostic s'était montré positif, tandis qu'il avait fait constamment défaut chez des sujets atteints d'autres maladies.

J'étais jeune étudiant à cette époque, mais je ne saurais oublier l'enthousiasme qu'a suscité parmi nous la découverte de Widal. Nous n'avions certes aucune compétence pour la juger ; mais son auteur jouissait parmi nous d'une immense popularité. Nous avions assisté en foule aux conférences que, dès le début de son agrégation, il venait de faire à l'Ecole. Et il nous paraissait que toute chose émanant d'un maître qui avait si bien su nous faire comprendre les maladies de l'appareil respiratoire et nous y intéresser si passionnément devait être à priori excellente et digne de foi.

D'ailleurs, pendant les derniers mois de l'année 1896 et le début de 1897, les confirmations affluèrent de toutes parts, aussi bien de France que de l'étranger. Il fut bientôt avéré que la réaction agglutinante existait aussi bien dans les formes frustes et légères de la dothiénentérie que dans les formes moyennes et graves. Les exemples se multiplièrent dans lesquels la réaction de Widal avait permis de rectifier un diagnostic erroné. Ici, c'était une fièvre typhoïde paraissant cliniquement évidente, mais au cours de laquelle le sérodiagnostic était resté obstinément négatif et qui, à l'autopsie, se montrait être une granulie. Là c'était une fièvre continue évoluant chez un patient entaché de tuberculose, mais que le sérodiagnostic désignait comme étant due au bacille d'Eberth, ce que confirmait l'évolution des accidents ou même l'examen anatomo-pathologique. Mieux encore : voici un malade atteint d'une tuberculose aiguë évidente, mais chez lequel le sérodiagnostic est fortement positif. Cependant l'autopsie ne met en lumière que des lésions tuberculeuses. On pousse plus avant les investigations ; on ensemence la rate et les organes ; et, sur les milieux de culture, se développe un bacille d'Eberth. Il y a eu dans ce cas une association de tuberculose et de fièvre typhoïde.

Devant de pareils faits il n'y avait qu'à s'incliner. Néanmoins, pendant plusieurs mois encore, des objections surgirent de divers côtés portant sur les différences d'agglutinabilité des diverses souches de bacille d'Eberth, sur la possibilité de sérodiagnostics tardifs, sur la constatation éventuelle dans le sérum des typhiques de propriétés agglutinantes vis-à-vis du colibacille ou des bacilles voisins.

Ces objections, loin de lasser Widal, l'excitaient à perfectionner sa méthode. Il savait montrer à ses contradicteurs le point faible de leur argumentation et répondre à leurs expériences par des expériences plus probantes. Il soulignait les erreurs de technique qui, déjà à cette époque, comme sans cesse par la suite, ainsi que nous le verrons, masquaient la vérité aux observateurs insuffisamment avertis.

A travers ces luttes, il allait de victoire en victoire. Dès le mois d'août 1896 la question du sérodiagnostic, mise à l'ordre du jour du congrès de Nancy, avait été jugée à son avantage.

Le 4 décembre 1896, devant la Société médicale des hôpitaux, après avoir entendu l'exposé fait par Widal de l'historique de la réaction agglutinante et de ses applications à la bactériologie et à la clinique, Chantemesse déclarait que le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde devait s'appeler désormais *la réaction de*

Widal. La même semaine Dumas soutenait à la Faculté de médecine de Paris la première thèse sur « Le sérodiagnostic de Widal ».

D'autre part Fernand Widal sut, avec beaucoup de prudence, réfréner l'ardeur de certains de ses admirateurs qui tentaient de greffer sur le sérodiagnostic un séropronostic de la fièvre typhoïde. Tout en reconnaissant que la réaction agglutinante est en général particulièrement nette dans les formes graves et prolongées, il fit observer qu'il en est assez souvent de même dans les formes moyennes et même bénignes.

Enfin, comme la découverte était belle et que sa valeur ne cessait de s'affirmer, il se produisit quelques réclamations de priorité. Nous allons voir comment Widal sut y répondre.

Dans un mémoire publié avec Sicard dans le numéro des Annales de l'Institut Pasteur de mai 1897 et intitulé « Le sérodiagnostic et la réaction agglutinante chez les typhiques », il a exposé l'ensemble des recherches qu'il avait poursuivies depuis une année et en a indiqué le point de départ.

La découverte de l'agglutination des microbes revient à Charrin et Roger qui, en 1889, ont constaté son existence en mettant en présence une culture de bacille pyocyanique et du sérum provenant d'animaux immunisés contre ce microbe. Metchnikoff, puis Isaëff confirment le fait en ce qui concerne certains vibrions et le pneumocoque. En 1894 Pfeiffer décrit le phénomène qui porte son nom et qui établit l'apparition de propriétés bactériolytiques spécifiques dans le sérum des animaux vaccinés contre le vibrion cholérique. Avec Kolle, il recherche ensuite ce phénomène chez les animaux immunisés contre le bacille d'Eberth et parle pour la première fois d'une *réaction d'immunité*.

En 1895, Bordet, fait d'une importance capitale, montre que grâce à la dilution des sérums examinés, on peut distinguer les propriétés bactériolytiques ou agglutinantes spécifiques créées par la vaccination de celles, beaucoup moins actives, qui peuvent exister chez les animaux neufs.

En 1896, Durham et Gruber appliquent le procédé de Bordet à l'étude du sérum d'animaux vaccinés contre le vibrion cholérique, le bacille d'Eberth ou le colibacille et voient que les réactions agglutinantes spécifiques existant dans ces sérums permettent de faire le diagnostic bactériologique de ces différents microbes. La même année, ils reviennent sur ces premiers travaux et, considérant que le phénomène de Pfeiffer et la réaction agglutinante ne sont que deux aspects différents d'une propriété univoque des sérums, proclament qu'il s'agit bien là d'une *réaction d'immunité*. Cette conception d'une réaction d'immunité, Gruber la défend encore peu après au congrès de Wiesbaden, et il engage les cliniciens à rechercher la réaction agglutinante dans le sang des sujets ayant guéri de la fièvre typhoïde.

C'est en se fondant sur cet ensemble de travaux que Gruber, dans un article publié dans le Münchener Medizinische Wochenschrift du 27 avril et du 4 mai 1897, se croit en droit de réclamer la priorité de la découverte du sérodiagnostic et c'est contre cette prétention que s'élève aussitôt Widal dans une note annexée à son mémoire des Annales de l'Institut Pasteur.

La seule idée originale qu'il reconnaît à Gruber est d'avoir essayé de fonder sur la réaction agglutinante une théorie nouvelle de l'immunité et cette idée l'a justement empêché de discerner les conséquences pratiques qu'on pouvait tirer de cette réaction. Widal est au contraire arrivé d'emblée à la conception que le phénomène de l'agglutination est, non pas une réaction d'immunité, mais une *réaction d'infection*. C'est en montrant qu'elle existe, non pas dans le sérum des individus devenus réfractaires à la fièvre typhoïde, mais dans le sérum des typhiques en pleine évolution, qu'il a pu faire de la recherche de l'agglutination un procédé d'exploration clinique permettant le diagnostic de la dothiénentérie.

Ecoutez maintenant la conclusion de cette note : on ne peut avec plus de logique apporter l'évidence de son bon droit.

« *Quant à la conception du sérodiagnostic, j'en ai assumé, le 26 juin 1896, toute la responsabilité. Cette responsabilité m'a été laissée jusqu'ici et je la conserve pleine et entière. Si la méthode de sérodiagnostic avait été démontrée fausse et trompeuse, qui donc aurait été assez injuste pour songer seulement à faire partager à M. Gruber le poids de mon erreur ? On n'aurait eu qu'à admirer avec quelle sagacité cet auteur avait montré que la réaction agglutinante n'était qu'une réaction d'immunité et avec quelle sagesse il s'était gardé d'en conseiller la recherche pendant l'infection.* »

Il serait trop long d'énumérer tout ce que contient le mémoire extrêmement nourri de faits de Widal et Sicard. Nous n'en rappellerons ici que les points les plus importants.

Tout d'abord la technique : Widal a définitivement accordé sa préférence à la méthode microscopique, fournissant une réponse rapide. Cette méthode est celle que tous ses internes ont vu pratiquer par son fidèle préparateur Jules Hardouin, qu'ils ont répétée sous la direction de celui-ci et qui, avec un peu d'expérience, permet d'éviter toutes les erreurs. Elle nécessite une culture en bouillon de bacilles d'Eberth de 24 heures. Plus tard, Widal a préféré une émulsion en bouillon d'une culture sur gélose de 24 heures. La souche microbienne doit avoir été isolée depuis longtemps et avoir subi de nombreux repiquages au laboratoire.

L'unité de mesure est la goutte de culture et de sérum. Pour obtenir des gouttes égales, on étire en son milieu, à la flamme d'un chalumeau, une baguette de verre à pipettes. On brise à son milieu la partie étirée et l'on obtient ainsi deux pipettes jumelles ayant le même calibre à leur extrémité amincie. On aspire la culture de bacilles dans une des pipettes et on laisse tomber dans un verre de montre le nombre de gouttes nécessaire, 30 gouttes, 50 gouttes, 100 gouttes. On aspire ensuite le sérum dans l'autre pipette et on laisse tomber une goutte de ce sérum dans chaque verre de montre contenant déjà les gouttes de cultu-

re. On assure le mélange dans chaque récipient en y agitant rapidement l'extrémité d'un fil de platine. Puis, on prélève avec une pipette quelconque une ou deux gouttes du contenu de chaque verre de montre qu'on dépose sur une lame et qu'on recouvre d'une lamelle. On inscrit à l'encre sur l'extrémité de la lame le taux de la dilution : 1/30, 1/50, 1/100. On n'a plus qu'à examiner chaque préparation au microscope, avec l'objectif 8 et en diaphragmant. Mais il est important de faire également une préparation témoin avec la culture pure, non additionnée de sérum, que l'on place sur la table à la gauche des autres lames et que l'on surveille de temps en temps au microscope, pour éviter les erreurs pouvant résulter de la formation spontanée de faux amas.

Entre la dilution à 1/30, taux minimum exigible pour déclarer un sérodiagnostic positif, et la dilution à 1/100, l'agglutination doit se produire en une demi-heure. Si le sérodiagnostic est positif à 1/100, il est intéressant de rechercher le taux limite de l'agglutination, que l'on est parfois obligé de pousser à 1/500, 1/1.000 et même au delà. En pareil cas, pour ne pas être obligé de compter un trop grand nombre de gouttes de culture, on dilue le sérum du malade au dixième ou même au centième dans de l'eau physiologique ou du bouillon. Ainsi en ajoutant une goutte de sérum diluée au dixième à 50 gouttes de culture, on recherche l'agglutination au taux de 1/500.

Au-dessus de 1/100, la durée de l'examen ne doit pas dépasser deux heures, au bout desquelles, après avoir vérifié le témoin, on note le taux maximum d'agglutination obtenu. Tel est le procédé de sérodiagnostic et de *mensuration du pouvoir agglutinatif* dont on usait dans le laboratoire de Widal. Il peut à première vue paraître un peu long et compliqué. Il n'en est rien : avec quelque habitude, on effectue au contraire cette succession d'opérations et d'examens avec une très grande célérité.

Widal avait d'ailleurs remarqué et a souvent souligné devant nous que la méthode qui vient d'être indiquée, non seulement est d'une remarquable exactitude, mais que, par une sorte d'action physique, le phénomène de l'agglutination se produit entre lame et lamelle avec une rapidité et une netteté toutes particulières.

Dans son article avec Sicard, Widal montre encore que le pouvoir agglutinatif persiste dans le sang desséché des typhiques ; que les bacilles d'Eberth tués par le formol restent agglutinables ; que le pouvoir agglutinant du sang et de diverses humeurs de l'organisme est intimement lié à la présence de globulines et de fibrinogène. Les renseignements qui lui sont parvenus de l'étranger ont établi, idée qui lui est chère, qu'en tous les points du globe la fièvre typhoïde est une, que, partout, le bacille d'Eberth en est l'agent spécifique et que seul ce microbe est agglutiné, dans les conditions qu'il a fixées, par le sérum des typhiques.

Des 33 cas de fièvre typhoïde qu'il a lui-même étudiés et dont il résume les observations, il croit pouvoir conclure que la réaction agglutinante apparaît en général à partir du 7e jour de la dothiénentérie. Elle peut être plus précoce et se montrer dès le 4e jour. Enfin il existe des agglutinations retardées. Avant de dire qu'un sérodiagnostic est négatif, il ne faut pas se contenter d'un seul examen, mais le répéter ultérieurement, au besoin à plusieurs reprises par la suite. Un sérodiagnostic positif constitue une preuve irréfutable de la fièvre typhoïde. Un sérodiagnostic négatif ne donne qu'une probabilité contre l'existence de cette infection ; mais la probabilité devient d'autant plus forte que la recherche de l'agglutination a été pratiquée à une période plus avancée de la maladie.

Dans le mémoire publié avec Sicard en mai 1897, dont nous venons de retracer les grandes lignes, Widal, par l'accumulation des faits qu'il rapporte, par l'exposé des expériences qu'il a pratiquées, par la description détaillée des techniques qu'il recommande, cherche encore, semble-t-il, à convaincre le lecteur et à réfuter les objections. On sent au contraire, dans son rapport au Congrès de Moscou, en août 1897, qu'il a définitivement gagné la partie et que désormais la valeur du sérodiagnostic ne peut plus être l'objet d'aucune discussion.

Dans tous les pays et chez des milliers de typhiques la réaction de Widal a donné des résultats conformes à ceux qu'avait annoncés son auteur. Lui-même a examiné 177 cas de fièvre typhoïde avérée : une seule fois le sérodiagnostic est demeuré négatif.

Appuyé sur une telle masse de documents, il se sent maintenant inattaquable. Aussi relève-t-on dans son rapport des affirmations telles que celles-ci: « Lorsque les résultats fournis par l'examen du sérum ne sont pas conformes à ceux que donne l'examen clinique, il ne faut pas oublier que c'est le sérodiagnostic qui peut avoir raison. La séroréaction nous permet en effet de dépister parfois des formes anormales de la dothiénentérie, là où la clinique aurait échoué. »

« Pour affirmer que la séroréaction a manqué dans un cas de dothiénentérie, il faut que l'examen ait été renouvelé aussi fréquemment que possible... La réaction peut manquer à un premier examen et apparaître le lendemain ou les jours suivants ; elle peut être retardée. »

« On a publié plusieurs observations dans lesquelles le sérodiagnostic fait pendant la vie a inspiré après la mort un examen bactériologique minutieux, sans lequel l'infection typhique eût passé inaperçue, même sur la table d'autopsie. »

Et enfin : « Le sérodiagnostic oblige à fouiller avec plus de soin l'anamnèse des malades ».

Belle réponse à ceux qui craignaient que l'usage des méthodes de laboratoire n'eût pour effet d'émousser la curiosité et le sens clinique des médecins et de les détourner des investigations approfondies et des interrogatoires patients. Widal montrait que l'implacable contrôle exercé par ces méthodes imposerait désormais une plus grande rigueur dans la conduite des examens pratiqués au lit du malade suivant les procédés classiques.

Dès 1897, la question du sérodiagnostic semblait donc définitivement résolue. La découverte des fiè-

vres paratyphoïdes allait lui conférer un renouveau d'intérêt.

Déjà en 1896 Achard et Bensaude avaient observé que le sérum des typhiques s'était montré agglutinant pour certains germes intermédiaires entre le bacille d'Eberth et le colibacille ; le bacille isolé par Nocard chez les perruches atteintes de psittacose et deux bacilles trouvés par eux-mêmes dans une arthrite purulente et dans une suppuration urinaire survenues chez deux sujets ayant présenté des symptômes rappelant ceux d'une fièvre typhoïde. Ils avaient désigné ces microbes sous le nom de *bacilles paratyphiques*.

En cette occasion, Widal et Sicard avaient répliqué que si le sérum des typhiques agglutinait bien le bacille de la psittacose à 1 pour 10, cette agglutination ne se manifestait plus lorsqu'on poussait le sérodiagnostic à des taux plus élevés. Bref, utilisant la méthode de dilution des sérums préconisée par Bordet, l'application de la séroagglutination constituait un procédé précieux d'identification des germes morphologiquement semblables au bacille d'Eberth et au colibacille. « Le bactériologue qui, pour les besoins de sa technique, écrivaient-ils, a cherché à employer la réaction agglutinante d'un sérum pour le diagnostic bactériologique, doit savoir que l'action agglutinante de ce sérum n'est pas rigoureusement limitée au microbe infectant, qu'elle peut s'exercer, mais à des degrés différents, sur des espèces voisines. Son rôle n'est donc pas de rechercher seulement les conditions dans lesquelles un même sérum agglutine d'une façon à peu près identique deux microbes d'espèce voisine, mais il consiste surtout à discerner les conditions dans lesquelles l'agglutination diffère et peut fournir un procédé de diagnostic différentiel. »

En 1897, Widal et Nobécourt isolèrent du pus d'une thyroïdite suppurée, apparue au cours d'une fièvre continue, un bacille ressemblant à un bacille typhique, mais en différant par certains caractères culturaux, qu'ils classèrent parmi les paracolibacilles. Or le sérum du malade atteint de cette thyroïdite agglutinait ce paracolibacille au taux considérable de 1 pour 12.000, et le bacille d'Eberth seulement à 1 pour 20. Widal et Nobécourt soulignèrent donc une fois de plus qu'à côté du pouvoir agglutinant spécifique s'exerçant avec une intensité toute spéciale vis-à-vis du microbe infectant, il peut exister dans le sérum un pouvoir agglutinant beaucoup plus limité agissant sur les espèces bactériennes voisines. On a dit ultérieurement qu'il peut exister dans le sérum des infectés des coagglutinines à côté de l'agglutinine spécifique. Le problème du sérodiagnostic des fièvres paratyphoïdes qui allait bientôt se poser était donc résolu par avance.

En effet, en 1900, Schottmüller (de Hambourg), puis Unger et Auerbach firent connaître qu'en diluant dans les milieux de culture une quantité suffisante de sang prélevé chez des typhiques et de préférence pendant les 8 ou 10 premiers jours de la maladie, on obtenait régulièrement le bacille d'Eberth, résultat qui fut bientôt confirmé en France par Busquet, par J. Courmont, par Widal lui-même et ses élèves. Au point de vue pratique, le fait était d'importance puisqu'il dotait la clinique d'un nouveau procédé de diagnostic de la fièvre typhoïde, applicable au moment même où le sérodiagnostic pouvait encore se montrer négatif.

D'autre part Gwyn, en 1898, aux Etats-Unis, avait isolé du sang d'un patient offrant les symptômes d'une dothiénentérie un bacille paratyphique d'une espèce jusqu'alors inconnue.

Puis, parmi les typhiques chez lesquels Schottmüller avait pratiqué l'hémoculture, il s'en trouva plusieurs chez lesquels le sang contenait soit un bacille semblable à celui de Gwyn, soit un bacille identique, on l'a établi par la suite, à ceux qu'avaient décrits Achard et Bensaude ainsi que Widal et Nobécourt. Kayser proposa de donner au bacille de Gwyn le nom de bacille paratyphique A, au second bacille celui de bacille paratyphique B. Il existait donc à côté de la fièvre typhoïde éberthienne, un paratyphus A et un paratyphus B, les trois infections évoluant sous le même aspect clinique quoique spécifiquement distinctes.

Dès lors le sérodiagnostic devenait plus complexe. Pour savoir si l'on se trouvait en face soit d'une fièvre typhoïde vraie, soit d'un paratyphus A ou B, il était nécessaire d'éprouver l'action agglutinante du sérum du malade vis-à-vis du bacille d'Eberth, du bacille paratyphique A et du bacille paratyphique B.

En comparant les diverses préparations, on voyait qu'à un certain moment un des trois microbes était agglutiné à un taux beaucoup plus élevé que les deux autres ou même était seul agglutiné. On devait en déduire que celui-là était la cause de la maladie en cause. La technique du sérodiagnostic restait la même dans ses détails et les résultats étaient conformes à ce que les travaux antérieurs de Widal avaient permis de prévoir.

A vrai dire, les paratyphus étaient beaucoup plus rares que la fièvre typhoïde éberthienne. En 1906, sur la demande de Widal, nous avons fait avec Boidin une révision de tous les bacilles typhiques isolés par hémoculture à Cochin depuis 1902. Il en existait une centaine de souches soigneusement conservées au laboratoire. Sur cet ensemble, nous avons pu retrouver un seul bacille paratyphique B, provenant d'un sujet soigné en 1902 pour une typhoïde légère et qui avait agglutiné le bacille d'Eberth à 1/30. A partir de ce moment, il nous arriva de diagnostiquer de temps à autre, et d'une façon non exceptionnelle, des paratyphus B. C'est seulement en 1907 qu'ayant prélevé le sang d'un jeune homme atteint d'une fièvre typhoïde assez sévère et l'ayant examiné avec Jules Hardouin, nous fûmes assez surpris de voir qu'il agglutinait le bacille paratyphique A et ce bacille seul au taux de 1/300. Je pratiquai une hémoculture chez ce malade : elle nous donna à l'état de pureté un bacille paratyphique A. C'est, je crois, le premier cas de paratyphus A démontré par l'hémoculture et le sérodiagnostic qui ait été observé à Paris. Au cours des années suivantes, les cas de paratyphus A, sans être à beaucoup près aussi fréquents que ceux de fièvre typhoïde et même que les cas, d'ailleurs clairsemés, de paratyphus B, nous ont paru devenir de moins en

moins rares jusqu'à l'époque où a éclaté la guerre de 1914.

La guerre nous a, une fois de plus, forcés de reprendre l'étude du sérodiagnostic. Pendant la première période des hostilités, certains médecins, qui certes n'étaient animés d'aucun esprit de dénigrement, mais qui connaissaient mal les travaux de Widal, écrivirent qu'il était impossible, par le test de l'agglutination, d'établir un diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et les paratyphus A et B. A les lire, on eût pu croire que tout était remis en question et que les réactions biologiques apparaissant chez les militaires présentant le syndrome de la dothiénentérie avaient subi un profond bouleversement.

Il n'en était rien, heureusement. Quand ceux qui avaient depuis longtemps la pratique du sérodiagnostic, parmi lesquels Achard, Netter et Ribadeau-Dumas, Nobécourt, Marcel Labbé, Cade et Vaucher, Coyon et moi-même, P.-P. Lévy et Pasteur Vallery-Radot, Ambard, Weissenbach et Claude Gautier se mirent à l'œuvre à leur tour, il leur fut aisé de constater que, par la seule réaction agglutinante, on pouvait, comme par le passé, porter un diagnostic certain de fièvre typhoïde ou de paratyphus A ou B.

Cependant, au cours de la guerre, il est une circonstance nouvelle qui plaça le sérodiagnostic en face d'une difficulté réelle : c'est l'application de la vaccination antitypho-paratyphoïdique. Cette vaccination fait en effet apparaître dans le sang des sujets fraîchement immunisés un pouvoir agglutinant souvent extrêmement élevé, pouvant atteindre et dépasser 1/5.000, vis-à-vis des trois bacilles contenus dans le vaccin. Que par la suite un sujet vacciné, en raison d'un fléchissement de l'état réfractaire, contracte une dothiénentérie ou un paratyphus, est-il possible de recourir encore à la recherche de la réaction de Widal pour en faire le diagnostic ? Nous devons aux travaux de Weissenbach et Claude Gautier la ligne de conduite qu'il faut suivre en pareil cas. Pendant les deux mois qui suivent la vaccination, le sérodiagnostic est inutilisable et il ne faut compter que sur l'hémoculture pour dépister la maladie. Deux mois après la vaccination, le pouvoir agglutinatif du sérum décroît fortement, si bien que la constatation d'une agglutination au-dessus de 1/300 pour le bacille d'Eberth, audessus de 1/100 pour le bacille paratyphique A, audessus de 1/200 pour le bacille paratyphique B, suffit à assurer en général le diagnostic de chacune de ces infections. Dans les cas douteux, il faut renouveler l'épreuve au bout de quelques jours : on voit alors que le taux agglutinatif vis-à-vis d'un des trois bacilles a fait un bond plus ou moins considérable, qui permet de désigner ce bacille comme l'agent de l'infection.

Tous les débats concernant la réaction de Widal semblaient donc définitivement tranchés. Et voici qu'au cours de ces dernières années certains auteurs, à l'étranger et même en France, ont cru pouvoir annoncer que, dans 20 pour 100 des cas, cette réaction donnerait des résultats erronés. Une telle affirmation a profondément surpris ceux qui, depuis près de quarante ans, l'avaient constamment utilisée et entre les mains desquels elle ne s'était qu'exceptionnellement trouvée en défaut.

Qu'un seul examen, pratiqué chez un typhique, puisse se montrer négatif, personne ne songe à le nier. Widal, comme nous l'avons vu, avait dès 1896 signalé l'existence de sérodiagnostics tardifs et dit ce qu'il convenait de faire en pareil cas. Il n'est certes pas légitime d'exiger de la réaction agglutinante une réponse constamment précoce, puisqu'il est entendu depuis longtemps qu'elle ne peut toujours la donner, et de la taxer de carence quand on a négligé de la rechercher à nouveau, et au besoin à plusieurs reprises, après l'échec initial.

D'autre part, à la base des soi-disant résultats erronés du sérodiagnostic, il y a eu sans doute souvent bien des erreurs de technique, soit qu'on n'ait pas employé des cultures éprouvées de bacille d'Eberth ou de bacilles paratyphiques longtemps conservées et fréquemment repiquées au laboratoire, soit qu'on ait négligé de faire une préparation témoin, soit qu'on n'ait pas eu recours, alors que le taux agglutinatif du sérum était encore peu élevé, à la méthode microscopique recommandée par Widal, soit enfin que l'infection ait été due à un bacille aberrant du groupe colityphique.

Si mon témoignage peut avoir quelque poids, j'oserai dire que j'ai pratiqué des centaines de sérodiagnostics chez des malades que j'ai suivis personnellement. Dans un seul cas de fièvre typhoïde avérée j'ai vu la séroréaction demeurer obstinément négative. Il s'agissait d'un soldat entré à l'hôpital vers la fin de la deuxième semaine d'une dothiénentérie et chez lequel l'hémoculture resta sans réponse. Dans l'espace d'un mois et demi, au cours duquel le malade guérit, je répétai sans succès, à cinq reprises différentes, le sérodiagnostic avec les trois bacilles. A ce moment survint une ostéo-périostite tibiale dont le pus me donna à l'état de pureté un bacille d'Eberth, qui luimême ne fut pas agglutiné par le sérum du malade, tandis qu'il le fut au taux maximum par le sérum antityphique étalon de l'Institut Pasteur. Dans tous les cas douteux où le sérodiagnostic plusieurs fois recommencé est resté négatif, l'évolution des accidents m'a montré que ni la fièvre typhoïde, ni les paratyphus A ou B ne pouvaient être mis en cause.

Mais les reproches adressés récemment à la réaction de Widal, quelque excessifs qu'ils nous paraissent, n'ont pas été inutiles, car ils ont, une fois de plus, ravivé l'intérêt qui s'attache à cette méthode d'investigation.

La constatation des soi-disant défaillances du sérodiagnostic a conduit les bactériologistes à scruter plus attentivement le mécanisme de l'agglutination du bacille typhique et peut-être leurs travaux conduiront-ils à certains perfectionnements de technique qui, s'ils peuvent être réalisés sans comporter trop de complications, elles-mêmes génératrices d'incertitudes et d'erreurs, seront accueillies avec faveur par les cliniciens.

Les travaux de Weil, Félix et Mitzenmacher, de Félix, Pitt et Bhatnagar nous ont appris que les bacilles typhiques et paratyphiques sont, comme beaucoup

d'autres germes, constitués par une « mosaïque d'antigènes » suivant l'expression de Maurice Nicolle. Trois de ces antigènes sont connus : l'antigène H qui réside dans les cils, l'antigène O qui est contenu dans le corps même du microbe, et l'antigène Vi, sorte d'antigène d'enveloppe qui serait lié à la virulence du microbe. Peut-être ce dernier antigène, qui s'opposerait à la fixation de l'agglutinine sur les bacilles, mais dont on peut se débarrasser par certains artifices de culture ou par l'action de certains antiseptiques, disparaît-il aussi à la longue des souches depuis longtemps isolées.

En pratique le sérum des typhiques contiendrait presque toujours l'agglutinine anti-H, parfois simultanément les agglutinines anti-H et anti-O ; plus rarement l'agglutinine anti-O seule. Il serait donc désirable, toutes les fois qu'on recherche la réaction agglutinante avec le sérum d'un malade, d'éprouver l'action de ce sérum successivement avec une souche bacillaire contenant seulement l'antigène H, puis avec une autre souche contenant seulement l'antigène O ; ou tout au moins de s'adresser à une souche possédant ces deux antigènes associés.

Je m'excuse d'avoir résumé d'une façon aussi succincte et forcément trop schématique les notions récemment acquises. J'ai l'impression, d'ailleurs, que, lorsque Widal recommandait d'employer pour le sérodiagnostic des souches bacillaires soigneusement éprouvées, longtemps conservées au laboratoire et fréquemment repiquées, il donnait par avance satisfaction à la plupart des conditions que certains considèrent aujourd'hui comme nécessaires pour obtenir d'une façon constante des résultats indiscutables.

Nous devons donc nous garder d'envisager avec scepticisme les tentatives qui sont faites actuellement pour doter la méthode de Widal d'une sûreté plus grande encore et pour la rendre plus accessible à l'ensemble des observateurs. La science ne s'arrête jamais et il serait illusoire de vouloir fixer une découverte dans la forme où elle s'est présentée tout d'abord, sans en accepter les inéluctables conséquences et les développements ultérieurs.

Si, comme on le cherche maintenant, on parvenait à mettre à la disposition des laboratoires des souches étalons de bacilles typhiques et paratyphiques parfaitement agglutinables dans tous les cas de fièvre typhoïde ou de paratyphus, le progrès serait indéniable. Si de plus, mais rien n'indique qu'on en soit déjà là, ces souches se montraient à coup sûr agglutinables dès le début de l'infection, à l'heure où l'on ne peut compter encore que sur l'hémoculture pour assurer le diagnostic, le progrès serait plus sensible encore.

Peut-être, dans certains cas épineux et sans doute exceptionnels, serons-nous un jour heureux de savoir qu'il existe des techniques plus raffinées, exigeant un appareillage complexe, d'un maniement délicat, apanage de quelques laboratoires privilégiés, et d'y faire appel pour parvenir à une solution. Mais, dans la pratique courante, il faut que le sérodiagnostic demeure ce que Widal a désiré qu'il fût : un procédé simple, clinique, à la portée de tous les médecins. Les modifications qu'on cherchera à y apporter ne devront pas lui faire perdre ce caractère auquel il doit d'avoir rendu et de continuer à rendre tant de services.

Ce serait demeurer dans des limites trop étroites que de nous borner à retracer ici l'histoire du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde, sans indiquer en quelques mots, au terme de cette conférence, les bénéfices plus étendus qu'en a presque immédiatement tirés la médecine. Comme Widal l'avait prévu d'emblée, l'existence d'un pouvoir agglutinatif spécifique du sang peut s'observer ailleurs que dans la dothiénentérie. Pour ne parler que des applications les plus connues de sa méthode, rappelons que la recherche de la séroagglutination, pratiquée dès 1896 par Wright dans la fièvre de Malte, demeure le procédé de diagnostic le plus fidèle des brucelloses devenues si fréquentes dans notre pays ; qu'Achard et Bensaude en ont montré la possibilité chez les cholériques ; que, plus tard enfin, Widal et Abrami ont proposé cette ingénieuse sporoagglutination permettant de dépister les mycoses.

Si la séroagglutination constitue un moyen précieux de diagnostiquer les maladies infectieuses, elle est devenue un procédé de plus en plus usité d'identification des microbes. Rappelons de quel secours elle a été dans l'étude des salmonelloses et pour la classification des divers groupes de streptocoques, de pneumocoques et de méningocoques.

D'autre part, l'idée féconde émise pour la première fois par Widal que le phénomène de l'agglutination est non pas une réaction d'immunité, mais une *réaction d'infection*, a nécessairement conduit à penser que d'autres anticorps, et notamment les sensibilisatrices, doivent être présents dans le sang des infectés. C'est encore Widal qui, le premier, a établi le bien-fondé de cette hypothèse et a ouvert une voie nouvelle à la sérologie clinique : dès 1901, avec Louis Le Sourd, en employant la technique de Bordet, il a mis en lumière l'existence d'une sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques, puis dans celui des tuberculeux. Vous n'ignorez pas l'énorme importance qu'a prise par la suite cette *réaction de déviation du complément* qui, appliquée en syphiligraphie, est devenue la réaction de Bordet-Wassermann. Nous ne saurions oublier non plus les services qu'elle a rendus, grâce à Joltrain, au cours d'une récente épidémie de peste parisienne.

Est-il téméraire enfin d'avancer que les premiers travaux de Widal sur la présence des anticorps microbiens dans le sang des malades ont été l'origine de son orientation définitive et de celle de ses émules vers l'étude, au moyen de toutes les techniques mises à la disposition des chercheurs par la science moderne, des humeurs de l'organisme, étude bientôt jalonnée de découvertes mémorables dans tous les domaines de la pathologie.

On répète avec un peu trop de complaisance que la médecine française contemporaine fait piètre figure en face de celle des pays étrangers. Après avoir jeté un regard en arrière, tournons-nous vers le présent et nous y puiserons un réconfort. Issue des travaux

de Pasteur et de ses disciples, la séroréaction de Widal est vieille seulement de quarante ans et il serait injuste de méconnaître la riche moisson scientifique qui, durant ces quarante ans, a mûri sur notre sol. Beaucoup vivent encore qui ont assisté à la naissance du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde et qui, par la suite, ont apporté à l'œuvre commune leur part si minime soit-elle. A eux d'entretenir chez leurs élèves le souvenir de cette époque glorieuse et le culte de ceux qui l'ont illustrée. Aujourd'hui, comme autrefois, les jeunes de notre profession ont été formés aux disciplines traditionnelles de la Clinique française ; ils ne sont pas moins instruits que leurs devanciers ; en eux se perpétue le clair génie de notre race. Libérés bientôt, comme nous le souhaitons tous, des contraintes stérilisantes qui, trop souvent, écartent les meilleurs d'entre eux de la recherche, rendus à une existence plus digne de leur mérite et plus propice au labeur productif, l'exemple du passé est là pour montrer ce qu'ils seront capables de nous apporter à leur tour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1938)

La voie digestive dans la transmission du typhus murin à bord des bâtiments de guerre. — Dans une note présentée par le professeur BRUMPT, les médecins de la Marine LE CHUITON, PIROT, BERGE et PENNANEAC'H attirent l'attention sur des faits observés par eux à bord des bâtiments de guerre, permettant d'affirmer la transmission du typhus murin par les aliments souillés par l'urine des rats. Dès 1933, Marcandier et Pirot avaient établi expérimentalement la présence du virus murin dans l'urine des rats, et divers auteurs ont montré depuis la possibilité d'infecter certains animaux : cobaye, chat, chien, par ingestion de virus.

Les auteurs toulonnais ont démontré récemment la résistance du virus murin, pendant au moins 48 heures, dans le milieu extérieur, ce qui rend possible l'infection humaine par ingestion de pain souillé par l'urine des rats réservoirs de virus. Cette hypothèse est basée, non seulement sur des observations épidémiologiques sérieuses qui établissent la discordance entre la fréquence des cas de typhus à bord des bateaux de guerre et celle des puces, mais encore sur les résultats des mesures prophylactiques prises à bord de ces bateaux ; ces mesures consistent à mettre le pain, dès sa réception à bord, dans des garde-manger. Les résultats obtenus sont nets, et le typhus murin qui, de 1931 à 1935, pour un effectif moyen de 3.000 hommes d'équipage, s'observait respectivement dans une proportion de 9 ; 12,36 ; 4,74 ; 4,42 ; 8,72 pour 1.000, est tombé en 1937, un an après le début de la campagne prophylactique, à 1,13.

Dosage rapide de l'oxygène dans l'atmosphère. — M. André KLING, directeur du Laboratoire municipal et conseiller technique de la Défense passive, en collaboration avec M. Maurice CLARAZ, présente une nouvelle méthode (et un appareillage destiné à l'appliquer), laquelle permet le dosage rapide et simple de l'oxygène dans l'air.

L'originalité de cette méthode consiste à utiliser pour ce dosage un système nouveau constitué par une solution alcaline ferrosotartrique, dont le passage par une valeur définie du potentiel d'oxyréduction est décelé par le virage du bleu de méthylène utilisé comme indicateur.

L'auteur rappelle qu'ayant successivement fourni le moyen de déceler dans les atmosphères les gaz agressifs et d'y doser aisément : acide carbonique, oxyde de carbone et oxygène, il pense avoir résolu l'un des problèmes urgents que soulève la protection collective dans les abris.

A cette occasion, il rend un dernier hommage à ses fidèles collaborateurs, MM. Schmutz, Bourboulon et Etienne, qui l'ont aidé dans cette tâche et qui ont péri dans la catastrophe de Villejuif.

Election. — MM. DE BRUCKE (d'Innsbruck) et PEYTON-ROUSS (de New-York) sont élus correspondants étrangers dans la IVe division (sciences biologiques).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1938)

M. SOUPAULT rapporte une observation de M. Bergouignan (d'Evreux) sur un cas de **lipome du mésocôlon transverse.** Il s'agissait d'un enfant de 10 ans présentant des troubles digestifs depuis la naissance, et chez lequel on a vu apparaître des crises de subocclusion. A l'intervention, une masse lipomateuse contenue dans le mésocôlon ; libération assez facile ; ablation de la tumeur qui pesait 8 kgr. L'examen histologique n'a révélé aucun signe de malignité.

M. GORELIK (rapport de M. Basset) préconise un nouveau **mode de traitement des fistules post-opératoires :** dilatation de la fistule, lavages à l'éther, puis lavages au nitrate d'argent.

M. FROELICH rapporte, à **propos de l'anesthésie**, la statistique intégrale de son service. 28.278 anesthésies ont été pratiquées au chloroforme sans aucun accident.

MM. ROCHER et POUYANNE ont observé un cas de **rupture itérative du ligament rotulien.** Il s'agissait d'une rupture à la partie moyenne traitée par suture à la soie et immobilisation de 15 jours. Au bout d'un mois, on constate un ostéome gros comme les 2/3 de la rotule. Quelques jours plus tard, à la suite d'une chute, nouvelle rupture. Une suture est pratiquée au catgut et on immobilise durant un mois. Résultat fonctionnel excellent.

MM. BAZY, BANZET, SÉNÈQUE rapportent des observations de rupture du tendon rotulien opérée par eux.

MM. ROCHER et POUYANNE. **Résultats éloignés de 76 cas de luxation congénitale de la hanche traités depuis plus de dix ans.** — La technique de M. Rocher est la suivante : après réduction, mise en appareil plâtré double avec abduction à 90°. Si, au bout de 3 mois, la hanche est bien mobile, on remet un appareil en même position. Sinon, appareil avec 2e position de Lorenz. Au bout de 6 mois, l'enfant est placé sur un appareil en bois et, au bout d'un an, reprise de la marche.

Les 76 malades traités représentent 125 hanches ; les auteurs ont eu 80 p. 100 de bons résultats.

M. FROELICH a obtenu 75 p. 100 de résultats satisfaisants au point de vue fonctionnel. M. SORREL estime que les bons résultats de M. Rocher sont surtout dus à l'absence de manœuvres de force dans la technique employée, ce qui est possible chez le jeune ; sur l'enfant plus âgé, il est sage de faire au préalable une traction par fil de Kirschner.

M. CUNÉO. **A propos de la thyroïdectomie,** l'auteur précise la classification des goitres :

Les formes bénignes comprennent :

a) *Des hyperplasies diffuses* : goitre diffus parenchymateux et goitre diffus colloïde.

b) *Des goitres nodulaires : forme parenchymateuse* (avec les goitres trabéculaires, tubulaires, microfolliculaires, etc.) et *forme colloïde* (goitre colloïde macrofolliculaire, goitre papillome bénin).

Les formes malignes, avec :

a) *Des formes intermédiaires* (goitre métastasique, goitre proliférant de Laughans, papillome malin).

b) *Des formes malignes proprement dites* (carcinome solide, sarcome, hémangio-endothéliome).

M. Boppe présente un enfant atteint de **paralysie infantile** qui avait une paralysie des interosseux de la main ; ceux-ci ont été refaits au moyen de languettes de fascia lata allant du tendon fléchisseur superficiel au tendon extenseur.

M. Cadenat présente un appareil de visée pour enclouage du col du fémur (modification de l'appareil de Merle d'Aubigné).

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1937)

Traitement du tétanos par les injections intra-veineuses d'alcool associées à la sérothérapie massive. — MM. Merle, François et Jouve (Clermont-Ferrand). — Méthode employée sur 10 malades atteints de tétanos grave et généralisé. 7 guérisons complètes et 3 morts. Pour 2 cas mortels, décès par suppuration phlegmoneuse de la fesse, ou par complications cardio-pulmonaires. Chez un malade, décès par complications toxi-infectieuses et accidents pulmonaires. Les tétaniques sont donc exposés à d'autres dangers que celui de l'imprégnation toxinique des centres nerveux. L'alcool intra-veineux employé n'est pas dangereux. Cette alcoolisation intra-veineuse paraît au moins aussi efficace que les chloroformisations répétées.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme pulmonaire et ganglionnaire, sans manifestations cutanées. — MM. Pautrier, Jacob et Weber.

Syndrome de Heerfordt. Images radiologiques d'infiltrations micro-nodulaires des poumons. Guérison. — MM. Lamy, Mignon et Polacco. Irido-choroïdite et parotidite bilatérale, caractéristiques de la maladie de Heerfordt. Dans ce cas, l'étude histologique d'un ganglion et d'une glande lacrymale n'a pas montré les nappes de cellules épithéliales particulières à la maladie de Besnier-Bœck, mais des lésions caséeuses et surtout scléreuses, avec présence de follicules et de cellules géantes. L'existence de lésions histologiques, la présence de bacilles acido-résistants dans l'expectoration, la constatation de tuberculomes de l'iris paraissent signer la nature tuberculeuse de l'uvéo-parotidite.

Syndrome de Heerfordt et maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — M. Pautrier présente un cas typique avec parotidite double évoluant avec une paralysie faciale d'origine périphérique et une paralysie récurrentielle. Apparurent ensuite de grosses nodosités cutanées sur les membres et une érythrodermie aux jambes et aux pieds ; le malade fit une irido-cyclite. Il y aurait donc identité entre les deux affections. L'auteur tend à abandonner la théorie tuberculeuse, et se rattache à celle d'une maladie infectieuse chronique, d'une réticulo-endothéliose à virus particulier.

Syndrome de Heerfordt, forme particulière de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. Lesné, Coutela et Levesque. Jeune fille de 20 ans ayant présenté en juin 1936 une série de signes caractérisant le syndrome de Heerfordt, soit : hypertrophie parotidienne bilatérale, iritis et kératite, paralysie faciale bilatérale, éruption sur les membres de nodules sarcoïdiques, atteinte des glandes lacrymales, aménorrhée et anosmie. A la biopsie d'un élément cutané, on note une lésion représentant l'image intégrale des sarcoïdes dermiques de la maladie de Besnier-Bœck.

Trois cas de rhumatisme gonococcique traités par le paraaminophénylsulfamide. — MM. Brulé, Hillemand et Ville. Méthode employée chez deux malades. Premier malade atteint d'une forme grave de rhumatisme pseudo-phlegmoneux du poignet ayant résisté à tous les traitements : 48 heures après 2 gr. du produit, détente considérable. Deuxième malade atteint d'orchite, se plaignant de douleurs arthralgiques : 48 heures de traitement et rétrocession de l'orchite.

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1937)

Auto et isohémo-agglutinations totales. — MM. Michon, Grandpierre et Verain (Nancy). Une observation d'auto et d'isoagglutinations totales ayant pour corollaire l'impossibilité pratique des numérations ainsi que celle de toute transfusion. Ce syndrome survint à la suite d'une intoxication par inhalation massive d'hydrocarbures, chez un sujet ayant présenté de l'asthénie avec alcalose et mononucléose. Cliniquement, on observa des malaises pénibles avec sensation de mort imminente.

Ulcérations gastriques de l'insuffisance surrénale. Ulcère de l'estomac et déséquilibre du sodium. — M. Hernando (Madrid). D'après l'auteur, l'extirpation expérimentale des deux surrénales provoque des lésions de la muqueuse gastrique allant d'érosions superficielles aux ulcérations profondes, rappelant l'ulcère chronique de l'homme. Des lésions analogues sont retrouvées chez les malades atteints de lésions des capsules surrénales.

Atélectasie pulmonaire aiguë ou atélectasie métapneumonique. — MM. Debré, Lamy, Maire, Mignon et Thieffry. Syndrome d'atélectasie pulmonaire survenu dans des circonstances spéciales. Enfant de 4 ans atteint de laryngite aiguë, est examiné après anesthésie locale. Les jours suivants, apparition des signes d'une pneumonie du lobe supérieur droit. Au bout de 8 jours, apparition des signes d'atélectasie. S'est il agi seulement d'une atélectasie ayant représenté toute la maladie, ou d'une pneumonie lobaire compliquée d'atélectasie secondaire ? Il est impossible de conclure d'une façon formelle et de donner une interprétation absolument exacte.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1937)

M. Gornouec présente une **anomalie dentaire** (absence de canine) chez une jeune fille de 19 ans et des photographies de 4 cas de rétrusion mandibulaire avec protusion du bloc incisif supérieur traitées par un monobloc à arc vestibulaire.

MM. Beliard, Lebourg et Mme Cernea-Serot proposent pour le **traitement chirurgical des communications bucco-nasales acquises**, l'utilisation d'un fil d'appui métallique en bronze, placé en U profondément aussi loin que possible des berges de la plaie. Ce procédé permet l'affrontement sans déchirure des lèvres de la plaie opératoire.

M. Crocquefer a pratiqué **l'exérèse d'un lymphangiome diffus de la langue** et vérifié le diagnostic clinique par l'examen anatomo-pathologique.

M. Gornouec parle du **diastème interincisif médian supérieur.** A côté de l'hérédité, il souligne l'importance des facteurs locaux — Diastolie du maxillaire normal avec macrodontie — Etalement rachitique du bloc incisif — Absence d'incisives latérales — Présence de dents surnuméraires — Malposition des incisives (vestibulo-position).

Il n'accorde qu'un rôle accessoire à l'insertion basse ou frein labial.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 15 *février*. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Tanon, Bariéty, Joannon. — M. Hadjipavlou. Etude du tonus neuro-végétatif des diabétiques et de leur sensibilité cutanée aux R.U.V. Essai de pathogénie des formes cliniques du diabète sucré ne faisant pas leur preuve anatomo-pathologique. — M. Target. Contribution à l'étude de l'asthme professionnel.

Mercredi 16 *février*. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Debré, Harvier, Lemierre. — M. Ardoin. De la mortinatalité dans les Deux-Sèvres et en particulier à la Maternité de l'Hôpital de Niort. — M. Belletoille. La négativation de la cuti-réaction à la tuberculine. Essai de réactivation par l'histamine. — M. Manteau. De l'hypertrophie parotidienne habituelle. — M. Roussanne. Contribution à l'étude de la glycosurie au cours de l'érysypèle.

Jeudi 17 *février*. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Lenormant, Terrien, Chevallier. — M. Blanguernon. De la conservation des ovaires *in situ* dans les hystérectomies subtotales pour fibromes et annexites. — Mlle Schneider. L'estomac dans la maladie de Biermer.

Samedi 19 *février*. — Jury : MM. Claude, président ; Lereboullet, Maurice Villaret, J. Besançon. — M. Fretet. Les causes affectives de l'érotomanie, principalement chez l'homme. — M. Crohas. La lutte antituberculeuse aux Chemins de fer de l'Est. — M. Rolland. Crénologie des affections veineuses périphériques. Statistique du centre de triage hydroclimatologique des hôpitaux de Paris.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 16 *février*. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Maignon Robin. — M. Dufour. Influence des injections d'extraits embryonnaires lipoïdiques sur les combustions respiratoires du chien.

Jeudi 17 *février*. — Jury : MM. Rouvière, président ; Bressou, Verge. — M. Poisson. Coupe de Paris des animaux de boucherie. Ses bases anatomiques.

Samedi 19 *février*. — Jury : MM. Tanon, président ; Verge. Letard. — M. Moret. Problème du lait à Lorient.

PRATIQUE MÉDICALE

AÉROPHAGIE ET OPOTHÉRAPIE

L'aérophage n'est réellement pas celui qui avale de l'air, comme l'étymologie du mot semblerait l'indiquer, mais bien celui qui, par un fonctionnement déficitaire du foie, est forcé de déglutir avec la plus grande fréquence de petites quantités d'air, et cela par suite d'un réflexe œsophago-salivaire. Cependant la présence d'une certaine quantité d'air dans la poche gastrique n'est un fait pathologique que lorsque cette quantité devient excessive. En réalité la sialorrhée (et la déglutition d'air qui l'accompagne) n'est d'abord qu'un résultat et non la cause de l'aérogastrie, dénommée à tort aérophagie. La quantité d'air excessive qui vient à s'accumuler dans l'estomac forme alors une poche volumineuse qui peut aller jusqu'à gêner les mouvements du cœur, d'où arythmie cardiaque, dyspnée d'effort, palpitations, angoisses nocturnes. Dans d'autres cas, le tableau pathologique prend un aspect différent, la paroi musculaire ventrale se relâche et on voit se créer le ballonnement abdominal, avec ou sans obésité réelle, grâce au concours de l'aérocolie qui accompagne presque toujours l'aérogastrie. Mais l'origine de cet apport d'air est aussi bien ailleurs, comme Raoul Blondel l'a démontré : il provient en grande partie d'une sorte d'exsudation des gaz du sang en provenance du réseau capillaire sous-muqueux, à la faveur du spasme vaso-dilatateur accompagnant le spasme de la tunique gastrique. Ces conceptions ont été vérifiées par l'expérience et ont conduit à une thérapeutique rationnelle et concluante de l'aérophagie basée sur sa pathogénie.

Apaiser l'irritabilité gastrique par l'emploi prolongé de poudres neutralisantes est inutile et vain, de même l'emploi de sédatifs nerveux chimiques. Il faut remonter aux causes, c'est-à-dire à l'insuffisance hépatique originelle, aux spasmes, qui elle-même relève de certaines insuffisances endocriniennes. Ce but a été atteint par la composition même de l'aérocid, qui est le complexe opothérapique répondant exactement et complètement à ces desiderata.

L'aérocid associe en effet la poudre de foie (insuffisance hépatique), la poudre de parathyroïde (contractions intestinales et fixation calcique), la poudre d'hypophyse qui renforce l'action de la précédente et enfin de la poudre de surrénale et de rate dont l'action vasculaire est bien connue.

La dose normale de l'aérocid est de 2 cachets par jour, le premier pris au réveil, le second en se couchant ; un troisième peut être absorbé en cas de crise ; chaque cachet est accompagné d'un grand verre de liquide.

L'effet est généralement rapide et dès le deuxième jour le malade se sent soulagé.

Arythmie, angoisses, ballonnement abdominal disparaissent peu à peu et parallèlement, les digestions s'améliorent, la constipation s'atténue et les phénomènes nerveux cèdent à leur tour.

LIVRES NOUVEAUX

Les origines de la presse et l'imprimerie, par M. André Ravry, journaliste. Magnifique album renfermant 172 pages de texte, format 25 × 32, et 70 hors-texte en plusieurs couleurs par tous les procédés graphiques connus. Publié par le « Bulletin officiel » des Maîtres Imprimeurs de France, 7, rue Suger, Paris (6e). — Prix : 80 francs pour la France, 100 francs pour l'étranger.

Les journalistes, ainsi que les libraires et les imprimeurs, de même que les bibliophiles, liront avec plaisir et profit l'ouvrage sur *les Origines de la presse et l'imprimerie*. Son auteur, ancien journaliste parisien, donne dans ce beau livre la preuve de sa haute érudition et le témoignage de la scrupuleuse connaissance qu'il a acquise des sujets qu'il traite. Cet ouvrage de 172 pages 25 × 32 lui a coûté une somme considérable de recherches assidues, parfois fastidieuses, aux sources des si nombreuses bibliothèques et auprès des historiographes de l'imprimerie, du journalisme et des bibliophiles de tous pays.

Table des matières

Presse et journalisme. — Le journalisme aussi vieux que le monde. — Les précurseurs. — L'ancêtre. — Le journalisme oral. — Le journalisme manuscrit. — L'invention de l'imprimerie. — Les occasionnels : gravures et placards, satires et pamphlets, complaintes et chansons. — Les almanachs. — Les mercures. — Transmission des nouvelles. — Premiers vrais journaux. — Renaudot et sa *Gazette*. — La Fronde et les mazarinades. — Les épistoliers-gazetiers : Loret et sa *Muse historique*. — La presse scientifique et littéraire : le *Journal des Savants*. — Les revues : le *Mercure galant*. — Les nouvelles à la main. — Le premier quotidien français : le *Journal de Paris*. — Bibliographie (3 pages). — Table analytique (3 pages). — Index alphabétique des titres cités (7 pages).

A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2ᵉ)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1938, qui vient de paraître, sera remis gratuitement au signataire sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2ᵉ, jusqu'au 31 mars 1938.

Port à domicile par poste recommandée, **6 fr. 50** (en timbres ou en versement au C. C. P. Paris 405-75

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.

Traitement des eczémas, par le docteur R. MOLINE, assistant de consultation à l'Hôpital Saint-Louis (1).

Les traitements décrits se rapportent aux types cliniques les plus fréquemment rencontrés. Schématisés sous la forme d'ordonnances, ils pourront être retrouvés sans peine et *adaptés* aisément *à chaque cas particulier*.

La mise en œuvre de ces traitements, locaux ou généraux, diététiques ou médicamenteux, peut, le plus souvent, être facilement réalisée ; elle est en tout cas toujours du domaine du praticien.

Le traitement de la soi-disant insuffisance hépatique, par le docteur M. CHIRAY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux (2).

Dans cette monographie, l'auteur estime que s'impose, à l'heure actuelle, une révision des idées courantes dans la pratique médicale au sujet de l'insuffisance hépatique.

Ce terme d'insuffisance hépatique, qui prit naissance il y a une trentaine d'années, est employé tant dans le public des malades que dans le monde des médecins, d'une manière souvent trop définie. L'auteur a pensé qu'à l'heure actuelle, il est impossible d'envisager une thérapeutique d'ensemble de tous les état rangés sous le vocable de l'insuffisance hépatique, et dans son livre il s'est efforcé de distinguer une série de types dans cette affection.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 198.*)

Les Croisières Médicales Françaises organisent pour les Vacances de Pâques 1938 une croisière de Printemps en *Syrie, Liban, Asie-Mineure.*

C'est à bord du confortable et luxueux S/S *Champlain* que les C.M F., grâce à l'aimable collaboration de la Compagnie Générale Transatlantique et des Messageries Maritimes, conduiront à Pâques leurs passagers dans le proche Orient, sur un itinéraire qui, comme à l'ordinaire, sera à la fois inédit et attrayant.

Départ de Marseille le dimanche 10 avril ; escale à Philippeville (visite de Constantine et des gorges du Rummel) ; escale à Beyrouth (Damas, Baabeck), à Tripoli (Homs, le Liban), à Lattaguvé (Alep, Antioche, Palmyre), Alexandrette, Smyrne, Santorin. Retour à Marseille le 24 avril.

Inscriptions et renseignements : Croisières Médicales Françaises, 9, rue Soufflot, Paris (5e).

8e session de conférences du Comité international de médecine militaire (Luxembourg, 1er-4 juillet 1938). — Cette session comprendra :

1° *Une réunion de Droit international*, organisée par l'International Law Association, qui discuterait des questions de législation de protection aérienne ;

2° *Une réunion d'études scientifiques de protection aérienne*, organisée par l'Ecole supérieure de protection contre les gaz de combat, qui a son siège à Bruxelles.

Tous les officiers des Services de santé des armées de terre, de mer, de l'air et des colonies, de l'active et de la réserve, sont invités à y participer.

Etant donné que des questions importantes de Droit international ayant trait aux lois de la guerre et à la protection aérienne seront traitées au cours de cette session, tous les techniciens qu'intéressent ces questions sont également invités.

Pour les inscriptions et les renseignements, s'adresser au colonel médecin Voncken, Office international de documentation de médecine militaire, Liége, *avant le 1er juin* 1938.

L'inscription est fixée à 25 francs belges pour les participants qui ne sont pas délégués officiels de leur gouvernement. Cette somme est à envoyer par mandat postal ou à verser au compte chèques postaux n° 600.94 de l'Office international de documentation de médecine militaire.

Le port de l'uniforme est autorisé.

Réductions sur les chemins de fer, excursions dans le Grand-Duché les 29 et 30 juin, avant l'ouverture de la session.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (Professeur : M. F. RATHERY).

Lundi 14 février. — 9 h. : M. BARGETON : Cours de séméiologie cardiaque. — 10 h. 30 : M. DEROT : Présentation de malades.

Mardi 15 février. — M. SALLET : Cours de séméiologie rénale. — 10 h. 30 : M. MOLLARET : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique apppliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme.

Mercredi 16 février. — 9 h. : M. GRENET : Cours de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30 : M. KOURILSKY : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : maladies du rein.

Jeudi 17 février. — 9 h. : M.. DE TRAVERSE : Cours de chimie biologique. — 10 h. 30 à 12 h. : M. F. RATHERY : Leçon clinique, Diabète traumatique.

Vendredi 18 février. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme.

COURS DE L'INSTITUT D'ACTINOLOGIE. — Six conférences sur les acquisitions récentes de la physiothérapie seront faites à l'Institut d'actinologie, 210 bis, rue de Vaugirard, les lundi 14, 21, 28 mars, de 21 à 23 heures.

14 mars : Docteur SAIDMAN. Progrès dans le traitement physique de la tuberculose. — Docteur MEILLAUD. La d'Arsonvalisation endocrinienne.

21 mars : Docteur Jean MEYER. Les ondes courtes à petites doses. — Docteur SAIDMAN. Progrès dans le traitement physique du rhumatisme.

28 mars : Docteur MOLLARD. Bases physiques et biologiques du climatisme chez les tuberculeux. — Docteur Jean MEYER. La photothérapie locale. Indications et techniques nouvelles.

Cours de perfectionnement. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Professeur : M. VILLARET.) — I. *La thérapeutique des affections vasculaires, rénales, rhumatismales et endocrino-végétatives.* 38 leçons, à partir du 28 mars 1938. Droit : 250 francs. Renseignements à la Clinique (Hôpital Broussais-la Charité, 96, rue Didot).

II. *La thérapeutique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition.* 41 leçons, à partir du 9 mai. Droit : 250 francs.

Les droits pour les deux cours sont fixés à 350 francs. Renseignements, comme ci-dessus.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

(1) Un volume gr. in-8° de 56 pages. Prix : 15 francs. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

(2) Un volume gr. in-8° de 52 pages. Prix : 15 francs. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

N° 14. — MERCREDI 16 FEVRIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard [illegible], PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année* 1938-1939.

MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la Salle des Concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1938-1939, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 26 avril 1938) : internes entrant effectivement en 4e année, le lundi 28 mars 1938, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 3e année, le mardi 29 mars 1938, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 2e année, le mercredi 30 mars 1938, à 15 heures ; internes entrant effectivement en 1re année, le jeudi 31 mars 1938, à 15 heures.

MM les élèves externes en premier (pour entrer en fonctions le 26 avril 1938), le vendredi 1er avril 1938, à 15 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 9 mai 1938) ; ceux de 6e année (externes ayant concouru en 1932), le lundi 25 avril 1938, à 15 heures ; ceux de 5e année (externes ayant concouru en 1933), le mardi 26 avril 1938, à 15 heures ; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1934). le mercredi 27 avril 1938, à 15 heures ; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1935), le vendredi 29 axril 1938, à 15 heures ; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1936), le lundi 2 mai 1938, à 15 heures ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1937), du N° 1 au N° 200 (rang de classement au concours), le mercredi 4 mai 1938, à 14 h. 30 ; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1937), du N° 201 à la fin (rang de classement au concours), le jeudi 5 mai 1938, à 14 h. 30.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— *Concours de médecin des hôpitaux* (admissibilité). — Jury : MM les docteurs Harvier, Sézary, Milhit, Vallery-Radot, Comte, Fiessinger, Lechelle, Sainton, Milion (réservé, 3e honoraire), Aubertin, Weissenbach, Tinel, M.-P. Weil

Censeurs : MM. les docteurs Caroli, Lenègre, Clément, Garcin, Hamburger, Benda, Ravina, Hillemand.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie (deux places), s'ouvrira le jeudi 17 mars 1938, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Les candidats (français, moins de 30 ans, 12 inscriptions), devront se faire inscrire à la Direction de l'hôpital huit jours au moins avant le concours. Pour les détails, consulter les affiches ou s'adresser à la Direction de l'hôpital.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Prix de médecine coloniale et d'études exotiques et prix Le Dantec de médecine tropicale* 1938.

Prix de médecine coloniale et d'études exotiques. — Médaille de vermeil : MM. de Mets et Abbatucci : « La vraie figure du docteur Antommarchi et l'énigme de Sainte-Hélène ». — Médaille de bronze : M. Mebarek : « L'Anophélisme et la prophylaxie du paludisme en Tunisie ».

Prix Le Dantec (annuel, 1.500 fr.) : non décerné. A titre d'encouragement : 500 fr. à M. Marcel Heckenroth, mé-

decin lieutenant des troupes coloniales, pour « Les arséno-résistances et les arséno-récidives au cours du traitement du Pian ».

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Commandeur :* M. le professeur Abrami et M. le docteur Georges Luys (à Paris) ; M. le doyen Spillmann (à Nancy).

Officier : M. le docteur Truchot (à Paris).

Chevalier : MM. les docteurs Bordes (à La Ferté-Imbault.) Darnis (à Saint-Céré) ; Lutembacher (à Versailles) ; Petit (à Valenciennes) ; Renard, Silve et Lamy (à Paris) ; Vernet (à Bourges) ; Mme Carlu, docteur en médecine à Paris.

— Dans la même promotion du ministère de la Santé Publique, figure Mme Hadot ; nous saluons en elle la femme de notre excellent confrère le docteur Hadot, de Pouxeux (Vosges), mère de seize enfants, dont quinze encore vivants ; trois sont étudiants en médecine, et une fille professeur agrégée de l'Université.

— TRAVAIL. — *Officier :* M. le docteur Delagrange, à Paris, et M. le professeur Massabuau, à Montpellier.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Officier :* MM. les docteurs Cattier, à Paris ; Calmette, à Beyrouth.

Chevalier : M. le docteur Pierre, à Karlovy-Vary.

— PENSIONS. — *Chevalier :* M. le docteur Rebillard.

Raymond SABOURAUD
(1864-1938)

La Dermatologie est en deuil ; Raymond Sabouraud, président des dermatologistes de langue française, vient de mourir.

La *Gazette des Hôpitaux* tient à saluer respectueusement sa mémoire et à rappeler, en quelques mots, ce que fut ce grand homme, aux activités multiples et bien coordonnées, clinicien et chercheur, biologiste et bactériologue, artiste et fin lettré.

Né en 1864 à Nantes, il prit pour la première fois contact avec la dermatologie au cours de son internat provisoire en 1889 chez E. Vidal ; l'année d'après, nommé titulaire, il s'oriente aussitôt vers les investigations de laboratoire et pénètre à l'Institut Pasteur pour y suivre les cours des grands Maîtres microbiologistes. De cette époque datent les relations ininterrompues de Sabouraud avec l'illustre Maison. C'est là qu'il a appris la technique pasteurienne et que, fidèle adepte de la doctrine, il choisit sa voie pour porter les enseignements qu'il avait reçus dans l'étude de la dermatologie.

Revenant, en effet, en 1891, à Saint-Louis, il est l'interne de son maître vénéré Besnier et, désormais, il ne quittera plus le vieil hôpital. Transposant les méthodes apprises comme disciple de Pasteur, il entreprend le travail qui durera des années sur la Microbiologie des teignes. Ce fut là l'œuvre majeure dont s'enorgueillissait à juste titre le Maître. Il faudrait de longues pages pour dire ce que fut l'effort persévérant de Sabouraud pour réaliser l'admirable monument bactériologique, clinique et thérapeutique qu'il a édifié, en créant, de toutes pièces et d'une façon inattaquable, toute l'histoire des teignes :

Méthode et technique d'étude. — Découverte d'un milieu de culture universellement célèbre. — Notion du pléomorphisme des dermatophytes. — Description des microspories. — Pluralité des tricophytons : division en ectothrix microïdes ou mégaspores et en endothrix. — Recherches sur l'*epidermophyton inguinale*, sur le favus et la pluralité des achorions. — Biologie générale des dermatophytes. Telle est dans ses grands chapitres l'œuvre clinique et mycologique ; il faut y ajouter un couronnement thérapeutique : le traitement, si décevant, des teignes, fut réglé par Sabouraud avec Noiré, et l'on sait aujourd'hui les merveilleux résultats de la radiothérapie judicieusement employée.

Sabouraud a poursuivi avec une patience ininterrompue, en dirigeant le Laboratoire des teigneux à Saint-Louis, une série d'études cliniques et bactériologiques sur les maladies du cuir chevelu ; il les a publiées en volumes espacés de 1902 à 1930 Ce sont d'abord les *maladies séborrhéiques :* séborrhée, acné, calvitie. Deux ans après, en 1904, les *maladies desquamatives :* pytiriasis et alopécie folliculaire, qui comportent des recherches histo-pathologiques et microbiennes très rigoureuses. En 1910 paraissent les *maladies cryptogamiques ;* en 1928, les *pyodermites* et *eczéma du cuir chevelu*, et en 1929, *pelade* et *alopécie en aire*.

Ajoutons encore son ouvrage destiné aux praticiens sur le *diagnostic et traitement* des *maladies du cuir chevelu*, et sa *dermatologie topographique*, qui connut un si légitime succès. Tout ce vaste ensemble de travaux demeurera un modèle d'objectivité, de clarté et de précision.

En dépit des sujets ingrats étudiés, il a toujours su, en les décrivant, les rendre attrayants par les qualités mêmes de l'exposé. Ceux qui ont entendu les leçons de Sabouraud conservent le souvenir de ce maître-enseigneur qui savait captiver l'attention de son auditoire par sa simplicité et son charme. Ceux qui n'ont pu l'écouter sont conquis par la lecture de ses « *Entretiens dermatologiques* ».

Une œuvre aussi vaste ne pouvait être réalisée que par d'étonnants dons intellectuels. La continuité du labeur, la ténacité obstinée furent ses qualités maîtresses, jointes à une éblouissante facilité de style et de discours. Et cela ne pouvait aller que grâce à la profonde culture de son esprit. Il faudrait évoquer ici tout un aspect de Sabouraud : celui du lettré, du philosophe, de l'artiste. Nul n'ignore ce qu'enfanta, dans son atelier de sculpteur, sa belle imagination créatrice. Retiré de l'activité de son laboratoire, l'heure de la retraite fut plus encore celle de la méditation philosophique : deux ouvrages en sont le fruit.

Disciple de Pasteur, il était également celui de Montaigne. Si sa langue claire et imagée a reçu l'empreinte des grands classiques, sa bonhomie indulgente, le libéralisme de son esprit apparentent singulièrement sa pensée à la sagesse de son auteur préféré.

Il nous souvient d'avoir, un jour, entendu dire que Sabouraud appartenait à la lignée des hommes de la Renaissance : comme eux, universellement doué, il eut le rare privilège de pouvoir manifester avec un égal bonheur, sur des plans différents, tous les aspects de sa culture, de son intelligence et de son art.

PIERRE GASTINEL.

QUELQUES REMARQUES SUR LA NUTRITION ET LA DÉPENSE D'ENTRETIEN PENDANT LA CROISSANCE STATURALE (1)

Par M. le Professeur PIERRE NOBÉCOURT

Les médecins emploient beaucoup le mot *nutrition*. En présence d'un individu qui a l'apparence de la santé, ils admettent que sa nutrition est bonne, régulière, physiologique. En présence d'un individu qui maigrit et se cachectise ou d'un autre qui engraisse trop et devient obèse, ils parlent soit de dénutrition, soit de surnutrition.

L'étude de la nutrition a été l'objet de très nombreuses recherches. Elle est particulièrement délicate, car elle s'attache à des phénomènes extrêmement complexes. Il n'est donc pas étonnant que les résultats des recherches manquent souvent de précision ou même soient contradictoires.

Tout d'abord, il convient de préciser ce qu'on entend par la *nutrition* et de ne pas la confondre avec l'*alimentation*. Une confusion paraît, en effet, régner dans certains pays. Je me suis expliqué à ce sujet à propos des *Méthodes cliniques d'appréciation de l'état de nutrition des enfants d'âge scolaire*, dans un rapport écrit avec Georges Vitry et publié, en septembre 1936, dans le *Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations*, ainsi que dans une leçon parue dans *Le Progrès médical* du 13 février 1937.

A vrai dire, étymologiquement, les deux mots ont la même signification. *Nutrition*, en latin *nutritio*, vient de *nutrire*, qui veut dire nourrir ; *alimentation*, en latin *alimentatio*, vient de *alere*, qui veut dire également nourrir.

Mais, en fait, ils ont une signification bien différente.

L'*alimentation*, c'est l'usage des aliments, c'est-à-dire des matières qui, introduites dans l'organisme, servent à la nutrition.

La *nutrition*, ce sont les phénomènes d'assimilation et de désassimilation qui se produisent dans l'intimité de la cellule vivante.

Ces phénomènes sont d'ordre physique, chimique et physico-chimique. Ils sont de deux catégories. D'une part, il se produit un mouvement de translation : pénétration dans la cellule des substances nutritives et élimination des déchets inutilisables. D'autre part, il se poursuit des transformations des substances nutritives, qui libèrent de l'énergie ou qui rendent ces substances assimilables, c'est-à-dire aptes à être incorporées à la matière vivante.

Somme toute, la nutrition consiste dans un changement de la nature des substances nutritives ou, pour employer un mot d'usage courant, en un *métabolisme* : le mot grec μεταβολή signifie changement.

La nutrition est une *fonction cellulaire*. Mais le fonctionnement de la cellule, de même que son existence, est sous la dépendance étroite de la *lymphe interstitielle* dans laquelle elle est plongée. C'est dans ce milieu liquide, constitué par le plasma sanguin exsudé à travers la paroi des capillaires, qu'elle puise l'oxygène, les protides, les glucides, les lipides, les substances minérales, les endocrisines, les vitamines qui, à des titres divers, lui sont indispensables ; c'est dans ce milieu qu'elle rejette les déchets inutilisables.

La nutrition est donc sous la dépendance de *trois facteurs :*

1° Une alimentation adéquate, qui apporte à l'organisme, en quantité suffisante et en proportions voulues, les substances alimentaires et divers autres produits.

2° Un fonctionnement régulier des grands appareils : de l'appareil digestif, qui assure là le transit et les premières transformations des aliments ; de l'appareil respiratoire, qui permet l'absorption de l'oxygène de l'air par les alvéoles pulmonaires ; de l'appareil circulatoire, qui assure le renouvellement du plasma interstitiel, ainsi que des divers organes qui tous jouent un rôle.

3° L'activité nutritive de la cellule.

Cette activité en est une propriété essentielle. Elle caractérise la *vie*, ou plus exactement, comme le disait Charles Bouchard dans ses leçons de 1879-1880 sur les *Maladies par ralentissement de la nutrition*, « c'est la vie avec son double mouvement d'assimilation et de désassimilation, de création et de destruction ». Elle est, écrit M. Alexis Carrel, en 1936, dans *L'homme, cet inconnu*, « un mode d'être des cellules, de même que la forme et la structure. Dès que la nutrition cesse, les organes... meurent. Nutrition est synonyme d'existence ».

Quand la nutrition est bonne, régulière, normale, l'individu jouit de la *santé*. La santé est « cet état de l'organisme dans lequel les fonctions s'exercent d'une façon régulière et harmonieuse », suivant la définition que j'ai donnée dans une leçon sur *La santé et ses manifestations extérieures chez l'enfant*, publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 15 janvier 1936. Quand la nutrition est troublée, l'individu perd la santé.

Au cours de l'existence, l'activité nutritive des cellules se modifie. Elle n'est pas la même pendant la période de croissance staturale, chez les enfants et les jeunes gens, qu'après l'achèvement de la croissance, chez les adultes et chez les vieillards. Pendant la période de croissance, elle est différente chez les petits enfants, dans la deuxième et la troisième enfances, à la puberté, dans la jeunesse.

Nous trouvons un exemple de ces variations de la nutrition dans l'étude de la *dépense d'entretien*.

*
**

La nutrition consiste, pour une large part, dans la *combustion* des protides, des glucides et des lipides, apportés par l'alimentation, grâce à l'oxygène, apporté par l'air de la respiration. Ces combustions sont indispensables à la vie ; elles produisent l'énergie nécessaire au fonctionnement de l'organisme et au maintien de la température du corps. Leur importance peut être évaluée, soit par le nombre de calories

(1) *Clinique médicale des enfants*. Leçon du samedi 20 novembre 1937.

rayonnées dans le milieu ambiant, soit par la quantité d'oxygène consommé et d'acide calorique produit : la première méthode constitue la *calorimétrie directe*, la seconde la *calorimétrie indirecte*.

L'activité des combustions est influencée par des *facteurs internes* ou *endogènes* et par des *facteurs externes* ou *exogènes :* ces derniers sont notamment la température du milieu ambiant, l'ingestion et la nature des aliments, le travail musculaire.

Quand les facteurs externes sont mis hors de cause, la nutrition n'a plus pour objet que l'entretien des cellules, leur accroissement et leur prolifération, la production de l'énergie nécessaire au maintien de la chaleur du corps et au fonctionnement ininterrompu du cœur, des muscles de la respiration, des fibres lisses du tube digestif. La quantité de chaleur produite dans ces conditions constitue la *dépense de fond* ou d'*entretien* de Magnus Lévy, la *dépense du service physiologique* d'A. Lefèvre, la *dépense minima d'énergie* de Lambling, le *métabolisme basal* de Luck et Francis Bénédict, ou mieux le *métabolisme de base*. Toutes ces appellations sont synonymes. Je préfère l'appellation de dépense d'entretien, d'entretien de la vie.

La dépense d'entretien est évaluée en *grandes calories ;* la grande calorie est la quantité de chaleur nécessaire pour porter de 0° à 1° la température d'un kilogramme d'eau.

On évalue la dépense d'entretien en fonction soit de la surface, soit de la taille, soit du poids du corps.

Je ne m'occupe que des enfants âgés de plus de 2 ans et demi et des jeunes gens. Je laisse de côté le nouveau-né et le petit enfant qui prêtent à des considérations particulières.

***

Etudions d'abord la DÉPENSE D'ENTRETIEN EN FONCTION DE LA SURFACE DU CORPS.

C'est une méthode d'usage courant en clinique, qu'on appelle communément *métabolisme basal* ou *métabolisme de base*.

Parmi les auteurs, les uns ont utilisé la calorimétrie directe, d'autres la calorimétrie indirecte. Celle-ci est actuellement la plus répandue, car elle est facilement applicable en clinique.

Après Du Bois, Henri Janet donne la définition suivante, dans sa thèse de 1922 sur *Le métabolisme basal en clinique déterminé par la méthode des échanges respiratoires :* « Le métabolisme basal est l'énergie (exprimée en grandes calories) dépensée par heure et par mètre carré de surface du corps, lorsque le sujet est au repos complet, à jeun depuis 14 heures environ, dans une atmosphère moyenne de 16°, suffisamment couvert pour n'avoir à réagir ni contre le froid, ni contre la chaleur du milieu extérieur ».

On détermine le métabolisme de base par la méthode des échanges respiratoires. Du point de vue technique, son étude comprend deux opérations.

La première opération consiste à placer le sujet dans les conditions voulues de jeûne, d'immobilité, de température du milieu ; puis à le faire respirer dans un appareil qui permette de mesurer la quantité d'air respiré dans un temps donné. On calcule le volume d'oxygène absorbé. On multiplie le nombre de litres d'oxygène absorbé par 4,83, nombre qui représente le coefficient calorique moyen de l'oxygène, c'est-à-dire la quantité de calories dégagées par un litre d'oxygène servant de comburant pour les glucides, les lipides et les protides.

La seconde opération consiste à mesurer la surface du corps. On ne peut pratiquement faire cette mensuration pour chaque individu. Aussi on calcule la surface à l'aide de formules ; il en existe plusieurs. Une de celles couramment utilisées est la *formule hauteur-poids* de Delafield et Eugène Du Bois. Son usage est facilité grâce à un graphique construit par MM. Maurice et Henri Janet, publié dans la thèse de ce dernier.

CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS, le métabolisme de base a été plus particulièrement étudié par Aub et Du Bois, en 1917, par Francis Benedict et Fritz Talbot, à partir de 1921, Henri Janet, en 1922, et par plusieurs autres médecins. En 1928, le professeur Fritz A. Talbot, de Boston, réunit ses recherches dans son livre *The internal secretory system and metabolism in infancy and childhood.*

Parlons d'abord des *garçons*.

Voici les valeurs du métabolisme de base données par divers auteurs :

Henri Janet :

Ages	Calories par heure et mètre carré (garçons)
Nouveau-né	40
4 à 6 mois	50
5 et 6 ans	60
10 ans	55
20 ans	40

Aub et Du Bois :

Ages	Calories par heure et mètre carré (garçons)
9 ans	54
10 —	53
11 —	52
12 —	50
13 —	48
16 —	46
18 —	43
20 —	41

Fritz Talbot :

Ages	Calories par heure et mètre carré (garçons)
1 à 3 ans	48-49
4 ans	46
5 ans	45
6 ans	44
7 et 8 ans	43
9 et 10 ans	42
11 ans	41
12 et 13 ans	40
14 et 15 ans	39

Il est facile de constater, à la lecture de ces trois tableaux, les différences qui existent, suivant les auteurs, dans le nombre de calories dégagées, à un même âge, par heure et mètre carré. Il ne faut donc pas attacher à ce nombre une valeur absolue.

Par contre, il convient de remarquer les modifications du métabolisme basal pendant l'enfance et la jeunesse. Elles se font, pour les trois tableaux, dans le même sens.

Le métabolisme de base est très faible chez le nouveau-né. Il augmente ensuite plus ou moins rapide-

ment jusqu'à un certain maximum et ensuite il diminue. La diminution commence, suivant les auteurs, entre un an et demi et 2 ans, d'une part, 5 ou 6 ans, d'autre part.

Dès lors la diminution se poursuit, graduellement, plus ou moins régulièrement, jusqu'à la fin de la croissance staturale, vers 20 ans.

Les *filles* ont, pendant les premiers temps de l'existence, le même métabolisme que les garçons.

Une différence entre les sexes commence à apparaître de bonne heure. D'après Francis Benedict et Fritz Talbot, elle est nette vers la fin de la deuxième année, quand le poids du corps dépasse 11 kg. et sa surface 0 m² 48.

Dès lors, le métabolisme de base des filles est inférieur à celui des garçons. Chez elles, le nombre des calories dégagées par heure et mètre carré de surface est inférieur, pour Talbot, de 3, 4 ou 5 calories, de 1 à 3 ans, de 4 calories, de 4 à 6 ans ; d'après Aub et Du Bois, de 3 calories, à partir de 9 ans.

Par ailleurs, le nombre des calories dégagées par heure et mètre carré diminue, comme chez les garçons, à mesure que la fille avance en âge.

Chez les adultes, voici ce qu'on constate pour les hommes :

Aub et Du Bois :

Ages	Calories par heure et mètre carré (hommes)
20 à 40 ans	39,5
40 à 50 ans	38,5
50 à 60 ans	36,5
60 à 70 ans	36,5
70 à 80 ans	35,5

De 20 à 40 ans, le métabolisme de base est stabilisé. Pour Aub et Du Bois, il est de 39 cal. 5. En réalité, sa valeur est assez différente suivant les auteurs ; MM. Marcel Labbé et Henri Stévenin, en 1929, dans *Le métabolisme basal*, écrivent qu'elle est comprise entre 32 cal. 2 et 39 cal. 7. On pourrait donc admettre, comme valeur moyenne, 35 ou 36 calories. Toutefois, chez le même sujet, le nombre des calories dégagées, par heure et mètre carré, reste assez fixe au cours des années ; il représente une véritable constante physiologique.

A partir de 40 ans, le métabolisme de base s'abaisse lentement, d'une calorie par dix années d'âge, d'après le tableau d'Aub et Du Bois, jusqu'à l'extrême vieillesse.

Chez la *femme adulte*, de même que pendant la période de croissance staturale, le métabolisme basal est inférieur à celui de l'homme. D'après les tables d'Aub et Du Bois, l'écart est, jusqu'à 40 ans, de 3 calories, c'est-à-dire le même qu'à partir de 9 ans ; il est de 2 cal. 5, de 40 à 80 ans.

Somme toute, au cours de l'existence le métabolisme de base subit une évolution importante :

1° Faible à la naissance, il s'élève pendant les premiers mois de l'existence ;

2° A partir de 1 an et demi ou 2 ans, ou un peu plus tard, il s'abaisse graduellement jusque vers 20 ans, c'est-à-dire pendant la plus grande partie de la période de croissance staturale ;

3° De 20 à 40 ans, à l'âge adulte, il reste stable ;

4° A partir de 40 ans il diminue lentement jusqu'à une vieillesse avancée ;

5° Sauf avant 2 ans, il est plus faible chez les filles que chez les garçons.

On a recherhé si l'évolution pubérale modifiait le métabolisme de base. Son influence n'apparaît pas sur les tables que nous venons d'examiner ; les valeurs s'abaissent graduellement, d'année en année, aussi bien pendant les années où la puberté s'installe que pendant celles qui précèdent ou qui suivent.

Fritz Talbot, chez un certain nombre de sujets, a constaté à la puberté une tendance à l'élévation du métabolisme de base ; ces sujets présentaient une hypertrophie notable du corps thyroïde ; il existait donc peut-être chez eux un certain degré d'hyperthyroïdie. Mais pour affirmer celle-ci, il faut, comme le remarque Fritz Talbot, que le métabolisme de base soit supérieur à la moyenne d'au moins 20 %, sinon même de 60 %.

De fait, à la puberté, surtout chez les filles, une hypertrophie transitoire du corps thyroïde est assez fréquente ; mais, en général, elle ne s'accompagne pas d'élévation notable du métabolisme de base et peut même s'accompagner, au contraire, d'un abaissement.

J'ai relaté des exemples de ces modalités dans ma leçon du 24 novembre 1928, sur *Goitre simple et maladie de Basedow dans l'enfance*, publiée par *Le Concours médical* du 28 avril 1929 et dans deux leçons données le 10 et le 24 février 1934, sur un *Goitre exophtalmique fruste chez une fille de quinze ans*, qui sont dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines*.

L'influence de la *menstruation*, de même que celle de la puberté, est discutée. Pour les uns, il se produirait, chez certaines femmes, pendant la période menstruelle une élévation du métabolisme de base, de l'ordre de 10 %. Pour d'autres, il ne se produirait aucune modification appréciable.

Divers autres facteurs jouent peut-être un rôle.

L'influence de la *race* est possible d'après certaines constatations ; mais elle n'est pas démontrée.

L'*entraînement musculaire* élèverait le métabolisme de base ; d'après Benedict et Smith, il serait de 6 à 7 % plus élevé chez les athlètes que chez les autres sujets.

La *suralimentation habituelle* semble élever le niveau du métabolisme de base, tandis qu'inversement une *sous-alimentation prolongée* et le *jeûne* l'abaissent.

Les *climats*, les *saisons*, la *température extérieure*, le séjour à l'*altitude*, ne paraissent pas avoir grande influence.

Somme toute, les modifications du métabolisme de base sous l'influence des facteurs qui viennent d'être passés en revue, sont, en général, peu importantes. Elles sont le plus souvent difficiles à interpréter ; il faut toujours se rappeler les écarts avec les valeurs moyennes que peut présenter le métabolisme de base des individus normaux.

***

Envisageons maintenant la DÉPENSE D'ENTRETIEN EN FONCTION DE LA TAILLE.

Fritz Talbot estime qu'il est plus exact de calculer la dépense d'entretien en fonction de la taille que de la calculer en fonction de la surface du corps ; d'après lui, au moins jusqu'à 12 ans, cette méthode est beaucoup plus précise que l'autre.

Francis Benedict, en 1924, pour les filles, Fritz Talbot, en 1925, pour les garçons, ont dressé des tables où ils inscrivent la production de chaleur en vingt-quatre heures, centimètre par centimètre, pour des tailles comprises entre 51 cm. et 138 cm. chez les filles, 150 cm. chez les garçons.

Je me borne à citer le nombre de calories dégagées, à partir de 80 cm., pour des tailles croissant de 10 en 10 cm. Je donne, en outre, ce qui me paraît intéressant, le nombre de calories produites pour 1 cm. de taille.

Tailles cm	Nombre de calories produites en 24 heures pour la taille G	F	pour 1 cm de taille G	F
80	590	586	7,3	7,3
90	705	617	7,8	6,8
100	775	675	7,7	6,7
110	830	769	7,5	6,9
120	935	866	7,7	7,2
130	1.045	965	8,0	7,4
140	1.165	—	8,3	—
150	1.280	—	8,5	—

On peut ajouter, pour les sujets de 20 ans, d'après les tables publiées en 1919, par Harris et Benedict, le nombre de calories produites par vingt-quatre heures en fonction de la taille et du poids.

Taille cm	Poids kg	Nombre de calories produites en 24 heures pour la taille G	P	pour 1 cm de taille G	P
158	50	—	1.323	—	8,4
166	63	1.622	—	9,1	—

Analysons ces tables, d'abord pour les garçons, ensuite pour les filles.

1° *Chez les garçons*, le nombre des calories produites par vingt-quatre heures en fonction de la taille augmente à mesure que celle-ci s'accroît. De la taille de 80 cm. à la taille de 150 cm., l'augmentation de la production des calories est de 690. Cette augmentation n'est d'ailleurs pas régulière ; elle est :

Accroissement de la taille —	Augmentation des calories produites par 24 heures (garçons)
de 80 à 90 cm...................	115
de 90 à 100 cm...................	70
de 100 à 110 cm...................	55
de 110 à 120 cm...................	105
de 120 à 130 cm...................	110
de 130 à 140 cm...................	120
de 140 à 150 cm...................	115

Au contraire, le nombre des calories produites pour 1 cm. de taille est assez constant, quelle que soit la taille. Plus exactement, il faut considérer deux phases.

Une première phase comprend les tailles de 80 à 120 cm. Le nombre des calories est compris entre 7,3 et 7,8 ; il est en moyenne de 7,6.

Une seconde phase comprend les tailles de 130 à 150 cm. Le nombre des calories est de 8,0, 8,3, 8,5 ; il est en moyenne de 8,2.

De ces constatations, il résulte nettement que :

D'une part, le nombre total des calories produites en vingt-quatre heures augmente davantage quand la taille passe de 120 à 150 cm. (augmentation de 345 cal., soit 115 cal. pour un accroissement statural de 10 cm.), que quand elle passe de 80 à 120 cm. (augmentation de 345 cal., soit de 69 cal. pour un accroissement statural de 10 cm.

D'autre part, le nombre des calories produites en vingt-quatre heures pour 1 cm. de taille, est plus grand (8 cal. 2) pour les tailles de 130 à 150 cm. que pour les tailles de 80 à 120 cm. (7 cal. 6).

Dans la suite, quand la taille est de 166 cm., le nombre des calories produites par vingt-quatre heures en fonction de la taille est supérieur de 342 au nombre des calories produites pour une taille de 150 cm. ; le nombre des calories produites pour 1 cm. de taille (9 cal. 1, au lieu de 8 cal. 5) est également plus élevé.

Chez les filles, le nombre des calories produites par vingt-quatre heures en fonction de la taille est le même que chez les garçons pour une taille de 80 cm. ; pour les tailles plus élevées, jusqu'à 130 cm., il est plus faible.

Pour chaque taille les écarts entre le nombre des calories produites en vingt-quatre heures pour les garçons et les filles sont différents :

Tailles cm	Ecarts entre les nombres des calories produites par 24 heures pour les garçons et les filles
80	4
90	88
100	100
110	61
120	69
130	80

Par ailleurs, l'augmentation du nombre des calories produites par vingt-quatre heures, en fonction de la taille augmente moins, avec l'accroissement de celle-ci, chez les filles que chez les garçons ; quand la taille passe de 80 à 130 cm., l'augmentation est de 379 cal. chez les premières, de 455 cal. chez les seconds.

Le nombre des calories produites en vingt-quatre heures pour 1 cm. de taille est le même chez les filles que chez les garçons pour la taille de 80 cm. (7 cal. 3); pour les tailles supérieures, il est plus faible et l'écart atteint son maximum (1 cal.) quand la taille est de 90 et 100 cm.

A 20 ans, pour une taille de 156 cm., le nombre des calories produites par les filles en vingt-quatre heures est notablement inférieur (de 259 cal.) au nombre des calories produites par les garçons pour une taille de 166 cm. Le nombre des calories produites pour 1 cm. de taille est un peu inférieur (0 cal. 7).

***

Il me reste à considérer la DÉPENSE D'ENTRETIEN EN FONCTION DU POIDS.

En 1921, Francis Benedict et Fritz Talbot ont dressé, pour les garçons et pour les filles, une table qui donne, 500 grammes par 500 grammes, pour des poids allant de 2 kg. 500 à 32 kg. chez les filles, à 38 kg. chez les garçons, le nombre des calories produites par vingt-quatre heures en fonction du poids.

Je me borne à donner les valeurs pour des poids de

5 kg. en 5 kg. à partir de 10 kg. Je donne en outre le nombre de calories produites en vingt-quatre heures pour un kilogramme de poids.

Poids kg	Nombre de calories produites en 24 heures pour le poids G	F	pour 1 kg de poids G	F
10	545	540	54,5	54,0
15	725	690	48,3	46,0
20	860	805	43,0	40,2
25	990	930	39,6	37,2
30	1.115	1.045	37,0	34,8
35	1.220	—	34,8	—

A 20 ans, pour des filles pesant 50 kg. et mesurant 156 cm., pour des garçons pesant 63 kg. et mesurant 166 cm., le nombre des calories produites par vingt-quatre heures en fonction et du poids et de la taille est le même que celui mentionné à propos de celle-ci. Pour 1 kg. de poids, le nombre des calories produites en vingt-quatre heures est de 26 chez les filles, de 24,5 chez les garçons.

Analysons la table précédente successivement pour les garçons et pour les filles.

Chez les garçons, le nombre des calories produites par vingt-quatre heures en fonction du poids augmente à mesure que celui-ci s'accroît. Quand le poids passe de 10 à 35 kg., l'augmentation est de 675 cal. L'augmentation du nombre des calories pour des accroissements de poids de 5 kg. diminue à mesure que le poids est plus élevé ; elle est :

Accroissement du poids	Augmentation des calories produites par 24 heures (garçons)
de 10 à 15 kg.	180
de 15 à 20 —	135
de 20 à 25 —	130
de 25 à 30 —	125
de 30 à 35 —	105

Le nombre des calories pour 1 kg. de poids diminue également : il est de 54,5 pour un poids de 10 kg., de 34,8 pour un poids de 35 kg.

Chez les filles, le nombre des calories produites par vingt-quatre heures en fonction du poids est le même que chez les garçons quand le poids est de 10 kg. ; pour les poids plus élevés et jusqu'au poids de 30 kg., il est plus faible chez les filles. Les écarts augmentent à mesure que le poids est plus élevé.

Poids kg	Ecarts entre les calories produites en 24 heures par les garçons et les filles
10	5
15	35
20	55
25	60
30	70

Quand le poids passe de 10 kg. à 30 kg., l'augmentation des calories produites par vingt-quatre heures en fonction du poids est un peu plus faible chez les filles (505 cal.) que chez les garçons (570 cal.).

Le nombre des calories produites en vingt-quatre heures, pour 1 kg. de poids, est le même chez les filles (54 cal. 0) que chez les garçons (54 cal. 5) quand le poids est de 10 kg. Pour les poids plus élevés, il est moindre chez les filles : les écarts sont assez fixes ; ils sont compris entre 2 cal. 2 et 2 cal. 8, avec une moyenne de 2 cal. 4.

A 20 ans, pour un poids de 50 kgs, le nombre des calories produites par les filles en vingt-quatre heures est notablement inférieur (de 299 cal.) au nombre des calories produites par les garçons, dont le poids est de 63 kg. ; par contre, le nombre des calories produites en vingt-quatre heures par les filles pour 1 kg. de poids est un peu plus fort (26 cal.) que le nombre des calories produites par les garçons (24 cal. 5), mais la différence (1 cal. 5) est faible.

***

Il nous faut maintenant tirer les ENSEIGNEMENTS qui peuvent être dégagés des faits que je viens d'exposer.

Un premier enseignement est que le nombre des calories mesurant la dépense d'entretien est différent suivant la méthode utilisée, suivant qu'on les calcule en fonction de la surface du corps, en fonction de la taille, en fonction du poids.

Voici un exemple qui illustre ces différences.

Un garçon de 10 ans, d'après les moyennes que j'ai adoptées, a une taille de 131 cm., un poids d'environ 25 kg. Sa surface corporelle mesure, d'après le graphique de Maurice et Henri Janet, 0 m² 96, d'après Francis Benedict et Fritz Talbot, 0 m² 958 ; sa superficie est donc exactement la même avec les deux procédés de mensuration.

La dépense d'entretien est :

Méthode d'évaluation	Calories produites par heure	24 heures
Pour la surface du corps :		
D'après Aub et Du Bois..........	53 × 0,96 = 50,8	1.219
— Talbot	42 × 0,96 = 40,3	967
Pour la taille :		
D'après Benedict et Talbot........	44,1	1.060
Pour le poids :		
D'après Benedict et Talbot........	41,2	990

Les valeurs sont donc très différentes suivant les méthodes utilisées. Il semble que la dépense d'entretien calculée en fonction de la taille soit celle qui soit le plus près de la réalité. D'ailleurs, par une coïncidence curieuse, il se trouve que, si on fait la somme des quatre valeurs et si on divise le total par quatre, on obtient :

Calories par heure......................	44,1
— par 24 heures................	1.057,7

Valeurs qui sont les mêmes que celles obtenues en calculant la dépense d'entretien en fonction de la taille.

Mais je ne veux pas étudier aujourd'hui le choix de la meilleure méthode de calcul de la dépense d'entretien. Je ne veux m'occuper que des données qu'elle apporte sur l'évolution de la nutrition pendant la période de croissance staturale ; c'est là le second enseignement sur lequel je désire insister. Pour cette question les différences d'évaluation n'interviennent que peu ou pas.

Je ne m'occupe pas de la première enfance, qui prête à des considérations particulières. Je m'occupe seulement des enfants à partir de 2 ans et demi.

Voici comment se comporte la dépense d'entretien pendant l'enfance, à partir de 2 ans environ, et la jeunesse :

1° Evaluée par mètre carré de surface, elle diminue graduellement à partir de la fin de la deuxième année jusqu'au début de l'âge adulte, vers 20 ans, âge auquel elle se stabilise.

2° Evaluée par kilogramme du poids du corps, elle diminue, à partir du moment où le poids atteint 10 ou 11 kilogrammes, c'est-à-dire dans la deuxième année, à mesure que le poids du corps augmente.

3° Evaluée par centimètre de taille, elle reste assez fixe quand la taille est comprise entre 80 centimètres, à 2 ans environ, et 120 centimètres, à environ 8 ans pour les garçons, 9 ans pour les filles ; au delà de cette taille, elle augmente légèrement.

4° Chez les filles, à partir de la deuxième année, d'un poids de 11 kilogrammes, d'une taille de 80 centimètres, la dépense d'entretien, jusque-là semblable à celle des garçons, est moindre que chez eux, quel que soit le mode d'évaluation, surface du corps, taille, poids.

La diminution de la dépense d'entretien par mètre carré et par kilogramme peut trouver une explication dans la *loi des surfaces* de Charles Richet. L'accroissement du poids et celui de la surface ne sont pas parallèles ; autrement dit le rapport de la surface au poids, la *surface spécifique*, diminue avec l'accroissement du poids. Cette surface spécifique est approximativement :

Pour un poids de 3 kg..........	6 dm² 8
— — — 10 kg..........	4 dm² 9
— — — 15 kg..........	4 dm² 3
— — — 20 kg..........	4 dm² 0
— — — 40 kg..........	3 dm² 3
— — — 60 kg..........	2 dm² 2

De ce fait, la déperdition de chaleur par le rayonnement périphérique et, par suite, la production de chaleur diminuent à mesure que le poids augmente.

Par contre la fixité de la dépense d'entretien par centimètre de taille et même sa légère augmentation quand la taille dépasse 120 centimètres, sont plus difficiles à expliquer. Il en est de même pour la dépense d'entretien plus faible chez les filles que chez les garçons. Je ne me hasarderai pas à formuler des hypothèses.

*
* *

La production de chaleur, nécessaire à l'entretien de la vie, est fonction de l'activité nutritive des cellules ; elle est un moyen d'apprécier la valeur de cette activité.

Son étude chez les enfants et les jeunes gens autorise deux CONCLUSIONS.

La *première conclusion* est que, considérée en fonction de l'unité de surface et de l'unité de poids du corps, l'activité nutritive des cellules, qui est grande pendant les premiers mois de l'existence, diminue ensuite graduellement avec l'âge, puis se stabilise à l'âge adulte et ensuite diminue de nouveau à la période de déclin de l'existence.

La grande activité nutritive des cellules au début de l'existence est nécessaire pour compenser les déperditions de chaleur et produire les quantités d'énergie utilisée pour l'accroissement considérable des organes et des tissus. L'activité nutritive diminue avec l'âge, car les déperditions de chaleur sont moindres et l'accroissement des organes et des tissus, pour important qu'il soit, surtout avant et pendant la puberté, n'a plus la même intensité que pendant les deux premières années.

Cette notion a des conséquences pratiques pour l'hygiène de l'enfance et de la jeunesse. Il faut, à cette période de l'existence, une alimentation abondante et choisie, un apport abondant d'oxygène pour assurer les mutations nutritives ; le besoin est relativement d'autant plus grand que le sujet est plus jeune ; il est relativement plus grand pendant la période de croissance staturale qu'à l'âge adulte.

La *deuxième conclusion* est la différence d'activité nutritive entre les garçons et les filles. A partir de la deuxième ou de la troisième années, elle est plus faible chez celles-ci que chez ceux-là. L'influence des hormones sexuelles s'exerce sur l'activité nutritive, comme elle s'exerce sur les modalités de la croissance staturale, de l'accroissement pondéral, la morphologie et bien d'autres phénomènes biologiques. « La femme, écrit le docteur Alexis Carrel dans le livre que je citais tout à l'heure, est profondément différente de l'homme. Chacune des cellules de son corps porte la marque de son sexe. » Cette constatation d'une loi biologique n'implique d'ailleurs aucune idée de supériorité ou d'infériorité. Dire d'un homme qu'il a l'allure féminine, dire d'une femme qu'elle a l'allure masculine, a la même signification péjorative.

Ces deux conclusions, auxquelles conduisent l'étude de l'activité nutritive des cellules comme l'étude de la croissance, sont essentielles. Elles doivent être toujours présentes à l'esprit des parents, des éducateurs, des législateurs, des médecins. Les enfants et les jeunes gens sont différents des adultes, les filles sont différentes des garçons ; ils ne doivent pas être traités de la même façon.

La méconnaissance de ces faits a conduit et conduit encore aujourd'hui à des erreurs regrettables, funestes à la santé des enfants et des jeunes gens. J'ai, pour ma part, essayé de les faire connaître dans une conférence où j'ai exposé, le 15 novembre 1928, devant l'*Union nationale des membres de l'enseignement public*, les *Réflexions d'un médecin sur les méthodes actuelles d'enseignement et le surmenage scolaire.*

PRATIQUE MÉDICALE

GUÉRISON RAPIDE D'UNE ORCHITE OURLIENNE (1)

Un homme de 31 ans est atteint d'une orchite ourlienne intense. En moins de 48 heures, le rhodanate de potassium (rhocya) (XX gouttes, 3 fois par jour) entraîne une amélioration considérable ; le malade peut se lever quatre jours plus tard et est totalement guéri en huit jours.

L'auteur rapproche ce cas favorable de ceux de Fabre (1935) et Ducœurjoly (1936). Ces données cliniques, comme les recherches expérimentales, doivent faire conclure à l'action spécifique du rhodanate de potassium sur le virus filtrant des oreillons. Etant donné la gravité de l'infection ourlienne et de ses complications, nous avons donc un agent thérapeutique précieux dans le rhodanate.

Le livre de la mort douce, par Georges BARBARIN. Un volume in-8° de 237 pages, aux Editions Adyar, 4, square Rapp, Paris (7e). 1937. Prix : 15 francs.

(1) BLOMME, *Journal des Praticiens*, 18 déc. 1937, n° 51, p. 2382.

LIVRES NOUVEAUX

Les hépatites, par Maurice LOEPER, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine (1).

Ce livre est consacré aux hépatites, non à toutes les hépatites, mais à certaines d'entre elles et à certains points spéciaux de leur sémiologie ou de leur mécanisme.

L'auteur a envisagé plus encore que leur allure clinique, la cause qui les provoque, les lésions qui les caractérisent et les élaborations toxiques qui en modèlent la symptomatologie. Il a montré aussi ce qui les rapproche autant que ce qui les sépare.

Ces leçons ont été faites sur les malades observés à l'Hôpital Saint-Antoine, centre particulièrement riche de pathologie digestive et de clinique médicale.

Chapitres de l'ouvrage. — I. L'insuffisance circulatoire du foie et le météorisme abdominal. — II. Hépatite ictérigène bénigne à type catarrhal. — III. L'association de la pancréatite à l'hépatite ictérigène bénigne. — IV. Diagnostic de l'hépatite ictérigène bénigne (les ictères bénins par rétention aiguë). — V. Les hépatites de la lithiase du cholédoque. — VI. L'hépatite spirochétosique. — VII. L'hépatite ictérigène maligne. — VIII. Le syndrome ictéro-œdémateux des hépatites. — IX. L'hépatite bronzée. — X. Mélanodermie des hépatiques. — XI. Le cœur dans les hépatites chroniques. — XII. Les télangiectasies explosives cutanées et viscérales des hépatiques. — XIII. La tyraminémie des hépatites. — XIV. La péritonite tuberculeuse, complication des hépatites chroniques.

(1) Un volume de 262 pages, avec 47 figures. Prix : 60 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES HYDRONÉPHROSES

DEFINITION

Distension du bassinet et des calices par l'urine en rétention.

SIGNES

1) *Un signe fonctionnel : les crises douloureuses.*

a) *Début.* A l'occasion d'une fatigue, un excès, ou sans cause apparente.

b) *La crise.* Tableau de colique néphrétique :

— Douleur lombaire unilatérale.

— Irradiation descendante vers les organes génitaux externes.

— Douleur violente, à paroxysmes intolérables, s'accompagnant de ténesme vésical, d'oligurie, de phénomènes réflexes : pâleur, vomissements, tendances syncopales.

c) Terminaison. Au bout d'un ou deux jours, terminaison brusque avec débâcle urinaire.

2) *Examen :*

a) *Au cours de la crise :*

— La contracture de la paroi empêche tout examen.

— Au décours, parfois tumeur douloureuse, volumineuse, mais difficile à palper et fugitive.

b) *Entre les crises :*

— *Examen clinique :* rein non perceptible et non douloureux.

— *Examens de spécialité,* d'importance capitale.

Cystoscopie : parfois orifice urétéral béant. Permet le *cathétérisme urétéral.* Deux cas :

— La sonde bute : on ne parvient pas au bassinet.

— On parvient au bassinet : écoulement d'urine.

L'injection d'eau jusqu'à la douleur caractéristique révèle alors le signe capital : l'augmentation de la cavité pyélique.

Pyélographie.

Rétrograde, à l'urosélectan de préférence à la pyélographie intraveineuse. Montre la forme et le degré de la distension, le niveau de l'obstacle.

Examen des urines séparées. Examen cytobactériologique. Apprécier la valeur d'élimination de chaque rein. Faire une constante d'Ambard.

EVOLUTION

Très variable. Dépend de deux facteurs :

— *Le rapprochement des crises,* rendant l'affection intolérable.

— *Les complications infectieuses.*

Complications. De deux sortes :

1) *Mécaniques.* Exceptionnellement hématurie ou rupture du bassinet. Parfois anurie : par hydronéphrose double, par inhibition réflexe.

2) *Infectieuses.* Beaucoup plus importantes : infection par voie sanguine ou ascendante.

— Les douleurs deviennent plus violentes.

— La fièvre apparaît.

Hydronéphrose infectée, qui évolue :

— Vers la résolution, avec débâcle purulente.

— Vers la pyonéphrose, le phlegmon périnéphrétique.

FORMES CLINIQUES

Symptomatologie incomplète :

— Sans tumeur : petite hydronéphrose douloureuse. Un signe : augmentation de la capacité pyélique.

— Sans douleur : tumeur indolore, bosselée, à volume variable. Sonore en avant, contact lombaire.

— Latente : découverte par hasard ou révélée par une complication.

DIAGNOSTIC

1) *Positif :* crises douloureuses suivies de débâcles ; tumeur rénale variable ; examens de spécialité.

2) *Différentiel :*

a) *Affections extrarénales :*

— Kyste de l'ovaire ou du mésentère.

— Vésicule à droite, rate à gauche.

b) *Affections rénales :*

Douleurs : lithiase rénale, crise d'appendicite ou de colique hépatique.

Tumeur : gros rein néoplasique ou polykystique.

3) *Etiologique.* Causes innombrables. Rechercher si l'hydronéphrose est complication d'une autre affection :

a) *Acquise :*

Bilatérale : rétrécissement de l'urètre ; adénome prostatique.

Unilatérale :

Vessie : tumeur vésicale.

Uretère : fibrome, kyste de l'ovaire, surtout cancer du col, du rectum.

b) *Congénitale.* Due à une malformation :

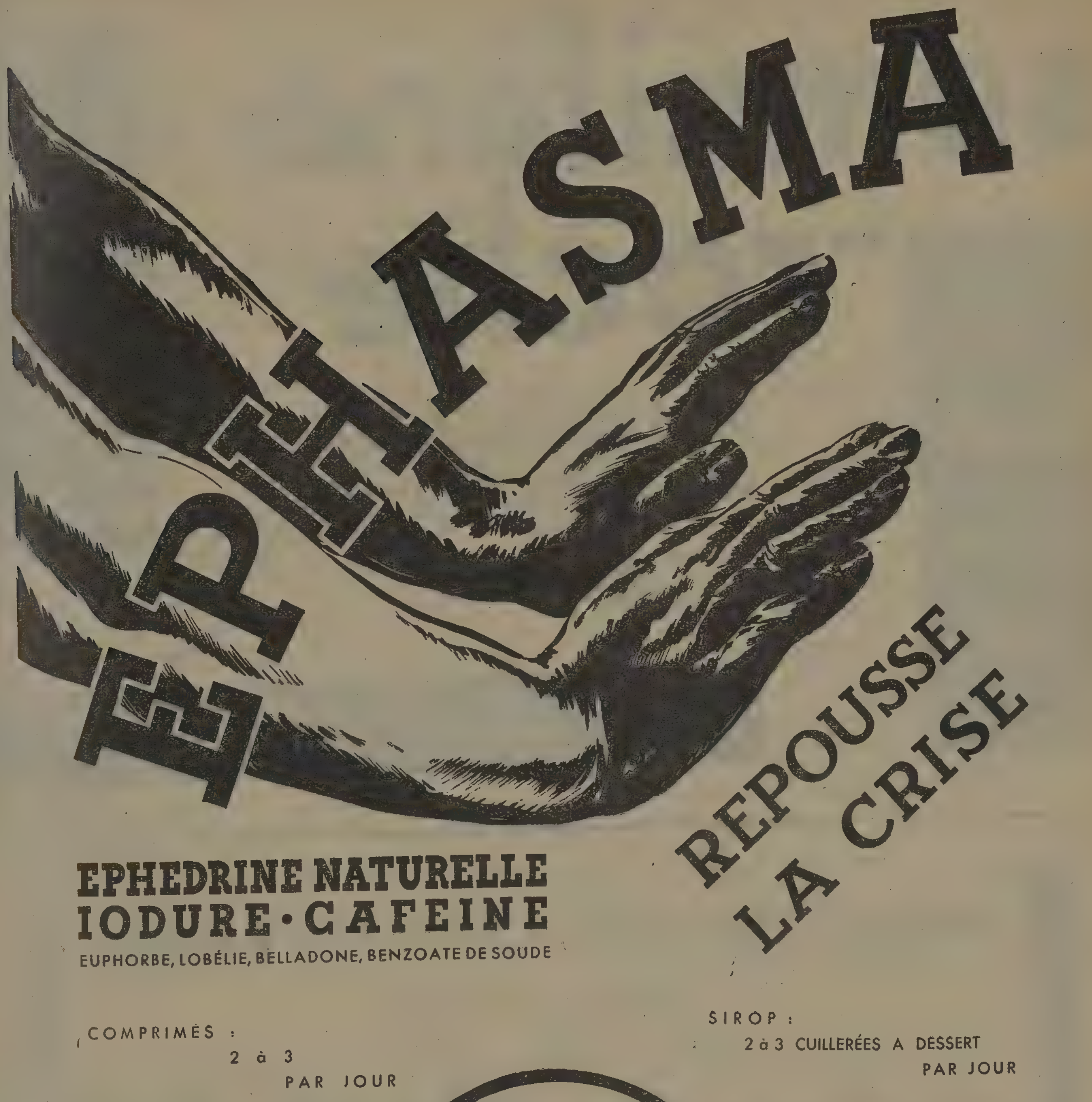
— Rarement vésico-urétrale (hydronéphrose double.

— Urétérale : rétrécissement du méat ; plicature ou rétrécissement du trajet ; malformation de l'implantation pyélique ; anomalie vasculaire : polaire inférieure.

M. PIERRE SAGAUT

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


EPHASMA
REPOUSSE LA CRISE
EPHEDRINE NATURELLE
IODURE · CAFEINE
EUPHORBE, LOBÉLIE, BELLADONE, BENZOATE DE SOUDE
COMPRIMÉS : 2 à 3 PAR JOUR
SIROP : 2 à 3 CUILLERÉES A DESSERT PAR JOUR


céréOssine
fixe le Calcium
LABORATOIRES DEHAUSSY
50-52 RUE NATIONALE - LILLE

Nº 15. — SAMEDI 19 FÉVRIER 1938. 111e ANNÉE. Le Nº 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux*

Questions sorties. — Epreuve écrite : 1. Des hémorragies dans les ulcères gastriques et duodénaux ; 2. Deuxième portion du duodénum.

Questions restées dans l'urne : a) Artère mésentérique inférieure ; b) Ruptures traumatiques de la rate ; a) Les entorses du genou ; b) Artère carotide externe sans ses branches.

Concours de médecins des hôpitaux. — Jury : MM. Harvier, Sézary, Milhit, Pasteur Vallery-Radot, Comte, Fiessinger, Léchelle Sainton, Aubertin, Weissenbach, Tinel, M.-P. Weil.

Prix Filloux. — Jury : MM. Lemaître, Guimbellot, Milhit, Huet, Lallemant

Concours de l'internat (oral). — Séance du 16 février 1938 :

MM. Bastin, 17 ; Sriber, 8 ; Le Sourd, 24,5 ; Albou, 19,5 ; Lacombe, 24,5 ; Alison, 23 ; L'Hirondel, 27 ; Le Bozec, 24 ; Lacroix, 20 ; Bertrand, 22.

Questions données : Signes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale avec méningocoques. — Diagnostic de la grossesse utérine au 3e mois.

Hôpital-Hospice de Dieppe. — Un poste d'interne à l'hôpital de Dieppe, va être incessamment vacant. Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'Hôpital-Hospice.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Marseille. — Prix attribués pour l'année scolaire 1936-1937 :

1° *Prix Jules et Louis Jeanbernat.* — Prix fondé par M. Jeanbernat Barthélemy de Ferrari Doria, en souvenir de ses deux fils tombés glorieusement au champ d'honneur, a été attribué à M. Nguyen Van Taï, qui a obtenu les meilleures notes pendant ses deux dernières années d'études.

2° *Prix des Professeurs.* — La médaille d'or (médecine) est décernée à M. Ponthieu, qui a obtenu les meilleures notes pendant sa scolarité. La médaille d'or (pharmacie) est décernée à M. Ferrand, qui a obtenu les meilleures notes pendant sa scolarité.

3° *Prix Alezais.* — Ce prix est décerné à M. le docteur Jean Vague, pour son mémoire intitulé : « Considérations sur les aspects anatomiques et fonctionnels des hyperhépaties. »

4° *Prix de thèse.* — Ce prix comporte l'attribution de médailles et mentions honorables aux auteurs des meilleures thèses soutenues pendant l'année scolaire. Ont obtenu une médaille d'argent : médecine, M. Donnet ; chirurgie, M. Haïmovici ; biologie (pharmacie), Mlle Bénévent ; pharmacie, M Nathan. — Ont obtenu une médaille de bronze : médecine, MM. Artaud, Roux, Farnarier et Barbe. — Ont obtenu une mention honorable : médecine, MM. Clastrier et Romary ; pharmacie : Mlle Gastinel et M. Moréna. — Le titre de *Lauréat de la Faculté* est attribué aux titulaires d'une médaille d'argent ou d'une médaille de bronze.

5° *Prix René Lazare.* — N'a pas été attribué pour 1936-1937.

Légion d'honneur. — AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Chevalier :* Mme Paul Delmas, née Wybauw, en récompense « de son courage et son dévouement pendant la grande guerre et de tous les services qu'elle a rendus au péril de sa vie

aux soldats blessés et sujets français en Belgique occupée ». Mme Delmas, qui appartient à une grande famille médicale belge, est la femme du professeur Paul Delmas, de Montpellier.

P. T. T. — *Officier :* M. le docteur Alfred Lonjumeau, médecin chef adjoint des P. T. T.

Distinctions honorifiques. — MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES *Médaille d'or :* M. Louis Thomas, médecin en chef de la marine, détaché au ministère de la Santé publique.

Médaille de vermeil : MM. Charles Beutter (Saint-Etienne. Loire) ; Marcel Bertrand (La Mulatière, Rhône) ; Bernard Lafay (Paris) ; Jean Lummeau (Rabat, Maroc) ; William Goeau-Brissonnière (Alger).

Médaille d'argent : MM. Fernand Conil (Roquevaire, Bouches-du-Rhône) . Jean Henry (Marseille) ; Fernand Dugé de Bernonville (La Rochelle) ; Jules Frémont (Nogent-le-Rotrou) ; Maurice Chevrel (La Baule) ; Marcel Rhein (Strasbourg) ; Mlle Paulette Ricordeau (Lyon) ; MM. Edmond Bizard (Saint-Nazaire) ; Jean Welti (Paris) ; Mlle Madeleine Caulliez (Paris) ; M. Pierre Jouanneau (Paris) ; Mlle Eliane Joos (Paris) ; MM. Bénédict Lamy, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Marne ; Louis Delpy, chef du service des épizooties en Iran ; Louis Magenc (Rabat) ; Jean Wurtz (Rabat) ; Raymond Suberbielle (Casablanca) ; Marie-Aimé Pouponneau (Casablanca) ; Jean Gaud (Azilal, Maroc) ; Roger Valade (Casablanca) ; Alex Meyer (Rabat).

Médaille de bronze : MM. Paul Dufour (La Rochelle) ; Maurice Philip (Bordeaux) ; Jacques Baillargé, médecin du préventorium Rey à la Bouëxière (Ille-et-Vilaine) ; Dominique Corticchiato (Paris) ; Mlle Marcelle Wetzlar (Paris) ; MM. Jean Robert (Paris) ; Jean Bastard (Paris) ; René Raimbourg (Rouen) ; Charles Machoire (Amiens).

OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. le médecin lieutenant-colonel Arène, Baude (à Douai), Benech (à Nancy), Boucher (à Cruseilles), Cambon (à Saint-Félicien), Déramond (à Saint-Denis, Réunion) ; le médecin commandant Flamme, Fragnaud (à Rambouillet), Frantz (à Metz), Grilliat (à Clermont, Oise) ; Henry (à Sainte-Menehould), Horand (à Lyon), Husson (à Bar-le-Duc, Jolly (à Brizambourg), Leriche (à Joigny), Marcelet (à Nice), Meyer (à Strasbourg), Pasquiou (à Guingamp), Terrien (à Varennes-sur-Loire), Weiller (à Nancy), Voirin (à Vittel), Wagner (à Lieurey).

OFFICIERS D'ACADÉMIE. — MM. Antoine (à Villaines-le-Juhel), Astrié (à Liré), Ayache (à Oudjda), Barsotti (à Tunis), médecin capitaine Benoit, Boisslau (à Saujon), Brandès (à Lézardrieux), Bruel (à St-Germain-en-Laye), Cadore (à Flavigny-sur-Moselle), Chavialle (à Mauriac), Chesneau (à Than khoa), Chevreul (à Mamers), Colombiès (à Toulouse), Coste (à Amiens), Cuguillère (à Toulouse), Cullerre (à La Roche-sur-Yon), médecin lieutenant-colonel Delpy, Dupouy (à la Levade), Duvic (à La Rochelle), Euter (à Chindrieux), Faivre (à Lons-le-Saunier), Fischer (à Lemberg), Gardes (à Uzès), Garnier (à Angers), Giraudon (à Nuits-Saint-Georges), Goéau-Brissonnière (à Alger), Goujard (à Dieppe), Guesdon (à Flers), Hatton (à Ville-sur-Tourbe), Horeau (à Saint Louis), Jacquet (à Saint-Dié), Jaupart (à Espira-de-l'Agly), médecin commandant Jeannest, Jozancy (à Saint-Gervais-d'Auvergne), Juillard (à Rioz), Lacour (à Remiremont), Lartigue (à Alger), Lavaud (à Jarny), Lelièvre (à Saint-Denis), Léon (à Avranches), Lévi (à Orléans), Lévy (à Nancy), Limouzi (à Orléans), le médecin commandant Lortholary, Lougnon (à Moulins), Marcel (à Montdidier), Marchand (à Alger), les médecins commandants Marchand et Marican, Markel (à Limoges), Mathieu (à Casablanca), Michel (à Guelma), Paret (à Vizille), Parienté (à Oran), Pfaff (à Rethel), Paulet (à Sarlat), Pigenaud (à Saint-Denis-des-Piles), Puech (à Ganges), Renberger (à Schiltigheim), Rey (à Marseille), le médecin commandant Rolling, Rousseau (à Bergerac), Rousseaux (à Vannes), Seron (à Verberie), Tounissont (à Verdun), Tournier (à Dalat), Triqueneaux (à Avesnes-sur-Helpe), Tristen (à Evreux), Vallet (à Marseille), Veaux (à Reignac-de-Blaye), Vidonne (à Taninges), le médecin-commandant Villain.

Le XIIe Bal de la Médecine française a eu lieu la semaine dernière, avec son succès habituel. Le colonel Stoffel représentait le Président de la République, et Mme E. Brault le ministre de la Santé publique.

Dans l'assistance : S. E. Ph. Roy, ministre du Canada ; MM. Victor Bucaille, syndic ; Massart et Torchaussé, conseillers municipaux ; les doyens Tieffeneau et Spillmann ; les professeurs Bezançon, Brumpt, Chiray, Clerc, Crouzon, Fiessinger, Guillain, Hartmann, Hovelacque, Laignel Lavastine, Lemierre, Loeper, Mocquot, Sergent ; MM. Lardennois, Henri Labbé, Bourguignon, Noir, de Pomiane ; les médecins inspecteurs généraux Emily, Rouvillois, Savornin, Gay-Bonnet ; les docteurs Cibrie, Chapon, Bongrand, Dartigues et Molinéry, Jayle, Labey, Maurice Fabre, etc

Les organisateurs, ayant à leur tête Mmes Tiffeneau, Jayle Marcel Labbé, recevaient, assistés de notre dévoué confrère et ami Darras.

Un spectacle inédit se déroula sur la scène de 10 heures à minuit. Au programme : *Images d'Extrême Orient*, film en couleurs du docteur Vernier ; *Escarmouches et Bouquet de France*, ballets dansés par Hughetti, de l'Opéra, et son partenaire Léo Lauer, Jane Montange de l'Opéra-Comique, Bella Reine, comédienne chorégraphique. Orchestre sous la direction de Henri Casadessus.

Un fort joli programme était vendu au bénéfice de l'œuvre. Y avaient contribué : les Laboratoires Bottu, Camuset, Corbière, Cortial, Evian-Cachat, Hoffmann, la Roche, Le Brun, Lescène, Lobica, Médecine Expérimentale, O.V.P. Plantier Ranson, Robert et Carrière, Rogier, Roussel, Spécia, Scientia, Wander, Zizine.

Un dîner, organisé par Mme Henri Labbé et le docteur Edouard de Pomiane, fut un régal gastronomique et un enchantement visuel pour les 200 convives qui y prirent part. L'orchestre Casadessus compléta de ses accords vibrants cette harmonie parfaite d'élégance et d'entrain.

Le bal se déroula jusqu'à 5 heures du matin, dans la gaîté sans défaillance de toute une jeunesse entraînée par l'orchestre Fernand Bouillon.

Le résultat de cette fête magnifique, organisée par la F.E.M.. permettra de donner aide et protection à des orphelins et à des veuves de médecins en détresse. Que ceux qui n'ont pu s'y rendre envoient leur obole 60, boulevard de Latour-Maubourg. Ils feront œuvre de bien.

Nécrologie. — On annonce la mort à Paris, de M. Félix Mesnil, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des Sciences, de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences coloniales.

Mesnil était ancien élève de l'Ecole normale et docteur ès sciences naturelles. Ancien collaborateur de Laveran, on lui doit notamment de très importants travaux sur les trypanosomiases. Mesnil était commandeur de la Légion d'honneur.

REVUE GENERALE

LES AFFECTIONS CONGÉNITALES DU CŒUR

PAR MM.

H. CHEVALIER et M. DURET
Internes des hôpitaux de Paris

Le groupe des anomalies congénitales du cœur représente à coup sûr un des chapitres les plus complexes de la pathologie. Il n'est pour ainsi dire aucun point de leur étude qui n'ait donné lieu à d'âpres discussions et, maintenant encore, nombre d'hypothèses relatives à leur origine, à leur pathogénie, à leur physiologie pathologique, continuent à s'affronter. C'est l'état actuel du sujet, avec ses acquisitions les plus récentes, postérieures à la publication par Laubry et Pezzi en 1921 de leur magistral *Traité des maladies congénitales du cœur*, qu'il nous a paru intéressant d'exposer à cette place.

Notions embryologiques sommaires sur le développement des cavités cardiaques

La description des diverses anomalies cardiaques congénitales nécessite la connaissance sommaire du développement du cœur et du cloisonnement de ses cavités.

Tout au début, le cœur est constitué par deux cylindres juxtaposés. Mais bientôt ceux-ci se fusionnent en un tube droit unique, de siège d'abord cervical, appelé *tube cardiaque primitif*.

Celui-ci comporte essentiellement deux renflements qui correspondant au *ventricule* et à l'*oreillette primitifs*, reliés par le *canal atrio-ventriculaire*.

Le ventricule primitif se continue par le *bulbus cordis* auquel fait suite le *tronc artériel commun*.

A l'oreillette primitive aboutit le *sinus veineux*.

Cette ébauche cardiaque va subir de profondes modifications : l'oreillette primitive se porte en haut et en arrière, déterminant une courbure en S du tube cardiaque primitif.

Le bulbus cordis se dilate. Son segment inférieur s'invagine dans le ventricule primitif et contribue ainsi à former l'infundibulum de l'artère pulmonaire ; son segment supérieur s'incorpore au tronc artériel.

Par ailleurs, les cavités primitives se divisent chacune en deux parties :

Une cloison musculaire, formée de deux septa, antérieur et postérieur, se développe de bas en haut à l'intérieur du ventricule primitif.

Une autre cloison, spiralée, développée au contraire de haut en bas, sépare le tronc artériel et le bulbus cordis en deux portions : l'une antérieure, qui formera l'artère pulmonaire ; l'autre postérieure, qui deviendra l'aorte.

Mais entre le bord inférieur de cette cloison artério-bulbaire et le bord supérieur de la partie de la cloison interventriculaire située entre le septum antérieur et le septum postérieur, il reste un espace vide que vient combler une mince lame conjonctive. Cet espace membraneux est la *pars membranacea*, l'*undefended space* de Peacock.

Le cloisonnement de l'oreillette primitive est plus complexe : de la paroi postérieure naît une crête qui se prolonge sur la paroi supérieure de l'oreillette. C'est le *septum primum*. Au-dessous de lui persiste un vaste orifice, appelé *foramen ovale I*, et qui se fermera assez vite grâce à la prolifération du bord inférieur du septum primum. Mais en arrière le développement de l'oreillette est beaucoup plus rapide que celui du septum, d'où il résulte la formation au-dessus de celui-ci d'une nouvelle ouverture, *foramen ovale II* ou *trou de Botal*, — un *septum secundum*, se détachant de la paroi auriculaire supérieure, obture à son tour le trou de Botal et glisse sur le septum primum, mais sans se souder complètement à lui. Ce fait explique qu'il est souvent possible, à l'état normal, d'insinuer entre les deux septa et de glisser d'une oreillette dans l'autre un stylet fin, bien qu'il ne s'agisse nullement là de persistance du trou de Botal.

Topographiquement enfin, de cervical qu'il était à l'origine, le cœur devient peu à peu *thoracique*. C'est alors que son grand axe s'oriente en bas et à gauche.

Telles sont, brièvement résumées, les grandes étapes de la morphogénèse du cœur. A chacune d'elles correspondent diverses malformations qu'on ne peut d'ailleurs isoler que d'une manière assez schématique, tant leurs associations sont fréquentes et complexes.

Classification. — Anatomie pathologique

I. Il suffit de mentionner certaines anomalies fondamentales, telles l'acardie et la dualité du cœur, véritables monstruosités absolument exceptionnelles et incompatibles avec la vie.

II. Plus communes sont les ANOMALIES DE POSITION.

1° Des différentes formes d'*ectopies extra-thoraciques*, seule l'*ectopie thoraco-abdominale* mérite d'être retenue, car elle seule permet au sujet de mener une existence plus ou moins longue.

2° Quant aux *dextrocardies*, elles se répartissent en deux groupes, suivant qu'elles sont *isolées* ou *associées à une transposition des viscères*, éventualité de beaucoup la plus fréquente.

III. ANOMALIES DE CLOISONNEMENT DES CAVITÉS. — Mention faite des rares observations de *cœurs à deux cavités* (une oreillette — un ventricule) ou *à trois cavités* (une oreillette — deux ventricules, ou inversement) par absence complète d'une ou des deux cloisons, il est surtout important de considérer les anomalies portant sur les cœurs régulièrement constitués de leurs quatre cavités.

1° *La communication interventriculaire* représente une des anomalies congénitales les plus communes.

L'orifice de communication siège presque toujours à la partie antéro-supérieure de la cloison, empiétant sur le septum antérieur et l'undefended space. Parfois il occupe une zone du septum postérieur, plus rarement encore le centre ou la partie inférieure de la cloison interventriculaire.

Ses dimensions sont très variables : 5 à 20 millimètres en moyenne. Sa forme est plus ou moins arrondie, souvent semi-lunaire, avec un bord inférieur régulier, épaissi et mousse, bien différent par ces caractères des contours irréguliers, déchiquetés des perforations acquises liées à une endocardite maligne aiguë.

La communication interventriculaire isolée constituait pour Roger le substratum anatomique exclusif de la maladie qui porte son nom.

A la suite de Laubry et de ses élèves, on tend à élargir cette définition trop rigoureuse et à ranger dans le même cadre tous les faits, les plus couramment observés, où la communication interventriculaire s'associe à une sténose de l'artère pulmonaire, parfois d'ailleurs très discrète.

2° *La communication interauriculaire*, fréquente également, est liée avant tout à la *persistance du trou de Botal*. L'orifice mesure environ 10 à 15 millimètres de diamètre. Cette étroitesse relative s'oppose à la largeur de la communication en cas d'arrêt de développement portant sur la cloison elle-même.

3° On peut rapprocher de ces anomalies de cloisonnement *les anomalies relatives aux orifices de communication auriculo-ventriculaire*. Tous les degrés de rétrécissement ont été signalés, depuis l'*atrésie complète* jusqu'à la *sténose légère*.

Les sténoses et les atrésies tricuspidiennes exceptionnelles, s'accompagnent d'atrophie du ventricule droit et de l'artère pulmonaire.

L'atrésie de l'orifice mitral est encore plus rarissime que celle de l'orifice tricuspidien.

Quant au rétrécissement mitral, on sait les discussions qu'a soulevées l'hypothèse de son origine congénitale ; nous ne les aborderons pas.

Citons enfin la possibilité d'anomalies portant sur le nombre ou l'implantation des valvules auriculo-ventriculaires ; leur intérêt est strictement anatomique.

IV. Anomalies de développement des troncs vasculaires. — Elles sont, avec les anomalies de cloisonnement, les plus intéressantes par leur fréquence, en particulier les sténoses artérielles.

1° *Les transpositions de l'aorte et de l'artère pulmonaire* reconnaissent pour cause commune un défaut de développement de la cloison artério-bulbaire.

La transposition peut être *incomplète* ou *complète*, l'aorte se trouvant alors en avant de l'artère pulmonaire surtout.

Parfois même, il y a *fusion en un tronc unique*, ou encore *absence d'un ou deux troncs*, du tronc pulmonaire surtout.

Dans d'autres cas, *l'orifice aortique* (ou, plus rarement, l'orifice pulmonaire) est à cheval sur les deux ventricules.

Enfin aorte et artère pulmonaire peuvent avoir une *origine commune* au niveau du ventricule droit (cœur de reptile), le ventricule gauche étant atrophié et privé de vaisseaux.

2° *Les anomalies valvulaires* de nombre, de forme ou d'implantation, ne valent d'être citées qu'à titre de simples curiosités.

3° *Les sténoses*, en revanche, méritent de retenir l'attention :

a) *La sténose pulmonaire* occupe, en effet, de l'avis unanime, la première place dans le groupe des malformations congénitales du cœur.

Si l'on met à part les cas exceptionnels d'*atrésie complète*, le rétrécissement se présente sous deux formes :

1. *Le rétrécissement orificiel* est de beaucoup le plus fréquent Il est déterminé par la soudure des valvules sigmoïdes qui ménagent entre elles un diaphragme de calibre variable et qui forment une sorte de cône rigide bombant vers la face artérielle du vaisseau, à la manière d'un museau de tanche.

2. *Le rétrécissement infundibulaire*, plus rare, siège à un ou deux centimètres au-dessous de l'insertion des valvules. En règle, c'est l'infundibulum lui-même qui, atrophié et rétracté dans son ensemble par suite d'un vice de développement du bulbus cordis, se trouve réduit à un canal étroit. Dans certains cas pourtant existe une sténose localisée, segmentaire, véritable diaphragme intra-cardiaque.

Dans les deux types, le degré de la sténose varie à l'infini. Fait paradoxal, le tronc de l'artère pulmonaire est d'ordinaire dilaté *au-dessus* du rétrécissement, ce qui rend compte de la saillie de l'arc pulmonaire appréciable à l'écran radioscopique. Le ventricule droit est considérablement hypertrophié, l'oreillette droite toujours distendue. Enfin il est rare que le rétrécissement pulmonaire soit isolé ; le plus souvent il s'associe à d'autres malformations congénitales, cardiaques ou extra-cardiaques, quelquefois aussi à une insuffisance pulmonaire sigmoïdienne.

b) *Le rétrécissement aortique congénital* peut porter non seulement sur l'orifice, mais encore sur l'isthme aortique. D'où deux types, bien différents dans leurs caractères anatomiques, comme du reste dans leur expression clinique.

1. *Le rétrécissement de l'orifice* n'est presque jamais sous-aortique, infundibulaire, mais siège dans la règle *au niveau des valvules*. Comme pour le rétrécissement pulmonaire, c'est la soudure de celles-ci en une sorte de cône saillant dans la lumière aortique, qui détermine la sténose. L'*atrésie* a été également signalée ; c'est là une monstruosité incompatible avec la vie.

2. *Le rétrécissement de l'isthme* intéresse l'aorte descendante un peu plus bas que l'origine de l'artère sous-clavière gauche. Bonnet lui reconnaît deux variétés :

— L'une dite *fœtale*, correspondant à une sorte d'arrêt de développement segmentaire de l'aorte ;

— L'autre dite *adulte*, dans laquelle la sténose siège au niveau ou même un peu au-dessous de l'insertion du canal de Botal. Il s'agit dans ce cas d'une stricture exercée localement par la rétraction du canal artériel et de ses fibres qui se prolongent dans les parois de l'aorte. Ce type adulte, le plus habituellement observé, ne se réalise qu'après la naissance. Aussi, pour Laubry et Pezzi, ne mérite-t-il que « d'une façon conventionnelle le titre de maladie congénitale ».

Qu'il s'agisse d'un rétrécissement orificiel ou d'un rétrécissement isthmique, la portion ascendante de

l'aorte est souvent dilatée ; le ventricule gauche est habituellement hypertrophié ; parfois on note une insuffisance aortique sigmoïdienne tenant à l'induration des valvules. Mais surtout le rétrécissement de l'isthme s'accompagne d'une importante *circulation artérielle complémentaire*, développée aux dépens des troncs anastomotiques normaux, scapulo-vertébraux, intercostaux, mammaires internes, épigastriques, qui sont plus ou moins distendus, flexueux, et qui peuvent déterminer à la longue une usure notable des plans osseux sur lesquels ils se trouvent appliqués, fait particulièrement net au niveau du bord inférieur des côtes.

Enfin, ici encore, on doit souligner la fréquence des associations avec d'autres anomalies congénitales.

4° *Les anomalies du canal artériel* se résument en pratique à la *persistance* de celui-ci au delà du premier mois de la vie, moment auquel son oblitération est normalement achevée.

Tantôt l'oblitération s'est faite partiellement et il ne persiste plus qu'un seul orifice, en général pulmonaire.

Tantôt le canal est resté perméable dans sa totalité.

Assez souvent existe une sorte d'entonnoir ouvert du côté de l'aorte et se rétrécissant vers l'artère pulmonaire. Rarement le canal présente une dilatation quasi-anévrysmale.

V. Associations lésionnelles. — Ce n'est que pour la commodité de la description qu'on isole les différentes anomalies précédentes. En réalité, les associations lésionnelles sont presque la règle, mais leur variabilité et leur complexité défient toute tentative de systématisation.

Les groupements les plus importants sont ceux connus sous les noms de trilogie et de tétralogie de Fallot.

La tétralogie est la plus fréquente. Elle consiste en l'association d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, d'une communication interventriculaire, d'un déplacement de l'orifice aortique qui se trouve reporté à droite et en avant, enfin d'une hypertrophie concentrique du ventricule droit.

La trilogie est caractérisée par le rétrécissement pulmonaire, la persistance du trou de Botal, l'hypertrophie concentrique du ventricule droit.

Ces groupements sont eux-mêmes susceptibles de quelques variations : association de la communication interventriculaire et de la persistance du trou de Botal, ou remplacement de l'une par l'autre — association avec la persistance du canal artériel.

Un fait mérite par ailleurs d'être signalé : c'est l'extrême rareté des lésions du cœur gauche, les malformations aortiques exceptées, par rapport à celles du cœur droit pendant la vie intra-utérine.

VI. Hypertrophie congénitale du cœur. — Il reste à décrire une malformation congénitale du cœur très particulière, qui se place complètement en marge des anomalies précédentes et qui consiste en une hypertrophie cardiaque globale.

Déjà signalée par Virchow, elle a été étudiée plus récemment par Debré et Busson.

Tout se résume à une augmentation considérable de la masse cardiaque. L'organe a un volume et un poids doubles ou triples de ceux d'un cœur normal. L'hypertrophie porte sur le ventricule gauche ou sur les deux cœurs à la fois ; exceptionnellement elle prédomine à droite.

Histologiquement, les fibres musculaires sont tantôt normales, tantôt épaissies et fragmentées ; le tissu interstitiel apparaît infiltré de cellules rondes.

On a signalé l'hypertrophie concomitante du thymus (Carpenter). En fait, celle-ci n'est pas constante.

Pathogénie

Deux grandes théories tentent d'expliquer la pathogénie des cardiopathies congénitales. Chacune a compté d'intransigeants défenseurs. Ce sont les théories embryogénique et inflammatoire ou infectieuse.

1° *Théorie embryogénique.*— Soutenue d'abord par Meckel, puis par Lindes, Rokitanski, Keith, la théorie embryogénique admet un arrêt dans le développement fœtal du cœur. Cette hypothèse s'appuie essentiellement sur le caractère volontiers héréditaire et familial des cardiopathies congénitales, sur la coexistence chez le même individu d'une malformation cardiaque et d'une autre anomalie morphologique : bec-de-lièvre, syndactylie, scoliose, etc... — et cela dans 10 pour 100 des cas (statistique de Vierordt).

Il est juste d'ajouter que la solidité de cette théorie repose en bonne part sur les faiblesses de sa rivale qu'ont minutieusement analysées Laubry et Pezzi.

2° *La théorie inflammatoire* ou *infectieuse* se trouve résumée dans la formule de l'un de ses tenants, Lancereaux : « La tératologie du cœur n'est autre chose que la pathologie de cet organe pendant la vie intra-utérine ».

Cette théorie eut pour défenseurs Morgagni, Peacock, Cruveilhier, Lancereaux et, plus près de nous, Letulle.

Elle se fonde sur plusieurs arguments. Letulle a spécialement insisté sur l'existence de lésions de sclérose et d'artérite au niveau ou au voisinage des lésions. C'est la raison pour laquelle il invoque au départ une « pancardite insulaire » responsable de diverses malformations. Secondairement à celles-ci se constitueraient, par action mécanique ou *de stase*, d'autres malformations réalisant en définitive ces anomalies complexes qui sont d'observation courante.

Ainsi phénomènes inflammtaoires et phénomènes mécaniques ou de stase suffiraient à expliquer toutes les formes, selon le moment de leur apparition au cours de la vie fœtale.

Ajoutons à ces arguments la prédominance des lésions sur le cœur droit, qui cadre assez bien avec une infection placentaire.

Laubry et Pezzi ont fortement critiqué cette hypothèse. Ils considèrent que les lésions « en îlots » sont inconstantes et souvent éloignées des anomalies, et surtout qu'elles leur sont *postérieures* dans le temps. De plus, il faudrait pour créer des lésions aussi limitées qu'une perforation septale isolée, que l'agent infectieux limitât son action à une durée très courte —

quelques jours, quelques heures — hypothèse assez hasardeuse.

Au surplus, l'infection maternelle responsable de cette endocardite fœtale ne se retrouve guère à l'interrogatoire.

La question en est là. L'explication embryogénique paraît bien convenir à l'ensemble des cas. Cependant — et Laubry y insiste — la théorie de l'endocardite fœtale s'applique valablement à certaines malformations, telles l'atrésie tricuspidienne incomplète et la sténose pulmonaire orificielle.

En définitive, une opinion éclectique semble de mise à l'heure actuelle.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1938)

Effets cardiovasculaires de l'extrait fluide de Gelsemium Sempervirens. — MM. Raymond CAHEN et E. MOISSET DE ESPANÈS.

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1938)

De la disparition du pouvoir vaccinant de l'anatoxine diphtérique en présence du sérum antidiphtérique. — M. Alexandre BESREDKA.

Contribution à l'étude des typhus exanthématiques endémiques. — M. Henri VIOLLE.

Les propriétés anaphylactisantes du sérum sanguin sont localisées dans la protéine visqueuse de ce sérum. — MM. P.-G CHARPENTIER, M. DOLADILHE, C. MOREL et L. PLACIDI.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1938)

Notice. — M. JEANNIN lit une notice sur M. DOLÉRIS, membre titulaire récemment décédé.

Rapport. — M. POUCHET donne lecture d'un rapport sur diverses demandes d'autorisation.

Traitement de la myasthénie bulbo-spinale par la prostigmine associée à la transfusion sanguine et à la vitamine C. — M. G. MARINESCO. Il s'agit d'une malade âgée de 22 ans, myasthénique. Le début de la maladie remonte à février 1937. La veratrine, la strychnine, le cortigène n'ont pas eu d'action sensible sur la marche de la maladie.

Le 27 mars, la malade reçoit la première injection de prostigmine, une amélioration très sensible lui permet de se nourrir et d'exécuter divers mouvements, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. L'amélioration se maintient pendant plusieurs mois, mais au mois d'octobre son état s'étant aggravé, on décide de pratiquer une transfusion de 180 cc. de sang d'un donneur universel jeune.

Après la première transfusion il y a eu une éruption d'urticaire, tachycardie et une aggravation passagère des troubles bulbaires. Mais ces phénomènes se sont améliorés, après 4 transfusions, au point que l'état de la malade devint aussi bon qu'après les injections de prostigmine. Elle a même commencé à s'habiller, à descendre du lit et son écriture a complètement changé. « Comme nous avons constaté chez elle, dit l'auteur, une diminution de la vitamine C dans l'urine, on lui a administré une fois par semaine 2 injections par jour de prostigmine avant les repas et une transfusion de sang ; la semaine suivante, on a associé la vitamine C (Cantan) à la prostigmine. Les résultats sont très satisfaisants et se maintiennent actuellement. »

Le phénomène « d'hyperiasie ». — M. TCHAKHOTINE. Dans les infections chez les souris, on observe dans le sang, après que la crise est passée, une surproduction de mononucléaires. En même temps tombe le coefficient qui est un produit de la division du taux global des leucocytes par le rapport $\frac{\text{poly}}{\text{mono}}$

Ce fait correspond à un postulat théorique établi par le savant allemand Wilhelm Ostwald (Ueberheilung). L'auteur, en son honneur, propose de désigner le fait qu'il vient d'énoncer sous le nom de « phénomène d'hyperiasie » (littéralement guérison outre mesure).

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1937)

Tuberculose diffuse micro-nodulaire régressive découverte fortuitement chez un malade porteur d'une tuberculose post-traumatique du genou. — M. JACOB.

Traitement de l'hypertrophie prostatique par la diathermie. — M. DUMONT.

Huit cas d'incontinence d'urines améliorés par le sérum éparathyroïdien. — M. G. PARTURIER.

La curcumine cholécystokinétique et cholérétique. — M. J. CHEVALIER.

Radiothérapie du corps thyroïde dans un cas d'asystolie droite irréductible. — MM. J. LEBON, MANCEAUX et FABRE-GOULE (d'Alger) présentent une observation d'une malade atteinte de cardiopathie irréductible, non basedowienne, qui a été améliorée cliniquement et radiologiquement (diamètres du cœur) ; l'intérêt est que, jusqu'alors, on n'avait utilisé la radio que pour les troubles cardiaques dus au thyroïdisme (Basedow en particulier).

Endocrines et inversion sexuelle. — M. Marcel LAEMMER, traitant de l'ambosexualité, signale un cas d'inverti sexuel, qui a pu être suivi, non seulement par les réactions cliniques, mais aussi par des épreuves successives d'interférométrie. Il a pu ainsi montrer qu'alors l'embosexualité jouait nettement, la réaction gonadique femelle étant nettement supérieure à la réaction gonadique mâle au départ du traitement. Cette réaction gonadique inversée chez ce jeune homme s'est trouvée transformée après traitement au Propionate de testostérone, et la réaction gonadique mâle l'emportait sur la réaction gonadique femelle au bout d'un mois. Les faits cliniques (libido, pousse de moustaches et de barbe, etc...), confirmèrent l'image interférométrique. L'auteur conclut à l'intérêt qu'il y a de traiter ces cas d'inversions sexuelles endocriniennes par le Propionate de testostérone chez l'homme, sans cependant oublier l'utilisation du lobe antérieur d'hypophyse et des vitamines E.

Un traitement des constipations fonctionnelles. — M. G. LEVEN, par cette communication, vient confirmer la réalité des notions qu'il a exposées dès 1923. La signification donnée par lui à la variété de constipation qu'il a dénommée constipation, symptôme artificiel, demeure exacte. La seconde variété qu'il a étudiée sous le nom de constipation physiologique, constipation à respecter parce qu'elle est un symptôme de défense de l'organisme, a prouvé son importance.

C'est en 1927 que G. Leven en a fait l'étude.

C'est la constipation des sous-alimentés, des fiévreux, des opérés, des malades qui vomissent (femmes enceintes, etc...)

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement tonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

Ces quatorze années n'ont pas modifié ses opinions sur le dolichocôlon, sur l'auto-intoxication des constipés ; il continue à affirmer que sa technique, si distincte des thérapeutiques classiques, ne connaît pas les accidents attribués à l'auto-intoxication, bien que certains de ses malades aient attendu, exceptionnellement, il est vrai, 10, 15 et même 25 jours la venue de la première selle, la guérison coïncidant avec ce retour spontané de la fonction, obtenu sans lavements, sans laxatifs, sans régime de légumes verts et de fruits.

Sa thérapeutique élimine ces 3 éléments de la thérapeutique habituelle, car, d'après lui, ils créent des selles d'irritation et non des selles physiologiques. La selle doit être obtenue en supprimant l'élément spasmodique, facteur presque constant de la constipation (constipation endocrinienne, etc...).

Un fait nouveau s'ajoute aux conclusions de ses travaux antérieurs, c'est l'action heureuse sur la colibacillose, de son traitement général de la Constipation.

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1937)

Les extraits pancréatiques dans les tuberculoses cutanées. — M. Marcel PINARD, partant des expériences d'Auclair sur la vaccination antituberculeuse, rapporte les excellents résultats thérapeutiques obtenus dans le traitement des tuberculoses cutanées (lupus), par les applications de pommades à base d'extrait pancréatique, et surtout d'injections dans les nodules lupiques d'extrait pancréatique. Seul l'extrait recueilli aussitôt la mort est efficace ; une heure après, l'efficacité a perdu 70 à 80 p. 100. Au bout de cinq heures, activité nulle.

Les problèmes thérapeutiques de la colibacillose. — M. GAEHLINGER. La colibacillose est une maladie bipolaire, intestinale et urinaire, la thérapeutique doit donc être bilatérale, s'adressant à la manifestation initiale colitique et à l'aboutissant urinaire.

Téléroentgenthérapie des métastases et des propagations cancéreuses. — M. Lucien MALLET.

Traitement de la blennorragie par les ondes courtes. — M. R. DREYFUS.

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1937)

Le soufre et le thiophène dans le traitement des rhumatismes chroniques. — MM. Maurice LOEPER et Roger LESOBRE. Le professeur Loeper avait déjà insisté, dans des travaux antérieurs, sur l'action de la molécule de soufre sur l'équilibre physiologique du cartilage : fixation du glycogène et opposition à la fixation du calcium.

Avec Roger Lesobre, il montre l'action puissante du thiophène, soufre organique non oxyde, sur le métabolisme du soufre et ses propriétés thérapeutiques, à la fois analgésiques, entrophiques et résolutives.

Avec le thiophène, le traitement soufré du rhumatisme devient un traitement de fond et non plus un traitement de choc.

Chimiothérapie soufrée : le thiophène hydro-soluble. — MM. Louis BORY et Maurice MESANGUY, devant l'intérêt soulevé par la généralisation de l'emploi du thiophène introduit pour la première fois dans la thérapeutique par L. Bory, ont voulu compléter leurs recherches sur ce sujet et, pour agir plus rapidement, dans les cas aigus par exemple, ont obtenu et expérimenté l'acide thiophène carboxylique, très soluble dans l'eau. A peine modifié, le thiophène garde ses propriétés de corps soufré particulièrement diffusible et assimilable. Les doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 sont parfaitement tolérées en injections sous-cutanées ou intraveineuses, chaque jour. Les indications paraissent être surtout les formes aiguës des divers rhumatismes, les grandes pyrexies, celles surtout qui s'accompagnent d'une déficience soufrée, et, à ce dernier titre aussi, la tuberculose, en raison du rôle entrophique du triophène, de l'absence de toxicité et de réaction, et de l'inutilité sans doute de mêler l'or et le soufre en pareil cas.

L'opothérapie hépatique dans le traitement de la syphilis. Traitement par l'association foie-bismuth. — MM. Paul BLUM et Pierre PATTE signalent qu'il est souvent important, dans le traitement de la syphilis, de pratiquer l'opothérapie hépatique, en même temps qu'on fait le traitement spécifique, la cellule hépatique se trouvent « prise entre deux feux », le tréponème et la chimiothérapie.

Les indications sont précisées par les auteurs : hépatiques latents, petits insuffisants hépatiques, hépatiques moyens, grave insuffisance hépatique, accidents toxiques déclenchés par la médication chimiothérapique.

Il faut ajouter les cas où il faut renforcer l'action du médicament (syphilis rebelle, médicaments résistants, Wassermann irréductibles, etc.) ; l'association foie-bismuth est tres active, comme l'ont montré les travaux de Levaditi et Nicolau (production de bismoxyl).

Méthode pratique. — Après tâtonnements, les auteurs ont donné leurs préférences pour une combinaison d'un tartrobismuthate double avec un extrait hépatique représentant 30 gr. d'organe frais par ampoule.

Les résultats paraissent très encourageants et devoir donner satisfaction aux desiderata des auteurs.

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1938)

Influence des acides salifiant les bases alcaloïdiques sur l'activité pharmacodynamique des sels. — M. Jean REGNIER et Mlle Suzanne LAMBIN.

Diabète et sérum éparathyroïdien. — MM. G. PARTURIER et FAUQUÉ signalent que sur 15 malades qui ont pu être suivis complètement dans leur cure de sérum éparathyroïdien, 4 étaient atteints de diabète avec dénutrition.

Les auteurs n'en font pas état, à cause de la cure d'insuline dont la suspension complète fut jugée inopportune. Ils écartent aussi un cas de diabète sans dénutrition, où le sérum réveilla une colique hépatique mal éteinte.

Les dix diabétiques gras restrants, présentèrent un abaissement de 0,415 milligr. de leur hyperglycémie.

Diabète, cure thermale et sérum éparathyroïdien. — MM. G. PARTURIER et NENON présentent les résultats d'une cure éparathyroïdienne chez des diabétiques soumis par ailleurs à une cure de Vichy.

Les diabétiques qui, en même temps, que les eaux de Vichy ont absorbé du sérum éparathyroïdien (cure de 6 jours, 1 cc. par jour), non seulement n'ont pas présenté d'ascension de leur hyperglycémie, mais au contraire, une diminution d'en moyenne 0,410.

Les cures alcalines dans le traitement du diabète. — M. R. GLÉNARD. La thérapeutique hydrominérale est de mise au début, tant qu'il s'agit seulement d'un déséquilibre fonctionnel à redresser. A l'opposé, lorsque le pancréas n'est plus capable de réagir favorablement, s'impose la médication substitutive de l'insuline.

Maine de Biran et la Société médicale de Bergerac, par le docteur Pierre LEMAY. Un volume illustré de 232 pages. Prix : 20 francs, chez Vigot frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2e)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1938, qui vient de paraître, sera remis gratuitement au signataire sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2e, jusqu'au 31 mars 1938.

Port à domicile par poste recommandée, **6** fr. **50** (en timbres ou en versement au C. C. P. Paris 405-75

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR SERGENT

La remise de la médaille offerte à M. le professeur Emile Sergent à l'occasion de sa retraite a donné lieu à une cérémonie fort émouvante.

Dans l'immense salle du Centre Marcelin-Berthelot, se pressait une foule d'élèves et d'amis. Autour de Mme Sergent, de ses enfants et petits-enfants, voici M. le recteur Roussy et M. Charléty, ancien recteur, M. le doyen Tiffeneau, M. F. Bezançon, président de l'Académie de médecine, MM. Siredey, Béclère, H. Vincent, Georges Duhamel, les médecins généraux inspecteurs Sieur et Rouvillois. Les Académies de médecine et de chirurgie, la Société médicale des hôpitaux, la Faculté de médecine, sont au complet. Beaucoup de confrères sont venus de province ou de l'étranger comme le professeur Roch, de Genève. Tous les pays dans lesquels M. Sergent fut si souvent le bon ambassadeur de la science et de la langue françaises sont représentés, au premier rang, S. E. de Souza-Dantas, ambassadeur du Brésil, S. E. Mané, ministre et le docteur Saenz, conseiller de la légation de l'Uruguay, M. Désy, conseiller de la légation du Canada.

Sur l'estrade, S. E. Ph. Roy, l'éminent ministre du Canada, le plus parisien de nos confrères, préside. A sa droite, M. le doyen Roger, M. Brault, M. de Massary ; à sa gauche, le professeur Sergent, M. Achard, M. Ribadeau-Dumas.

Devant eux est exposée la médaille due au sculpteur Dropsy. Elle nous montre avec beaucoup de vigueur et d'expression le masque puissant de M. Sergent. Au revers la vieille Charité.

M. Ribadeau-Dumas parle le premier au nom des élèves de M. Sergent. Il dit leur affection respectueuse pour « le Maître à la bonté un peu bourrue... », leur reconnaissance pour l'enseignement reçu, leur admiration pour le brillant ambassadeur de la clinique française. « Vous croyez à la science française, ajoute-t-il, vous croyez à la patrie française et vous ne vous en cachez pas... Votre vie est un grand exemple... »

M. de Massary, avec beaucoup de simplicité et d'émotion évoque les souvenirs d'une amitié qui remonte à l'internat. Précieuse amitié qui s'est renouvelée et fortifiée chez leurs enfants et leurs petits-enfants.

M. Brault, doyen de la Société médicale des hôpitaux, rappelle tout ce que l'association d'enseignement des hôpitaux de Paris doit à M. Sergent. Cet enseignement qui, avec Babinski et M. Béclère, pour ne citer que deux noms, connut dès le début un grand succès, a reçu avec M. Sergent un nouvel éclat.

M. Achard, au nom de l'Académie de médecine, prononce une délicieuse allocution. Il regrette, certes, que le « Calendrier » prive la Faculté, les hôpitaux et les malades d'un chef admirable, mais il se félicite à la pensée que M. Sergent poursuivra son labeur au sein de l'illustre compagnie. C'est à l'unanimité, il faut le rappeler, que l'Académie accueillit M. Sergent, pour compenser l'erreur qui avait, jadis, privé la Faculté d'un tel agrégé. Cette erreur a été réparée dans la suite par la Faculté grâce à l'initiative de MM. Achard et Chauffard et grâce à la Ville de Paris qui s'honora en fondant la chaire que quitte aujourd'hui M. Sergent.

M. le doyen Roger était en fonctions lorsque la Faculté accueillit enfin M. Sergent. Aussi est-il particulièrement qualifié pour rappeler les circonstances dans lesquelles le mérite du Maître l'imposa au choix de ses collègues. Il le fit avec beaucoup d'esprit et son discours fut fort applaudi.

S. E. Ph. Roy donne alors lecture de nombreux télégrammes émanant des Facultés de médecine de Toronto, de Montréal, de l'université Laval, du comité France-Amérique, du professeur Archibald, etc... « Le Canada, dit-il, est le premier pays que vous ayez visité, il est aussi le pays dans lequel, à différentes reprises, vous avez fait les séjours les plus prolongés. Votre souvenir y est gardé comme en Roumanie, en Yougoslavie, en Suisse, en Italie, au Brésil, en Uruguay, en Argentine... Partout, vous avez répandu la science française, vous apparaissiez comme le représentant de Laënnec et de la culture classique. Partout où vous avez passé on vous garde de la reconnaissance, on éprouve pour vous le plus affectueux respect... Chez nous on vous considère comme un Français canadien... » S. E. Ph. Roy tint aussi à rendre hommage à Mme Sergent qui fut la digne compagne du foyer et des missions du Maître.

M. Sergent se lève alors, au milieu d'une longue ovation. Il ne peut s'empêcher d'évoquer le souvenir d'une autre manifestation qui eut lieu lors de sa dernière leçon à la vieille Charité. Tous ses amis étaient réunis... Jean Charcot était encore là... Très ému, M. Sergent remercie les orateurs, le Maître Dropsy et tous les assistants. Puis ce sont des souvenirs, souvenirs de son entrée à la Faculté, souvenirs de son cher Canada... Le maître jette alors un regard sur sa vie passée, sur ses débuts difficiles. Soutenu par sa volonté de fer, stimulé par ses élèves, par le souci constant des malades, il a pu arriver au faîte d'une splendide carrière. Au cours de son enseignement placé sous le signe de Laënnec et de l'observation clinique, son souci constant a été de développer chez ses élèves le goût du travail et le bon sens, ou de les faire naître chez ceux qui en étaient dépourvus. Il s'est attaché à maintenir les traditions de dévouement : « *Il faut traiter les malades comme ceux que l'on aime le mieux* », disait-il, et il ajoutait : « Il faut faire passer le devoir avant l'intérêt, l'honneur avant l'argent... »

Celui qui, pendant toute sa carrière, a donné un des plus hauts exemples de conscience professionnelle avait le droit de parler ainsi.

L'ovation prolongée qui accueillit ses derniers mots fut une nouvelle preuve de l'estime et de l'affection que tous ceux qui l'ont approché, gardent au Maître qui a illustré et qui illustrera encore la clinique française.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 22 février. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Marion, Rathery, Gayet. — M. Dufour. Les troubles du fonctionnement rénal au cours du rein polykystique. — Mme Mennesson-Robert. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du médiastin chez l'enfant.

Mercredi 23 février. — Jury : MM. Clerc, président ; Lemierre, Strohl, Vallery-Radot. — M. Rabaut. Eléments de pronostic de la maladie de Bouillaud chez l'enfant. — M. Israël. Etude sur l'hypertension d'origine rénale. — M. Manoutchérian. L'influence des ondes courtes sur l'élimination de l'iode.

Samedi 26 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Brocq, Moulonguet. — M. Fauvy. Le traitement chirurgical des tumeurs à myéloplaxes des os longs.

THESE VETERINAIRE

Jeudi 24 février. — Jury : MM. Terrien, président ; Bressou, Coquot. — M. Bigot. Organes de l'angle interne de l'œil chez le cheval, le bœuf et le chien.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 234.*)

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — La séance solenelle de la Société d'hydrologie aura lieu lundi 21 mars, à 15 heures précises, au siège habituel des réunions de la Société, 12, rue de Seine.

Elle sera présidée par M. le professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine, et consacrée à la discussion des rapports suivants :

Professeur Maurice Chiray et docteur André Lomon : De l'orientation à donner aux recherches sur la motricité intestinale en hydrologie expérimentale.

Professeur agrégé Et. Chabrol : Evolution des idées médicales sur la motricité de l'intestin en pathologie digestive.

Professeur Santenoise, professeur agrégé Merklen, Mlle D. Kohler et M. Vidacovitch : Etude physiologique du mode d'action des eaux minérales sur la motricité intestinale.

Docteur Goehlinger (Châtelguyon) : Action des eaux de Châtelguyon sur l'élément spasmodique des coliques.

Docteur Baumann (Châtelguyon) : Le traitement hydrominéral des atonies postcolitiques et de quelques atonies dites essentielles.

Docteur Stieffel (Plombières) : Les effets de la cure de Plombières sur la motricité intestinale.

Docteur H. Waltér (Vichy) : Action des eaux de Vichy sur la motricité intestinale.

Docteur H. Violle (Vittel) : Action des eaux de Vittel sur l'intestin et plus particulièrement sur la constipation.

Les médecins étrangers à la Société désirant recevoir les rapports et prendre part à la discussion sont priés de s'adresser au docteur Serane, Secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (16e).

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur : M. F. Rathery).

Mardi 22 février : 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète rhumatisme.

Mercredi 23 février. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 24 février. — 10 h. 30 à 12 h. : M. Rathery : Leçon clinique. — Colibacillémie.

Vendredi 25 février. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme.

« *Les Thérapeutiques nouvelles* ». — Une série de conférences sera faite, comme chaque année, à la Clinique thérapeutique médicale de la Pitié, du 6 mars au 29 mai, le dimanche matin, à 10 h. 30.

Ces conférences, *d'ordre exclusivement pratique*, sont destinées surtout aux médecins praticiens.

6 mars. M. Bachman : Traitement des prurits. — 13 mars, M Troisier : Traitement des spirochétoses. — 30 mars. M. Cordier. Traitement des brûlures. — 27 mars, M. Rathery : Traitement de la maigreur. — 3 avril, M. Rochet : Traitement des rectites. — 1er mai, M. Bargeton . Traitement des accidents par électrocution. — 8 mai : M. Lereboullet : Traitement du myxœdème de l'enfant. — 15 mai, M. Bariéty : Traitement actuel des septicémies à staphylocoques. — 22 mai, M. Faroy : Traitement des diarrhées par troubles fonctionnels digestifs. — 29 mai, M. Villaret Thérapeutique des embolies pulmonaires.

Ces conférences sont gratuites et ne donnent lieu à aucune inscription

Cours de pathologie chirurgicale (professeur : M. Maurice Chevassu). — M. Paul Funck-Brentano, agrégé, commencera son cours le mercredi 2 mars 1938, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Maurice Chevassu commencera son cours le jeudi 3 mars 1938, à 17 heures et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Pathologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital mâle.

Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale. Professeur : M. E. Brumpt. — M. le professeur G. Lavier, de la Faculté de médecine de Lille, chargé d'enseignement, reprendra le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (2e semestre), le jeudi 3 mars 1938, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Clinique gynécologique (hôpital Broca, 111, rue Broca. — M. Pierre Mocquot, professeur, commencera son enseignement clinique le samedi 5 mars 1938, à 11 heures du matin. Les séances opératoires auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30.

Hôpital Laënnec. — Des démonstrations pratiques de divers modes d'anesthésie seront faites par M. le docteur G. Lardennois, du 7 au 12 mars 1938, à l'hôpital Laënnec, dans le service de chirurgie.

Les séances auront lieu l'après-midi, de 15 à 17 heures.

Ce cours pratique, destiné plus spécialement aux externes des hôpitaux, est entièrement gratuit.

Cours de pathologie médicale. — M. le professeur Pierre Abrami commencera son cours le jeudi 17 mars 1938, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet des cours : l'*anaphylaxie*, l'*idiosyncratie*, l'*intolérance. Leur rôle en pathologie.*

Cours médico-chirurgical de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire, les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales (Musée Letulle, hôpital Boucicaut, rue de la Convention). — Le professeur honoraire Emile Sergent continuera de donner, à titre d'enseignement libre et avec le concours de ses anciens collaborateurs, les cours de perfectionnement qu'il avait organisés dans son service de clinique de l'hôpital Broussais-La Charité.

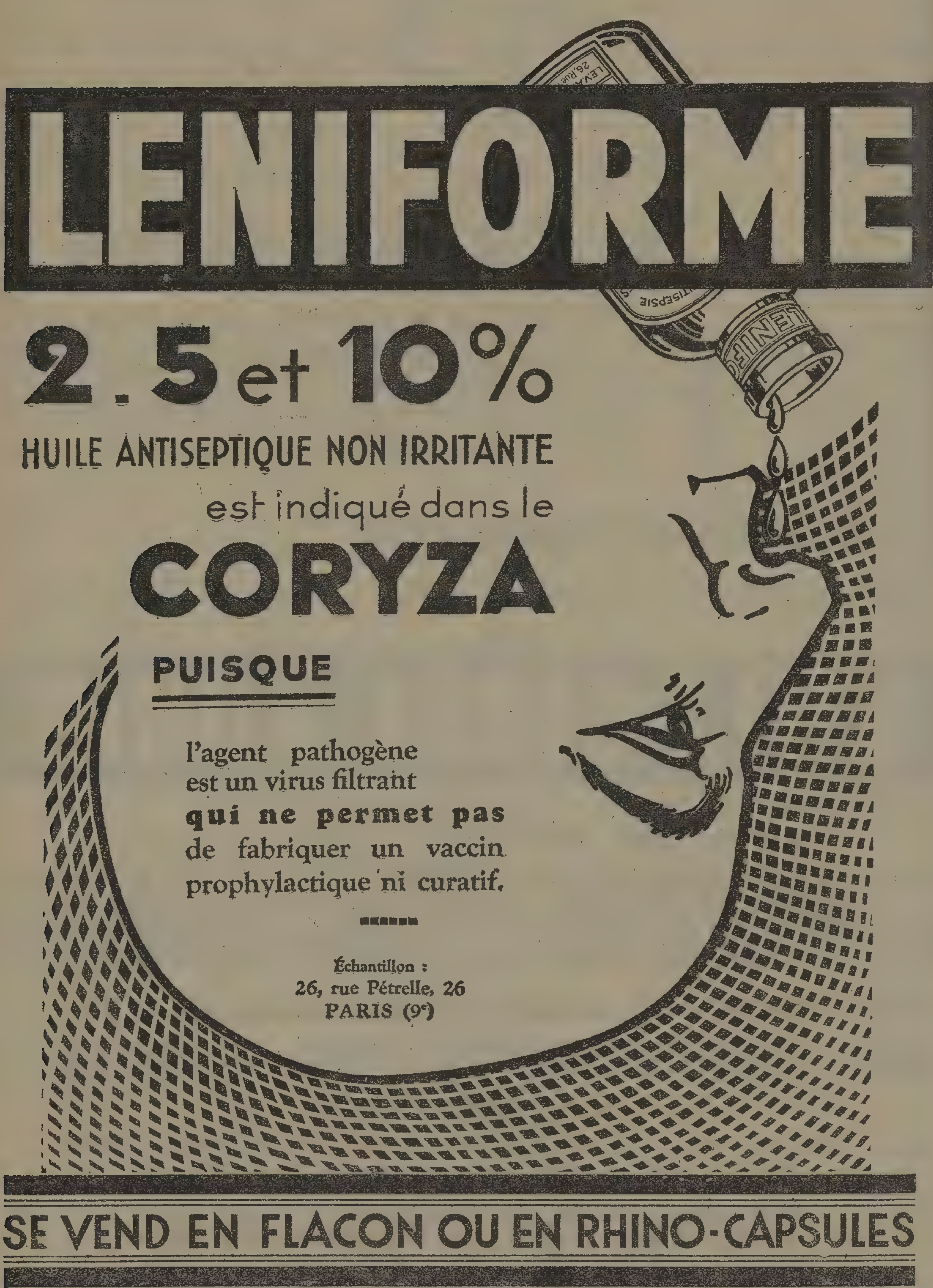
Ces cours libres seront donnés, sous les auspices du Conseil d'Administration du Musée Letulle, à l'hôpital Boucicaut.

Le premier de ces cours, consacré à la tuberculose pulmonaire et aux suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales, commencera *le mardi matin 7 juin et se terminera le mardi soir 12 juillet*. Il comportera des conférences et des démonstrations et exercices pratiques, dont le programme complet sera publié ultérieurement.

Un droit d'inscription de 300 francs sera versé au Secrétariat du Musée Letulle, à l'hôpital Boucicaut.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 16. — MERCREDI 23 FEVRIER 1938. 111° ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Séance de médecine opératoire du 16 février 1938 :

MM. les docteurs : Lecœur, 6 ; Dufour, 6 ; Poilleux, 6 ; Boudreaux, 8 ; Mialaret, 8 ; Vuillième, 9 ; Lance, 6 ; Rudler, 6 ; Beuzart, 8 ; Monod, 6.

Questions données : Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes. — Désarticulation du coude.

Concours de l'internat (oral). — Séance du 18 février 1938 :

M. Durupt, 20 ; Mlle Antoine, 19 ; MM. Tiret, 29,5 ; Piguet, 19,5 ; Gandrille, 22,5 ; Vernes, 25,5 ; Salet, 25 ; Le Cœur, 22 ; Blancard, 21.

Questions données : Signes et diagnostic des embolies pulmonaires. — Hernie ombilicale de l'adulte.

Séance du 20 février 1938 : MM. Delatour, 21,5 ; Ben-Haïm, 24 ; Toulouse, 25 ; Rodde, 18 ; Martinet, 24 ; Küss, 29,5 ; Campagne, 22 ; Mlle Seyrig, 25 ; MM. Bonvallet, 16 ; Bourgine, 18.

Questions données : Signes et diagnostic de l'ostéosarcome de l'extrémité supérieure du tibia. — Diagnostic des ictères chroniques par rétention.

Faculté de médecine de Lyon. — Fondation A. Chauveau. Sur la proposition de la section vétérinaire, la Faculté de médecine de Lyon vient d'attribuer le Prix scientifique vétérinaire de 1937 à M. Desliens, vétérinaire à Châtillon-sur-Seine, pour son ouvrage intitulé *Hémodynamométrie. Nouvelles méthodes d'inscription de la pression sanguine* (550 pages).

Le Prix de la Fondation Chauveau (2.000 francs) sera attribué en 1938 à la section scientifique médicale.

Les candidats devront s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, 8, avenue Rockefeller, Lyon-Monplaisir, avant le 20 octobre 1938, dernier délai.

Demander les renseignements concernant les conditions du concours au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon (adresse ci-dessus), ou au Secrétariat de l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, 2, quai Chauveau, Lyon.

La Fondation Roux offre cette année un nombre de bourses pouvant aller de 5 à 10, d'une importance variant de 15.000 à 24.000 francs par an suivant la qualité des titres scientifiques présentés par les candidats. Ces bourses ne sont pas destinées à permettre un complément d'études, mais à pourvoir au recrutement du personnel scientifique de l'Institut Pasteur. Elles sont attribuées par une Commission siégeant dans la deuxième quinzaine de mai, partiront du 1er novembre 1938 et seront renouvelables chaque année pendant trois ans, avec des abonnements variant d'importance avec la valeur des travaux de chacun présentés en fin d'année au Comité scientifique.

Les candidats devront adresser, avant le 15 avril 1938, une demande à l'Administrateur de la Fondation Roux, 205, rue de Vaugirard, Paris (15e).

Distinctions honorifiques. — Médaille d'honneur du ministre des Affaires étrangères. — *Médaille d'argent :*

docteur Talec, médecin commandant des troupes coloniales, à Canton.

Médaille de bronze : MM. les docteurs Lam Oun Tchi, Tchu Kwo Tsin. Wong Po-Kin, à Canton.

Guerre. — Sont nommés membres de la *Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires :* MM les docteurs Louis Martin, président ; Even, Gardiol, Maisonnet, Savornin, Oudard, Sorel, membres de droit ; MM Achard, Bezançon, Debré, Lemierre, Ramon, J. Renault. Roger, Roussy et Tanon, membres civils ; MM. Lévy, Dopter, Sacquépée, Sieur, Vincent et Polin, membres militaires.

Sont nommés membres du *Conseil supérieur de surveillance des eaux destinées à l'alimentation de l'armée :* MM. les docteurs H. Vincent, président ; Louis Martin, Maisonnet, Oudard membres de droit ; MM. Even, Gardiol, Tanon, Rochaix, Diénert, Dimitri, Martel, membres civils ; MM. Savornin, Sacquépée, Lévy, Dopter, Marnier, Le Bourdellès et Colvelle.

Le secrétaire des deux commissions est le médecin commandant Hombourger.

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiâtrique de Saint-Venant, par suite du départ de M. le docteur Devallet, appelé à un autre poste.

Diplômes d'infirmières. — Le *Journal officiel* du 19 février publie (p. 2084 et suiv.), un important décret relatif à l'institution des diplômes simple et supérieur d'infirmier ou d'infirmière hospitaliers et d'assistant ou d'assistante du service social de l'Etat.

Le lancement du « Pasteur ». — Le paquebot *Pasteur*, que vient de faire construire à Penhoët la Cie Sud-Atlantique, a été lancé mardi à Saint-Nazaire. La marraine était Mme Pasteur-Vallery-Radot.

On sait que ce magnifique bateau, destiné à remplacer l'*Atlantique*, incendié il y a quelques années, assurera une liaison rapide entre la France et l'Amérique du Sud.

Pour la réadaptation de l'enfant. — L'assemblée générale annuelle de l'*Œuvre de la Réadaptation de l'enfant et des centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel*, s'est tenue le 10 février dernier, au siège social de l'Association, 13, rue de l'Ancienne-Comédie (6e), sous la présidence de M. Justin Godart, sénateur du Rhône, ancien ministre, assisté du docteur de Parrel, président de l'Œuvre.

Les rapports présentés par le secrétaire général de l'Œuvre et par la fondatrice-directrice générale des Centres sociaux, Mme Louise Matha, ont montré l'essor remarquable de cette organisation.

Rappelons que l'Académie française lui a décerné un de ses prix de vertu et récemment, la Ville de Paris a conféré sa médaille d'argent à la fondatrice-directrice générale des Centres sociaux. Mme Louise Matha.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — Ordre du jour voté par le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, le 10 février 1938 :

« La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine,

« Devant les difficultés qu'éprouve le Syndicat médical de Seine-et-Oise, du fait de l'Office mutuel de chirurgie sociale (O.M.C.S.) ;

« Demande que toute l'action de la Confédération, aussi bien morale que pécuniaire, soit mise en œuvre pour lui venir en aide et essayer d'éviter une organisation susceptible de porter le préjudice le plus grave à l'exercice de la médecine, non seulement localement, mais dans toute la France, par le précédent qui serait ainsi créé. »

Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons avec une vive tristesse la mort du docteur Arrou, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de chirurgie.

CHRONIQUE

MÉDECINE ET FAMILLE

La question de la dénatalité est une des plus angoissantes qui soient, à l'heure actuelle pour notre pays. Il y a peu de jours, au Sénat, M. Georges Pernot prononçait sur ce sujet un discours qui devrait donner à réfléchir à tous les Français. Mais les esprits sont ailleurs...

Nous trouvons heureusement chez les médecins une compréhension plus exacte de ce problème qui est avant tout d'ordre moral.

L'Académie de médecine, sans se décourager, ne cesse certes, de se préoccuper de la question. Et elle a raison. Il y a mieux, ce sont les médecins qui prêchent d'exemple. Dans *Médecine et famille* (1), le Bulletin de l'Association des familles nombreuses médicales, nous voyons que 61 familles médicales comprennent à elles seules 682 enfants. Certaines en comptent 17, 16, 15. Un très grand nombre 10, et ce ne sont pas seulement des familles du Nord....

Ces chiffres prouvent que le sens de la famille est resté très vif dans le monde médical.

Le Président de l'Association, mon ami Labey, ancien Président de l'Académie de chirurgie, et notre confrère André Cauchois (13 enfants), adressent dans *Médecine et Famille* (1) un émouvant appel à tous les confrères. Que les pères de familles nombreuses, comme ceux qui partagent leur compréhension du devoir familial, s'inscrivent sans retard à l'Association. Son œuvre d'entr'aide, parfaitement organisée, est placée sous le patronage de la Confédération des Syndicats médicaux, de l'A. G., du Conseil général, des Sociétés d'arrondissement de Paris. C'est dire quelle sympathie et aussi quel respect elle doit rencontrer dans le corps médical tout entier.

F. L. S.

(1) Secrétariat : 89, rue de Lille, à Paris.

ONZE CAS INÉDITS DE PRÉSENTATION DU FRONT

PAR MM.

J. COURTOIS et D. CUCHE

Accoucheur Interne

de l'hopital de Saint-Germain-en-Laye

A l'occasion d'un cas récent de présentation du front, nous avons réuni onze cas personnels analogues qui ont été traités à la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Nous nous sommes efforcés de tirer de ces observations quelques notions pratiques sur le mécanisme, le pronostic et la conduite à tenir.

Voici le *résumé de nos observations*, la première étant celle qui nous a incités à faire cette étude.

I. — Mme S..., IIe pare (premier enfant prématuré né à 6 mois 1/2), est envoyée à l'hôpital, en travail depuis 24 heures. La poche des eaux s'est rompue il y a environ 16 heures. La femme est fatiguée. Les contractions utérines sont fréquentes. Le toucher vaginal indique une présentation élevée ; on atteint alors la fontanelle antérieure, les orbites, le nez. La variété de position est NIDT. La mensuration révèle un bassin plat de 9 cm. de diamètre, promonto-rétropubien. On essaye, par manœuvres internes, la correction en présentation de la face, mais sans succès. On fait alors une symphysiotomie partielle sous-cutanée à la Zarate, qui agrandit le bassin à plus de 10 cm. 5. On peut alors corriger la présentation du front en celle de face très facilement par appui digital continu sur le palatin puis sur le rebord inférieur du maxillaire inférieur. On applique ensuite un forceps Tarnier au détroit supérieur, qui permet la rotation en avant. On extrait un enfant vivant de 3 kg. 260. On termine par une délivrance artificielle et une révision. Les suites furent parfaitement normales pour la mère et pour l'enfant.

Obs. II. — Mme M...., IIe pare. Présentation du front au détroit supérieur. Lors de la rupture de la poche des eaux, flexion spontanée de la tête : forceps de Tarnier : enfant vivant de 3 k. 200.

Obs. III. — Mme B..., Ie pare. Envoyée à l'hôpital après trois jours de travail. *Présentation négligée* du front vissée dans un bassin généralement rétréci canaliculé de 8 cm. de diamètre. Césarienne, enfant mort de 3 k. 070.

La mère meurt subitement dans l'heure qui suit l'opération (embolie massive par caillot venu d'une vaste phlébite par compression des veines pelviennes et iliaques).

Obs. IV. — Mme F..., IIe pare (1er enfant, mort, de 2 k. 220) : surveillée à l'hôpital. Présentation du front. Travail rapide : une demi-heure après rupture de la poche des eaux, dilatation presque complète. On pratique une césarienne basse parce que le bassin fait 8 cm. de diamètre. Enfant vivant de 3 k. Suites normales.

Obs. V. — Mme W..., IVe pare. Femme en travail depuis huit heures, rupture de la poche des eaux à dilatation complète. Présentation du front en N I D A. On transforme facilement en présentation de la face par pression digitale sur le palatin. Forceps de Tarnier. Fille vivante de 3 k. 730 Délivrance artificielle, suites normales.

Obs. VI. — Mme G..., Ie pare. En travail *depuis* 15 *heures* : présentation du front, bassin normal. On fait une césarienne basse pour souffrance fœtale. L'enfant naît en état de mort apparente et ne peut être ranimé (2 k. 680). Suites normales pour la mère.

Obs. VII. — Mme F..., Ie pare. Présentation du front au détroit supérieur. Forceps Demelin. Enfant vivant de 3 k. 330. Suites normales.

Obs. VIII. — Mme J..., Ie pare. Présentation du front chez une femme ayant un bassin plat de 8 cm. 5. Césarienne basse. Enfant vivant de 3 k. 350. Suites normales.

Obs. IX. — Mme X.... Femme à dilatation complète depuis deux heures. Présentation du front en N I D T. Forceps de Tarnier. Rotation en N P. Enfant vivant de poids normal. Délivrance normale. Déchirure périnéale : 2 crins.

Obs. X. — Mme G..., Ie pare. En travail depuis quatre jours. La poche des eaux est rompue du matin. Présentation du front, chez une femme ayant un bassin de 9 cm. Menace de rupture utérine. Césarienne. Fille vivante de 2 k. 670. Suites normales.

Obs. XI. — Mme X..., IIIe pare. Présentation du front mobile au D. S. Bassin plat de 10 cm. Echec du forceps de Demelin. On fait une version portalique : enfant mort. Suites normales pour la mère.

Globalement :

27 0/0 de morts fœtales, 9 0/0 de morts maternelles.

Méthode suivie :	morts de fœtus	morts maternelles
Correction en face suivie forceps : 3 cas........	0	0
Forceps Demelin sur front : 1 cas..........	0	0
Forceps Tarnier sur front : 1 cas..........	0	0
Version après échec de forceps Demelin : 1 cas	1	0
Césariennes basses : 5 cas (dont 1 négligé) (1)....	2	1
Total : 11 cas...	3	1
Soit 7 cas terminés par voie basse........... (55 0/0)	28 0/0	0 0/0
5 cas terminés par voie haute (dont 1 cas négligé condamné par ses lésions pelviennes).... (45 0/0)	40 0/0	20 0/0

Les césariennes se sont appliquées à des cas nettement plus graves comme le montre la mortalité fœtale extrêmement forte.

Nous n'avons pas observé de présentation du front dans des bassins exagérément larges, signalés par Brault dans 33 % de ses cas. Nous n'avons également pas rencontré de brièveté du cordon, de circulaire du cordon, de tumeur pelvienne, de grossesse gémellaire.

La *fréquence* de la présentation du front est d'environ 1 cas sur 2.500 accouchements, et de 1 cas sur 607 accouchements dans une maternité recevant beaucoup de dystocies.

Il y a autant de Ipares que de multipares.

Mécanisme. — La réalisation d'une présentation du front nécessite une obliquité utérine (et fœtale) excessive (soit latéralement, soit en avant), une tendance à la flexion ventrale du fœtus, — une tête très mobile, en fin de grossesse, en attitude indifférente mais

(1) Notre seul cas de césarienne corporéale.

plutôt légèrement fléchie que défléchie et abordant un bassin plat. C'est la transversalisation du plus grand diamètre Syncipito maxillaire qui lui permet de franchir le plus grand diamètre transverse utile du bassin, et c'est l'attitude indifférente, de flexion très légère, qui permet à la tête de faire passer le diamètre bi-temporal au niveau du maximum d'aplatissement du bassin que constitue le diamètre promonto-rétropubien. En fait, la majorité des présentations du front se crée en N.I.T.

La tête est accrochée par la margelle du *Détroit Supérieur*, en arrière, au niveau de la partie moyenne des pariétaux, et de la partie postérieure du bregma, en avant, au niveau du nez. Le front descend seul dans l'excavation, l'occiput restant bloqué au-dessus du Détroit Supérieur qu'il déborde et les maxillaires s'accrochant sur la margelle de la ligne innominée.

Alors *la tête se déforme en se modelant* sur le bassin. Les bosses pariétales et l'occiput retenus par le Détroit Supérieur sont rétropulsés vers le dos du fœtus. *Le front descend*, vers le centre de l'excavation, recouvert d'une énorme bosse séro-sanguine. Le nez, le maxillaire supérieur descendent à frottement dur en rabotant les parois de l'excavation.

La tête prend la forme d'un cône dont le sommet est le front recouvert d'une énorme bosse séro-sanguine, placée « comme une visière », et dont le plan basal passe par le diamètre syncipito-nasal, syncipito-mentonnier ou plutôt syncipito-intrabuccal. Le côté syncipito-frontal du cône est deux fois plus long que le côté frontal buccal. La tête ainsi déformée peut encore moins se fléchir que se défléchir. Dès ce moment, il peut y avoir un fort chevauchement et des dislocations au niveau des sutures entraînant des ruptures de la faux du cerveau, de la tente du cervelet, et des hémorragies intra-craniennes.

Au détroit moyen, il y a tendance à une légère obliquisation (par exemple en NIP) avec asynclitisme (le plus souvent antérieur) pour franchir les épines sciatiques (sorte de vissage).

Une *rotation précoce en avant* permet seule d'amener le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur sous l'arcuatum ; ce qui permet, grâce à une *descente très poussée*, de faire passer, au *détroit inférieur*, des diamètres intrabuccaux (les seuls possibles étant donné le modelage de la tête qui s'allonge). Le *dégagement* des diamètres intra-buccaux est impossible en transverse ou en arrière pour un fœtus de taille normale (un petit fœtus pouvant, à la rigueur, fixer sa région naso-maxillaire dans une échancrure sciatique). *Le dégagement se fait par flexion* autour d'un point intra-buccal (et exceptionnellement sous-mentonnier) fixé sous l'arcuatum (le fœtus mordant la symphyse) et encore la difficulté est très grande lors du doublement du coccyx ; *le menton sort le dernier par déflexion secondaire*. La bosse frontale tend dangereusement le périnée, et le maxillaire supérieur traumatise gravement la région urétro-clitoridienne.

Les variétés postérieures (N.I.P.) ne peuvent s'engager bien qu'après orientation en transverse. La naso-sacrée est impossible pour un fœtus à terme. La tête étant très déformée en cône, difficile à fléchir ou défléchir, désolidarisée du tronc, tourne mal et il y a enclavement si la rotation ne se fait pas.

Le *diagnostic* résulte moins de la palpation que du toucher vaginal. La *palpation abdominale* fait percevoir, surtout dans les variétés postérieures, le coup de hache sus-occipital et l'énorme saillie de l'occiput débordant le détroit supérieur. Le segment inférieur peut être très tendu, l'anneau de Bandl rétracté au niveau du cou (menace de rupture utérine). L'acromion est élevé au-dessus de la symphyse. Dans les variétés antérieures, on sent la saillie bien plus basse, et plus petite, en fer à cheval, du maxillaire inférieur.

Le *toucher vaginal* montre, au début, le bregma au centre du bassin. On atteint les yeux, le nez, mais ni le maxillaire inférieur, ni la fontanelle postérieure. Le front descend et bombe de plus en plus pour occuper finalement le centre de l'excavation. Le bregma se rapproche des parois pelviennes. La bouche peut devenir accessible.

La *durée du travail* est augmentée d'un tiers. Il y a *rupture prématurée des membranes* dans un quart des cas. La *mortalité maternelle* oscille de 1 à 17 % (moyenne 7,7 %) dont la moitié des cas est constituée par des ruptures utérines. Les lésions des parties molles sont quatre fois plus fréquentes et considérables que dans l'accouchement normal. Les lésions du clitoris et les fistules uro-génitales ne sont pas rares.

La césarienne faite à temps ne donne que 4 % de morts maternelles.

La *mortalité fœtale globale* oscille de 16 à 37 %, en moyenne 28 %, ce qui dépasse beaucoup celle de la présentation de la face (15 %). La moyenne des enfants pèsent plus de 3 kg. Les lésions de la face sont fréquentes et souvent impressionnantes, même sans troumatisme, ni intervention.

Conduite à tenir : Quoiqu'on dise que « tout est préférable à un front », 50 % des cas *peuvent se terminer spontanément* (dont 20 % après correction spontanée). Et cependant l'*accouchement spontané* donne encore 16 à 38 % (moyenne 29 %) de mortalité fœtale. Les occasions de la *version* sont rares. Elle ne peut être pratiquée qu'en cas de tête mobilisable, non vissée sur le détroit supérieur, si l'enfant est de taille normale, si le bassin a un diamètre normal minimum de 11 cm., si la dilatation est complète, la poche des eaux rompue récemment, l'utérus non contracturé, non rétracté, les parties molles souples (donc plutôt chez la multipare).

La version donne 33 à 45 % de morts fœtales (moyenne 39 %). L'extraction de la tête dernière est très difficile, parce qu'elle est déformée, dans les cas tardifs. Les tentatives de *correction* de la présentation du front *en* celle du *sommet* (procédé de Wichmann) semblent à déconseiller. Il faut une tête mobile au détroit supérieur, une anesthésie très profonde, et pas de rétraction de l'anneau de Bandl. Et il y a 50 % d'échecs et 36 % de morts fœtales.

La *correction en face* est plus facile, comme dans nos cas. Elle donne une mortalité fœtale de 14 à 30 % (moyenne 20 %). On défléchira, en appuyant le doigt sur la voûte palatine puis sous le menton, la présentation soulevée.

La *césarienne* donne 28 % de morts fœtales (pour nous 40 %), c'est dire la gravité des cas où elle fut appliquée. Il vaut mieux lui réserver les cas purs, traités précocement, où il y a disproportion fœto-pelvienne (hauteur utérine de plus de 36 cm. ; bassin de 9 cm. 75) et pratiquer une césarienne mutilatrice dans les cas impurs. On fera de même en cas de dystocie complexe.

Le *forceps* donne de 19 à 28 % de mortalité fœtale (moyenne 25 %). Dans les variétés antérieures, on emploiera surtout le *forceps de Demelin*, qui possède une faible courbure pelvienne. On passera les lacs sur les jumelles antérieures. On s'efforcera de placer les cuillers parallèlement à l'axe du détroit supérieur en faisant coïncider leur axe avec le diamètre syncipito-frontal, c'est-à-dire en relevant fortement les manches. On tirera très en bas pour amener la bouche sous l'arcade avant de fléchir. Puis, on tirera en bas et en avant pour fléchir et sortir l'occiput, puis en bas et très en arrière pour extraire le menton. Attention au périnée.

Dans les variétés postérieures, on appliquera le *forceps de Tarnier* car il a une grande courbure pelvienne, il faudra abaisser extrêmement les manches de l'instrument, en visant un point au-dessous de l'ombilic.

Ne pas tirer, mais faire la rotation en transverse, puis tirer pour descendre, tourner en avant et faire comme précédemment. Dans les variétés transversales, s'efforcer d'obliquiser la présentation en avant ou en arrière, à la main ou avec une cuillère de forceps. Ou encore transformer en face, puis forceps sur face. Sinon prise très atypique le plus souvent ; il convient de *toujours* diriger la concavité de courbure pelvienne des cuillers du côté du dos fœtal. Et *épisiotomie préventive.*

En cas de *bassin* de 9 cm. 75 à 10 cm., pratiquer une symphysiotomie sous-cutanée partielle à la Zarate, car une présentation du front à terme nécessite un bassin d'au moins 10 cm. 5 de promonto rétropubien. Cependant un front peut arriver à évoluer dans un bassin plat de plus de 9 cm. de diamètre, tout au moins après Zarate, et chez la multipare.

Dans les bassins légèrement asymétriques, la suture sagittale doit occuper le meilleur diamètre oblique, l'occiput en avant. Dans le doute, mieux vaut la césarienne à temps.

Quand le fœtus est mort, on pratiquera la *basiotripsie* (1), car le simple *cranioclaste* ne réduisant pas les diamètres, ne s'appliquera que comme pince à os servant d'agent de traction en cas de petit fœtus dans un bassin spacieux. Dans ces rares cas, on perforera la glabelle au perforateur de Blot, puis on introduira dans l'orifice la branche pleine (mâle), on placera la branche femelle sur la face. On pratiquera la *basiotripsie* s'il y a enclavement ou disproportion fœto-pelvienne. On perforera, au centre de la présentation, la bosse frontale, près du bregma.

Dans les variétés antérieures, on placera une cuiller sur le malaire et le maxillaire postérieurs, l'autre sur la mastoïde antérieure et la base occipitale.

Dans les variétés postérieures, une cuiller sur la mastoïde antérieure et la branche montante du maxillaire, l'autre cuiller sur l'occipital et le pariétal postérieur. On dirigera également, dans tous les cas, la concavité de courbure pelvienne des cuillers du côté du dos fœtal.

(1) Suites maternelles favorables.

En conclusion,

Dans la présentation du front, il faut plutôt être interventionniste. Dans les dystocies par disproportion fœto-pelvienne ou anomalies complexes, on préférera la césarienne basse dans les cas purs, la césarienne mutilatrice dans les cas impurs, la basiotripsie chaque fois que le fœtus sera mort. Dans les autres cas, on préférera la tentative de correction en présentation de la face et l'application de forceps. Dans les bassins limites, la symphysiotomie partielle sous-cutanée de Zarate facilitera grandement ces manœuvres. Et toujours se méfier de la possibilité d'un gros enfant.

BIBLIOGRAPHIE

P. BRAULT. *Gyn. et Obst.*, XXIX, 1934, N° 1, janvier, p. 45.

Alf SJÖVALL. *Gyn. et Obst.*, XXX, 1934, N° 4, octobre, p. 326.

J. RHENTER. *Enc. Med. Chir.*, 1934, Obst., II, 1er novembre, pp. 5024-5025.

NOTES DE MEDECINE INFANTILE

INDICATIONS DES TRANSFUSIONS SANGUINES DANS LE PREMIER AGE

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Elles peuvent être *essentielles* ou *secondaires*, comme l'exposent MM. R. Debré, M. Lamy et G. Sée, dans un rapport auquel nous empruntons les données principales de cet article (1).

Essentielles. — Ce sont : 1° l'ictère grave du nouveau-né et du nourrisson ; 2° les syndromes hémorrhagiques ; 3° certaines formes d'anémie grave.

1° *Ictères graves du nouveau-né et du nourrisson. Ils* comprennent surtout :

a) *L'ictère grave infectieux*, qui s'accompagne d'hyperthermie, de cyanose, d'hémorrhagies, et qui est décrit sous les noms de maladie de Buehl, de Laroyenne, de Charrin, de Winckel ;

b) *L'ictère grave dû à la syphilis congénitale*, avec splénohépatomégalie, anémie grave et hémorrhagies digestives ;

c) *L'ictère grave familial du nouveau-né* (Pfannenstiel), rangé aujourd'hui parmi les érythroblastoses, que caractérisent les symptômes suivants, en plus de l'ictère : splénohépatomégalie, altération profonde de l'état général, anémie sévère, avec, à l'examen hématologique, présence d'un grand nombre d'hématies nucléées, et qui se termine par la mort en quelques jours au milieu d'hémorrhagies incoercibles. Un seul traitement : les injections intra-veineuses aussi précoces que possible, de 20 à 30 cm^3, et répétées tous les 2 à 3 jours pendant une à deux semaines ;

2° *Les syndromes hémorrhagiques de la naissance et des premiers jours de la vie*, et, en particulier, les hémorrhagies

(1) Robert DEBRÉ, Maurice LAMY et Georges SÉE. Technique, indications et résultats de la transfusion sanguine dans le premier âge. *IIe Congrès international de la transfusion sanguine*, Paris, 28 septembre-2 octobre 1937, et *Le Nourrisson*, novembre 1937, pp. 337-356.

Cf. aussi E. LESNÉ et G. DREYFUS-SÉE. Indications et technique de la transfusion sanguine chez le nourrisson, *Revue française de pédiatrie*, VII, 1931.

ombilicales graves, les hémorrhagies gastro-intestinales abondantes et la *meloena neo-natorum vera*, c'est-à-dire isolée, sans autre manifestation hémorrhagique ;

3° *Certaines anémies sévères du nouveau-né et du nourrisson*, dont surtout la forme isolée par Finkelstein, puis par Leichstenstern et van Ecklin, et qui est aujourd'hui rattachée à l'érythroblastose. Caractérisée, cliniquement, par l'anémie précoce, avec pâleur intense, et par l'hépatosplénomégalie ; hématologiquement, par une érythroblastose discrète, elle est particulièrement justiciable des transfusions sanguines répétées, de même que la maladie hémolytique congénitale décrite par M. Debré et par ses élèves, au cours des poussées aiguës qui, si souvent, viennent en troubler le cours. Ajoutons-y les anémies liées à la leucémie aiguë, d'ailleurs exceptionnelle chez le nourrisson.

Secondaires. — Les indications de la transfusion sanguine chez le nourrisson sont représentées par :

1° *La plupart des infections du nouveau-né et du nourrisson*, dont l'*érysipèle du nouveau-né*, dans lequel on préfère actuellement la chimiothérapie, représentée par certains corps diazoïques ; les *septicémie* d'origine otitique, et, surtout, la *broncho-pneumonie* (Rohmer, Phélizot et Tassowatz (1). Contre-indiquée lorsqu'il s'agit de lésions pulmonaires très étendues, avec asphyxie, hypotension excessive, tachycardie, splénohépatomégalie, ou dans les cas *in extremis*, la transfusion est indiquée, d'après ces auteurs, en cas de broncho-pneumonie aiguë grave, soit secondairement, soit d'emblée : dans ce dernier cas, elle doit être employée le plus tôt possible et renouvelée au bout de 48 heures. Dans la bronchite capillaire, on peut y recourir avec succès si l'on a soin de la faire précéder d'une saignée d'un volume supérieur à celui du sang à injecter.

Les résultats, compte tenu des indications et des contre-indications, seraient très favorables pour l'Ecole de Strasbourg, variables pour MM. R. Debré, M. Lamy et G. Sée, d'après qui « l'évolution de la maladie est en réalité si déroutante et son pronostic si malaisé, qu'il semble difficile d'exprimer une opinion formelle sur la valeur de cette thérapeutique ».

2° Certains *états de dénutrition et de déshydratation du premier âge* (R. Debré et ses collaborateurs, G. Dreyfus-Sée) (2) : formes sévères de la *débilité congénitale*, à condition de les limiter à de faibles quantités et de les exécuter avec prudence et lentement ; au début, *athrepsie ; vomissements rebelles* (Audéoud) (3) ; *sténose pylorique*, à la période préopératoire ; *syndrome toxique cholériforme du nourrisson*, avec vomissements brunâtres, sanglants (Tassowatz et Schneegans (4), R. Debré et ses collaborateurs.) Pour ces derniers, il est avantageux d'associer à ces transfusions l'instillation intraveineuse continue de Karalitz et Schic : « la meilleure technique consiste, après avoir dénudé une veine du pli du coude, à pratiquer d'abord une transfusion sanguine, pour continuer ensuite le traitement en instillant goutte à goutte la solution de sérum artificiel glucosé et chloruré ».

(1) ROHMER et TASSOWATZ. Le traitement de la broncho-pneumonie du premier âge par la transfusion de sang, *Revue française de Pédiatrie*, 1935, n° 37. — TASSOWATZ, Id., *Le Nourrisson*, novembre 1937, p. 358-369. — COHEN, SCHELLING et MARYWEL, Id. 1935, p. 603.

(2) G. DREYFUS-SÉE. La transfusion de sang dans les états de déshydratation du nourrisson, *Science et thérapeutique*, 1931, p. 11.

(3) AUDÉOUD. Les injections de sang maternel dans les vomissements graves du nourrisson, *Revue française de pédiatrie*, 1932, p. 737.

(4) TASSOWATZ et SCHNEEGANS. La transfusion sanguine dans le traitement du choléra infantile, *Id.*, 1934, p. 599.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1937)

Rôle des protides plasmatiques dans la vitesse de sédimentation des hématies. Influence du volume des molécules protidiques. — M. Robert TIFFENEAU et Mlle O. GYSIN ont montré que la vitesse de sédimentation des hématies n'est pas influencée par la fraction ultrafiltrable, c'est-à-dire non protidique, du plasma. Ainsi des globules identiques placés dans des ultrafiltrats de plasmas différents se sédimentent avec une même vitesse.

Au contraire, c'est la fraction protidique, c'est-à-dire non ultrafiltrable, du plasma qui commande des variations de la vitesse de sédimentation. En effet, les globules identiques placés dans les résidus d'ultrafiltration de plasmas différents se sédimentent avec des vitesses différentes, et ces dernières sont d'autant plus grandes que le plasma étudié provient d'un sang à sédimentation plus rapide.

Ainsi les variations de vitesse de sédimentation observées au cours de divers états pathologiques sont déterminées par des modifications de la fraction protidique du plasma.

Les auteurs ont montré en outre, en pratiquant des ultrafiltrations sur des membranes de porosité croissante, que les protides plasmatiques possèdent des propriétés accélératrices d'autant plus marquées que le volume de leurs molécules est plus grand.

La diminution de la vitesse de la sédimentation globulaire dans la Maladie bleue. Causes de ce phénomène. — MM. ARMAND-DELILLE, R. TIFFENEAU et Mlle GYSIN. La polyglobulie est une cause importante de la lenteur de la sédimentation. Mais elle n'est pas seule en cause. Le plasma possède aussi des propriétés inhibitrices remarquables. Ajouté à des globules normaux, il détermine un retard notable de la vitesse de sédimentation par rapport à des témoins. Par contre, les globules rouges, en dehors du rôle que joue leur nombre accru, n'ont pas d'influence intrinsèque.

Enfin l'oxygénation du sang ne modifie pas la vitesse de sédimentation de la Maladie bleue.

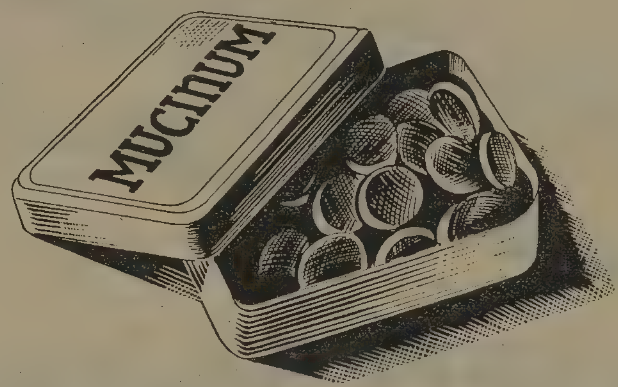
Dans un cas de Maladie bleue s'accompagnant d'une diminution récente du nombre des globules rouges, la vitesse de sédimentation s'est trouvée accrue et le plasma ne possédait pas de propriétés inhibitrices.

Ces dernières paraissent donc être en relation directe avec la polyglobulie.

Etude quantitative des variations apportées à l'excitabilité des appareils vasomoteurs par diverses substances vasoconstrictrices ou vasodilatatrices. — M. et Mme B. CHAUCHARD et M. P. CHAUCHARD.

Action des agents parasympathomimétiques, parasympatholytiques et sympatholytiques sur l'excitabilité de la rate. — M. et Mme B. CHAUCHARD et M. P. CHAUCHARD.

La séro-anatoxithérapie antidiphtérique. Ses bases expérimentales. — MM. G. RAMON, A. BOIVIN, R. RICHOU et M. DJOURICHITCH. La valeur de l'immunité conférée à l'animal d'expérience au moyen de « complexes » (mélanges de sérum antidiphtérique et d'anatoxine spécifique, floculat anatoxine-antitoxine, etc...) associés à l'anatoxine ne se montre pas en général supérieure à l'injection simultanée de sérum et d'anatoxine que complètent, à intervalles de temps plus ou moins éloignés, deux injections d'anatoxine seule. C'est cette dernière formule qui, d'après l'ensemble des expériences rapportées, semble réunir le maximum d'avantages en ce qui concerne à la fois le degré d'immunité conféré et les commodités de réalisation ; elle est d'ailleurs ana-


MUCINUM

logue dans son principe à celle qui est employée depuis longtemps déjà et qui a maintenant fait ses preuves, dans la pratique de la séro-anatoxivaccination diphtérique d'urgence. Ces recherches et les renseignements qui en ont été tirés ont servi de guide à des essais, actuellement en cours, de séroanatoxithérapie de la diphtérie en évolution.

L'immunité conférée dans différentes conditions par l'injection simultanée de sérum antitétanique et d'anatoxine spécifique suivie d'injections répétées d'anatoxine ou par des complexes d'anatoxine et d'antitoxine tétaniques. — MM. G. Ramon, R. Richou et R. Maccolini.

Indosé plasmatique et cure thermale chez le diabétique. — M. L. Lescœur et Mlle J. Patin.

L'indice chromique résiduel dans le diabète. — MM. F. Rathery, R. Dandurand, P.-M. de Traverse. L'étude systématique de l'I.C.R. plasmatique au cours des différentes formes de diabète et de leur traitement montre qu'il constitue un test de grand intérêt, d'une sensibilité plus grande que la glycémie.

L'I.C.R. semble être le reflet fidèle de l'assimilation des glucides, tandis que la glycémie ne nous montre pas constamment l'importance de l'insuffisance glycolytique au cours d'un traitement. D'autre part, le parallélisme entre la R.A. et l'I.C.R. porte à penser qu'il rend compte de corps qui, à côté de l'acide β oxybutirique, jouent un rôle dans les troubles de l'équilibre acidobasique.

Rapports de l'acide ascorbique et de l'activité musculaire. — M. A. Rakoto Ratsimamanga.

Sur la dissémination du bacille tuberculeux humain chez le cobaye inoculé avec des bacilles aviaires non virulents. — M. Y. Takahashi.

Inactivation des sérums par agitation et développement du pouvoir anticomplémentaire. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Grimard-Steeg et Mlle J. Dufour. Les sérums dont le pouvoir alexique a disparu par agitation conservent la propriété d'acquérir le pouvoir anticomplémentaire par l'action de la chaleur ou du vieillissement, comme les sérums frais. L'agitation du sérum ne modifie pas ceux de ses composants qui jouent un rôle dans l'apparition du pouvoir anticomplémentaire.

Chimiothérapie antiendotoxique. — MM. Levaditi, Vaisman et Reinie.

Influence de la progestérone sur l'élimination urinaire des principes gonadotropes. — MM. G. Laroche, H. Simonnet et E. Bompard.

Influence de l'état d'immunité active ou passive sur le passage dans le sang des germes inoculés par voie cutanée. — MM. R. Laporte et R.-K. Goyal.

Variabilité du quotient glutathionémique au cours de l'hyperthyroïdie. — MM. L. Stévenin et Ginsbourg montrent la persistance du glutathion oxydé dans certains cas de Basedow. Il est donc prématuré de faire de la disparition de cette fraction du glutathion un test d'exploration des fonctions thyroïdiennes.

Effet des injections veineuses de sels biliaires sur la motricité intestinale du chien. — MM. Etienne Chabrol, A. Lemaire et Jean Cottet ont utilisé la technique du ballon et du manomètre à eau pour enregistrer sur des chiens les variations du tonus et de la contraction de l'intestin que provoquent par voie veineuse le déhydrocholate et le cholalate de soude. Ces deux substances déterminent une chute du tonus et une paralysie d'autant plus durable que l'injection est lente et continue. Après une forte imprégnation de l'organisme par les sels biliaires, l'acétylcholine et la prostigmine ne réveillent plus aucune contracture intestinale ; l'action hypotonisante de l'adrénaline, loin d'être renforcée, est atténuée, supprimée ou même inversée. Il semble que, pour une même dose d'adrénaline, le sens de la réaction intestinale soit fonction de la quantité de sels biliaires introduits dans l'économie.

Sur la neurocrinie pancréatique et sa stimulation par l'extrait antihypophysaire. — MM. G. Roussy et M. Mosinger rappellent les recherches de van Campenhout, montrant l'existence de complexes neuro-insulaires chez certains embryons, recherches qui ont été confirmées par d'autres auteurs.

Les auteurs ont d'abord vérifié les constatations de Simard, d'après lesquelles ces complexes existent, mais sont rares chez l'adulte. Ils insistent sur le fait que l'on peut trouver, chez l'homme, comme chez le cobaye adulte, des ganglions nerveux isolés.

Expérimentalement, ils ont obtenu chez le cobaye adulte, par des injections d'extrait antéhypophysaire (contenant du principe pancréatotrope), non seulement une hyperplasie du tissu insulaire, mais également une véritable réapparition de l'état embryonnaire caractérisé par des rapports intimes entre le tissu endocrinien et le tissu neuro-ganglionnaire, avec immigration de cellules glandulaires dans les nerfs pancréatiques. Les auteurs comparent cette hyperneurocrinie pancréatique à l'hyperneurocrinie hypophysaire, qu'ils ont obtenue expérimentalement chez le chien. Ils insistent, en outre, sur la plurinucléose neuronale au niveau des ganglions pancréatiques intéressés.

Sur la présence de granulations éosinophiles et de granulations de mélanine dans les ganglions latéro-vertébraux. — MM. G. Roussy et M. Mosinger.

Elections. — M. Lapicque est élu président. MM. E. Brumpt et Guillain sont élus vice-présidents pour 1938.

MM. Bigwood et Goldschmidt sont élus correspondants étrangers.

MM. Ph. Fabre et Fromageot sont élus correspondants nationaux.

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1938)

Modifications produites sur le courant d'action du cœur par l'extrait de « Gelsemium sempervirens ». — M. E. Moisset de Espanés (Note présentée par M. Tiffeneau). Chez le chien soumis ou non à la respiration artificielle, l'extrait de *Gelsemium sempervirens* à forte dose (0 cc. 15 à 1 cc. 2 par kilogr.) entrave la conductibilité cardiaque.

Mécanisme d'action des dérivés benzéniques sulfurés dans l'infection pneumococcique expérimentale. — MM. Levaditi, Vaisman et Mlle Krassnoff s'adressent à deux souches de pneumocoques, l'une très virulente et capsulogène, l'autre avirulente et incapable de s'encapsuler. Les expériences faites sur la souris montrent que la virulence est intimement liée à la capsulogénèse. Les pneumocoques qui s'entourent de capsules s'attachent aux phagocytes, mais ne sont pas phagocytés par eux. Au contraire, l'attachement des pneumocoques non virulents et acapsulogènes est suivi d'une phagocytose intense. Des leucocytes incapables de phagocyter les pneumocoques capsulés sont encore parfaitement aptes à englober les pneumocoques apathogènes dépourvus de capsules. Les médicaments benzéniques sulfurés et l'Aurodétoxine empêchent l'infection par des pneumocoques capsulogènes, pour la raison qu'ils s'opposent à la pullulation de ces pneumocoques et à leur encapsulation. Dépourvus ainsi de leur cuirasse protectrice, les germes deviennent rapidement la proie des phagocytes. Il n'y a pas de différences essentielles entre la guérison chimiothérapique et la défense efficace normale contre des pneumocoques avirulents et non capsulogènes.

Chimiothérapie des infections expérimentales (gonocoque, méningocoque, pneumocoque et streptocoque) par la diacé-diacétyldioxydiphénylsulfone. — Parmi les nombreux dérivés benzéniques sulfurés (azoïques, sulfamide, sulfone, sulfoxyde), MM. LEVADITI, GIRARD et VAISMAN ont étudié l'action chimiothérapique dans les infections expérimentales. L'un deux, le 4, 4' diacétyldioxydiphénylsulfone, appartenant à la série des sulfones, jouit d'un pouvoir thérapeutique remarquable pour le gonocoque et le méningocoque. Son inactivité à l'égard de l'infection streptococcique et pneumococcique révèle une parfaite électivité thérapeutique de ce dérivé.

Application de la technique des hémocultures, en sang citraté et en sang bilié, à l'isolement des staphylocoques et des pneumocoques. — MM. A. GRIMBERG, S. MUTERMILCH, E. AGASSE-LAFON et Mlle H. PELLIER, poursuivant leurs recherches sur les différentes techniques d'hémocultures dans leurs applications au diagnostic des septicémies, ont constaté que les méthodes qui conviennent aux streptocoques ou aux bacilles du groupe des coli-typhiques antérieurement étudiés, ne sont pas toujours applicables à la mise en évidence de la présence dans le sang des staphylocoques ou des pneumocoques : la forte citratation du sang ne convient pas plus au staphylocoque qu'au streptocoque, de même que les milieux à base de bile au 1/10 ne permettent pas de déceler les pneumocoques.

Par conséquent, quand il s'agit d'un malade soupçonné de septicémie, sans que l'on puisse avec vraisemblance prévoir la présence de tel microbe plutôt que de tel autre, la technique au citrate ne peut pas être appliquée seule. Il convient alors, soit de recourir simultanément à plusieurs techniques de culture, soit de s'adresser à la méthode classique de dilution très étendue du sang en bouillon.

Sur le dosage biologique de faibles quantités d'atrepsine. — Mlle G. LEVY et Mme E. MICHEL. L'antagonisme acétylcholine-atropine sur le duodénum du rat est quantitatif. Il peut servir pour une technique de dosages de faibles quantités d'atropine dans les substances biologiques.

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1938)

MM. C. LEVADITI et P. LÉPINE présentent le **Traité des Ultravirus des Maladies humaines,** rédigé en collaboration avec des savants notoires et des jeunes chercheurs. Dans ce volume, tous les ultravirus provocateurs de maladies humaines (vaccine, variole, poliomyélite, rage, herpès, typhus exanthématique, fièvre jaune, maladie de Nicolas-Favre, etc.) ont été décrits avec les détails que comporte chaque sujet.

Tuberculose ganglio-pulmonaire spontanée du cobaye, due au bacille aviaire. — M. Noël RIST montre que le bacille aviaire peut donner naissance, chez le cobaye, à une tuberculose spontanée ganglio-pulmonaire, dont l'aspect macroscopique suggérait toujours, jusqu'ici, l'intervention d'un bacille humain ou bovin. Ces lésions, pour curables qu'elles soient, peuvent donner lieu à des erreurs d'interprétation si l'animal est sacrifié au cours de leur évolution, qui est révélée par l'apparition d'une intradermoréaction à la tuberculine fortement positive.

De la production des anticorps au moyen de l'immunisation concentrée avec le B C G chez le lapin. — M. R. SCHWARTZ montre que la méthode des doses fractionnées souvent répétées, de B C G, introduites par voie sous-cutanée au lapin, permet d'obtenir plus rapidement un sérum plus riche en anticorps spécifiques que l'injection sous-cutanée d'une dose unique, même supérieure à la somme des doses fractionnées.

De l'influence de la thymectomie sur le glutathion hépatique du rat albinos. — MM. R. TURPIN, J. SÉRANE et J. VALLETTA. Les conséquences d'une thymectomie sur le glutathion hépatique de rats albinos opérés de 30 à 46 jours après la naissance, sont appréciables 11 jours après l'opération ; elle s'accentuent jusqu'au 31e jour ; elles paraissent corrigées 56 jours après. Pour 100 gr. de tissu hépatique, le glutathion total des témoins est de 200 mgr. et le glutathion réduit de 180 mgr. Chez des animaux opérés depuis 31 jours, le glutathion total tombe à 175-177 mgr, et le glutathion réduit à 173-172 mgr. Cette diminution est cependant inférieure à celles que déterminent chez le chien, d'après L. Binet et ses collaborateurs, l'extirpation de l'hypophyse, de l'ovaire, des parathyroïdes et surtout du pancréas.

Influence de la sécrétion thyroïdienne sur le taux dans le sang des esters du cholestérol. — MM. P. BARBIER et H. PÉQUIGNOT constatent la chute des esters du cholestérol sérique dans le traitement de l'hypercholestérolémie par la thyroxine.

Par suite, ils ont été amenés à rechercher et à constater l'augmentation des esters du cholestérol chez un malade atteint de myxœdème typique, et la diminution de ces esters dans cinq cas d'hyperthyroïdisme.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCES DU 26 NOVEMBRE ET DU 30 DÉCEMBRE 1937)

M. DUCUING, dans son discours de rentrée, nous entretient de son récent *voyage d'étude à Stockholm.* Après avoir montré l'intérêt et le profit de tels voyages, il nous présente l'organisation du Radium Emmet et développe particulièrement devant nous trois points : 1° les tendances chirurgicales des médecins du Radium Emmet ; 2° leur conception du traitement des adoenopathies cancéreuses secondaires ; 3° leur tendance à la standardisation.

M. P. FABRE, au sujet de trois observations personnelles, nous montre les avantages et les inconvénients des boutons anastomotiques dans les **opérations gastro-duodénales.**

Il nous rappelle que la gastro-entérostomie au bouton est une opération qui a l'avantage d'être rapide et assez simple, mais dont les résultats ne sont souvent que passagers. Il insiste enfin sur l'importance qu'il y a à placer très correctement le bouton. Il faut lors du serrage une pression suffisante mais non excessive. Il envisage ensuite les indications du traitement médical et en particulier de l'aristine, excellente thérapeutique des douleurs. Il nous dit la grande place qu'il laisse à la gastrectomie, qu'il pratique le plus souvent à l'anesthésie locale.

M. MIGINIAC estime que la gastro-entérostomie au bouton est une excellente opération, mais que la mise en place du bouton reste très délicate.

M. DAMBRIN appuie ces conclusions et discute quelques points de technique.

MM. R. DIEULAFÉ et RIEUNAU présentent l'observation d'un malade atteint de **gangrène du membre inférieur.** Une radiographie décela l'existence d'une pseudarthrose congénitale des deux clavicules, et l'examen clinique ainsi que celui de la pièce montrèrent la présence d'un anévrisme artériel.

M. L. DIEULAFÉ précise que cette malformation paraît être d'origine spécifique.

MM. G. BAUDET et POMMEPUY rapportent l'observation d'un malade présentant une **gangrène de l'avant-bras** par **artérite oblitérante.**

Devant l'extension du processus, l'un d'eux pratiqua une sympathectomie péri-humérale au-dessus du pli du coude.

Celle-ci n'entraînant pas de modifications circulatoires, il effectua sur-le-champ une artériectomie. L'état du malade s'améliora et la gangrène sèche se localisa au cinquième doigt, qui fut par la suite amputé.

M. Lefebvre est partisan de réséquer, dans des cas semblables, artère et veine à la fois.

M. Virenque rappelle la fréquence des côtes cervicales à l'origine des gangrènes du membre supérieur.

M. Dieulafé revient sur les indications de la sympathectomie et de l'artériectomie.

M. Ducuing fait remarquer que les effets de sympathectomie ne sont pas immédiats et pense qu'il n'aurait pas effectué dans la même opération la sympathectomie puis l'artériectomie.

DÉFENSE PASSIVE

GAZ DE COMBAT — MATÉRIEL DE PROTECTION

Pour répondre à plusieurs demandes, nous publions ici, à titre de renseignement, une *liste des industriels titulaires de licence de fabrication de matériel de protection contre les gaz de combat, agréés pour les besoins de la population civile.*

Protection individuelle

Masques filtrants

Baysselance et Munie (Ateliers), 155, rue de la Chapelle, à Saint-Ouen.
E. Cauvin-Yvose (Anciens Etabl.), 55, rue de Lyon, à Paris.
Cie d'Applications nouvelles industrielles du Caoutchouc, 42, avenue de la Grande-Armée, à Paris.
Dezarnaud (Etabl.), 203, boulevard Pereire, à Paris.
Fernez Maurice, 1, rue d'Alsace-Lorraine, à Alfortville
Luchaire (Etabl.), 171, boulevard Haussmann, à Paris.
A. Gouet (Etabl.), 84, rue Gide, à Levallois-Perret (Seine).
R. Schneider et Poelman (Etabl.), 17, rue Cadet, à Paris. (Siège social : 4 *ter*, avenue de la Liberté, à Charenton.)
Société « Anciens Etablissements Poulet » (Le Matériel de Protection aérienne), 6, rue du Faubourg-Poissonnière, à Paris.
Société d'Applications Mécaniques et Chimiques, 16, avenue Hoche, à Paris.
Société du « Caoutchouc Anti-Gaz », 6, rue Daru, à Paris.
Société « Le Caoutchouc Verdun », 110, boulevard Haussmann, à Paris.
Société Coopérative Ouvrière d'Exploitation de la Maison Th. Viguier, 15, rue J.-J.-Rouseau, à Argenton-sur-Creuse (Indre).
Société Française pour la Fabrication du Masque à Gaz, 109, rue de Turenne, à Paris.
Société « Gaz et Protection » (G.E.P.), 25, rue du Surmelin, à Paris.
Société Nouvelle de Serquigny, 19, boulevard Malesherbes, à Paris.
Société de Protection contre les Gaz « Le Gallus », 62, rue Beaubourg, à Paris. (Ex. J. Monteil.)
Usines Tubauto, 20, rue Gide, à Levallois-Perret (Seine).

Masques isolants

Société des Forges de Bologne, à Bologne (Haute-Marne).
Société « L'Oxhydrique Française », 8, avenue Jules-Ferry, à Malakoff.

Protection collective

Ensembles filtrants

Société Aeric, 3, rue Martinval, à Levallois-Perret (Seine).
Société l'Alfa, 199, rue du Faubourg-Poissonnière, à Paris.
Société des Gaz Industriels de Province, 155, boulevard Malesherbes, à Paris.
E.-G. Leau, 22, rue Bertrand, à Paris.
R. Schneider (Etabl.), 17, rue Cadet, à Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COMPLICATIONS DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR

Le R. M. est, dans bien des cas, une affection essentiellement évolutive — et cette évolution est, dans la règle, semée de complications.

Celles-ci peuvent être :

1. Soit des *incidents* — souvent révélateurs de la maladie.
2. Soit des *accidents* plus graves, remaniant les lésions cardiaques, et posant des problèmes pronostiques et thérapeutiques importants.

COMPLICATIONS REVELATRICES DU R. M.

Très polymorphes.

Se manifestant avec une particulière fréquence lors de la *puberté*, et chez la *jeune femme* — soulevant des discussions pathogéniques.

Ce sont :

1. *Des manifestations fonctionnelles*, apparaissant à l'effort :

— Des crises de palpitation.

— De la dyspnée.

2. *Des accidents endocriniens* : dysménorrhée, troubles vaso-moteurs, ou *digestifs*, du type dyspeptique.

3. *Des manifestations pseudo-tuberculeuses :*

Une petite hémoptysie, avec mouvement fébrile et souvent amaigrissement.

L'un quelconque de ces symptômes apparaissant chez une femme jeune impose un examen cardiaque.

La lésion est parfois évidente :

Frémissement certain au palper ;

Rythme mitral typique à l'auscultation : roulement diastolique, souffle présystolique, dédoublement du second bruit.

Plus souvent, ces signes ne sont pas perçus au complet et on pose le diagnostic de R. M. :

Tantôt sur un roulement isolé ; tantôt sur un roulement avec frémissement ; tantôt sur un dédoublement du deuxième bruit.

Il est capital, dans ces cas difficiles, pour rendre plus nets les signes stéthacoustiques :

De faire courir le malade, de faire exécuter des mouvements sur place ;

D'ausculter debout, couché,

Et de rechercher, par l'examen radiographique, *la saillie de l'arc moyen* en frontale, surtout : *la saillie postérieure de l'oreillette gauche* en O.A.G. ou en transverse.

COMPLICATIONS EVOLUTIVES DU R. M.

Leur date d'apparition est très variable :

1. Exceptionnellement, elles sont *révélatrices* de la lésion cardiaque — dans la majorité des cas, celle-ci est connue quand elles surviennent.
2. Dans la règle, elles viennent *signer le processus évolutif* d'un R. M. pendant longtemps bien toléré.
3. Assez souvent elles surviennent assez vite, surajoutant leurs effets pour amener une décompensation rapide de la cardiopathie.

Leurs causes déclenchantes manquent rarement :

— Une infection intercurrente ;

— Surtout, *toute cause de fatigue :*

Endogène : génitale surtout : règles, *grossesse* avant tout ; *exogène* : souligner ici l'importance essentielle du *facteur social.*

Leurs types cliniques se schématisent, suivant leur mode d'apparition, en :

Accidents brutaux : les embolies ;

Accidents progressifs : l'histoire progressive de l'insuffisance cardiaque.

a) ACCIDENTS BRUTAUX

1. Les EMBOLIES sont une complication bien propre au R. M.

Témoins de *thromboses auriculaires partielles*, elles peuvent atteindre la petite comme la grande circulation.

Elles semblent bien traduire un processus infectieux évolutif, dont témoigne souvent le *clocher thermique* qui les précède.

Un *traitement digitalique intensif* est fréquemment une cause favorisant leur apparition.

α) *Il peut s'agir d'embolies pulmonaires*, réalisant, au cours d'un R. M. bien compensé, le tableau classique de l'*infarctus de Laënnec :*

— *Son début* brusque, par point de côté dyspnéisant ;

— *Son évolution* en deux phases : phase de foyer fermé, phase de foyer ouvert, marquée par l'expectoration sanglante caractéristique,

— Influençant gravement la cardiopathie.

β) *Ou d'embolies cérébrales*, donnant habituellement une *hémiplégie droite* avec *aphasie* par embolie sylvienne ;

Plus rarement atteignant des territoires artériels localisés (tous types d'aphasies) — ou étendus (lésions diffuses).

Ces paralysies sont de pronostic variable — mais, en général, *définitives.*

γ) *Ou d'embolies viscérales :*

Traduites par une douleur brutale et une tuméfaction de l'organisme atteint : *foie, rate, reins* (hématurie).

Plus rarement : *mésentérique* (syndrome de péritonite aiguë avec mœlena). *Aorte abdominale* (paraplégie et gangrène massive des membres inférieurs).

δ) *Ou d'embolies des membres :*

Donnant une douleur violente et brutale suivie de gangrène massive ou localisée (embolectomie).

Toutes ces embolies

Peuvent être uniques ;

Plus souvent *récidivent* : à intervalles variables, en des territoires différents.

Et c'est là un *facteur aggravant*, sur l'importance duquel il faut insister.

2. *La thrombose auriculaire massive* est un accident brutal, heureusement rare, car de gravité extrême.

Cliniquement d'ailleurs extrêmement difficile à affirmer, réalisant le tableau d'une asystolie irréductible à marche aiguë, avec dyspnée formidable et cyanose, avec arythmie complète à l'auscultation.

Evolution fatale à brève échéance.

(A suivre.) G. LE SUEUR.

Précis de diagnostic chirurgical, publié sous la direction de Ch. LENORMANT, par Ch. LENORMANT, G. MÉNÉGAUX, J. PATEL, J. SÉNÈQUE, P. WILMOTH. Ouvrage complet en 4 volumes (Collection de Précis médicaux) (1).

Tome I. — *Généralités. Tête et cou*, par Ch. LENORMANT, J. SÉNÈQUE, P. WILMOTH. Un volume de 764 pages, avec 196 figures.

Tome II. — *Thorax, sein, paroi abdominale, organes génitaux externes*, par J. PATEL. Un volume de 490 pages avec 138 figures.

Tome III. — *Abdomen et pelvis*, par G. MÉNÉGAUX. Un volume de 964 pages avec 212 figures.

Tome IV. — *Membres*, par J. SÉNÈQUE. Un volume de 630 pages avec 168 figures.

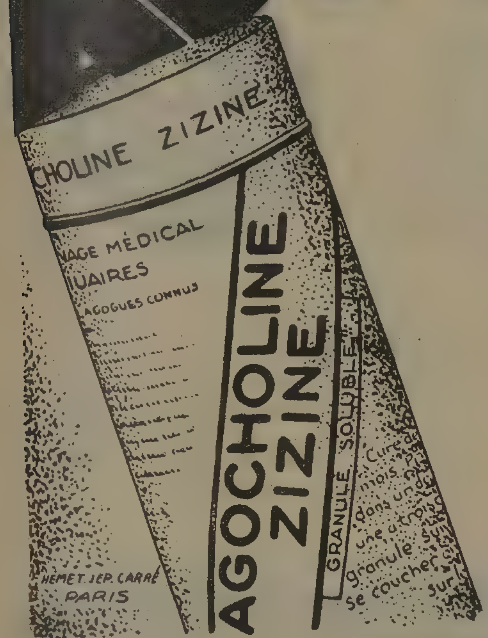
(1) Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } d'origine hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

DIGILANIDE

TOTUM DIGITALIQUE complexe cristallisé des trois glucosides initiaux du Digitalis lanata

AVANTAGES

Rapidité et intensité d'action — Effets diurétiques très nets — Tolérance facile
Zone de maniabilité étendue — Agit par les propriétés totales de la plante fraîche,
exactement comme une macération qui aurait été scientifiquement préparée.

INDICATIONS

Les insuffisances cardiaques et cardio-rénales.

Formes thérapeutiques : Ampoules de 2 et 4 cc. pour injections intramusculaires et intraveineuses
Gouttes — Dragées — Suppositoires

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (17e)
B. JOYEUX, Docteur en Pharmacie

OLÉTHYLE-BENZYLE

INFECTIONS AIGUES FEBRILES

SEPTICEMINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique PARIS (XVe)

N° 17. — SAMEDI 26 FEVRIER 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Epreuve de médecine opératoire : MM. Dreyfus-le-Foyer, 6 ; Cordier, 7 ; Billet, 6 ; Hepp, 10 ; Zagdoun, 7 ; Baumann, 6 ; Calvet, 6 ; Aboulker, 9 ; Petit, 10 ; Lazard, 6.

Opérations données. — Ligature de l'artère fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. — Désarticulation sous-astragalienne.

Concours de l'internat (oral). — Séance du 21 février 1938. — MM. Roger (René), 17 ; Moullé, 24 ; Leroy, 19,5 ; Sclafer, 20 ; Castaigne, 28 ; Poussier, 20 ; Mlle Laisney, 24 ; MM. Reverdiau, 14 ; Ballade, 16.

Questions données : Signes et diagnostic des abcès du poumon. — Mal de Pott sous-occipital.

Séance du 23 février 1938 : MM. Berthon, 17 ; Perol, 16 ; Adam, 17 ; Carlotti, 19 ; Chigot, 18 ; Saltet de Sablet, 16 ; Mendelsohn, 22 ; Kropff, 20 ; Mlle Tourneville, 24 ; M. Hardel, 24.

Questions données : Signes et diagnostic du cancer du pylore. — Ostéoarthrite tuberculeuse du poignet.

Concours de l'externat. — Séance du 23 février. — Liste par ordre de mérite des 343 candidats reçus :

MM. Fitsch, 55,5 ; Bertier, 55 ; Delanoë, 53,5 ; Basset, 53 ; Chadoutaud, Berthomier, 52,5 ; Duhamel, Brion, 52 ; Jacquemin, Rousseau, Welfling, 51,5 ; Roux, 51 ; Mlle Brouillet, MM. Vaysse, 50,5 ; Koupernik, Pelbois, Graveleau, 50 ; Kivenko, 49,5 ; Gorge, Spriet, Lenormand, Fiessinger, Mlle Anglès, 49,

M. Libert, 48,5 ; Mlle Larmoyer, Laborderie-Boulou, Beurrier, Lévy, Noël, Tenenbaum, Le Lorier, 48,

Hirsch, Rozenblum, Golfand, Courtin, Ducep, Gosset, Diacono, Godlewski, 47,5,

Sigalea, Mlles Hayot, Santelli, MM. Kouliche, Frija, Queneau, Mlle Réau, MM. Duizend, 47,

Bonier, Wauler, Mlle Cloche, M. Cresson, Mlles Greninger, Faillebin, MM. Gougerot, 46,5,

Berille, Beck, Bellot, Couade, Blintzowsky, Jaoui, Louveau, Cohen, Vincens, Ribay, Descrozailles, Poulet, 46,

Sarfati, Elgrabli, Mauviel, Delanoë, Grabois, Calloc'h de Kérillis, Soprounoff, Darbord, Périer, Sibertin-Blanc, Mlle Desoutter, 45,5,

M. Brument, Mlle Bartoli, M. Fresnel, Mlle Dutilh, MM. Manuel, Koïfman, Dessons, Cohen, Mercier, Cartier, Mlle Fagnot, MM. Sapin-Jaloustre, 45,

Wapler, Monprofit, Corbineau, Hervan, Mlle Feine, MM. Nguyen-Khac, Arnaud, Gaulard, Brustel, 44,5,

Benoit, Naudin, Heffez, Combet, Viala, Wassef, Legendre, Villebœuf, René, 44,

Bismuth, Béal, Behar, Weissman, Bangalter, Mlle Ghitza-Joan, M. Targowla, Mlle Gujar, MM. Ulman, 43,5,

Seibel, Mlle Marchand, M. Nordin, Mlle Claus, MM. Gamez, Mennerat, Poujol, Poirier, K'brat, Baudry, 43,

Mendras, Mlle Vaysse, MM. Planchon, Perrin, Moullec, Vermeil, Galland, Tobé, Derville, 42,5,

Lejeune, Beyer, Bidault des Chaumes, Allary, Rehfeld, Mlle de Looze, MM. Goury, Le Moal, Neyrat, Mlle Bernard, M. Pimpaneau, Mlle Prigent, M. Voitot, Mlle Plumenail, MM. Basdevant, Adam, 42,

Bochenek, Gauthier, Audbourg, Mlle Hatt, MM. Colbert, Canat, Mignot, Levine, Mlles Lenseigné, Laurent, MM. Louin, Ponson, Mlle Goulfier, MM. Welfling, Rainaut, Durand, Alcan, 41,5,

Baccouche, Ceccaldi, Lafourcade, Mlle Castaignet, MM. Wolk, Champeix, Strauss, Gaudibert, Desprez, Gandar, Mme Klotz, née Lévy-Valensi, Mlle Cayla, MM. Doutriaux, Defèse, Jarny, Tixier, Raulin, Melun, Cirilli, Loulergue, Cain, Brillaut, Leddet, Mlle Caby, 41,

MM. Dikerman, Jacquelin, Poveda-Estrada, Yver, Perdrizet, Casaurang, Delalieux, Duvillé, Brunet, Lafourcade, Cazes, Barmada, Mercadier, Paley, Vaujour, Mlles Moussié, Larrivé, Chateaureynaud, 40,5,

MM. Boutillier du Retail, Samama, Lambert, Pialoux, Gabe, Collet, Mioni, Céleste, Mlle Thibaut de Chanvalon, MM. Lafontaine, Bonan, Duveau, Alexandre, Mlle Guy, M. Hacker, Mlle Maurice Bokanowski, 40,

MM. German, Besle, Corcos, Georges, Giordano-Orsini, Vialle, Tanzy, Sapin-Jaloustre, Mlle Berthon, 39,5,

MM. Harmel-Tourneur, Metais, Duranteau, Jupeau, Massebœuf, Chapuis, Rudelle, Brun, Paillas, Diatkine, 39,

Hoffmann, Barrois, Létard, Grobon, Schmit, Mercier, Fontaine, Cottreau, Ycre, Maim, Mlle Thierry, MM. Mabille, Desvignes, Serres, Mlle Pannetier, M. Flavigny, Mlle Trocmé, MM. Robert, Guéniot, Hervé, 38,5,

Lévy (Michel), Dominguez y Gonzalez, Chatellier, Mlle Chiche, MM. Anthony, Bennoum, Tsevrenis, Le Cain, Pouget, Japhet, Guez, Mlle Merlin, MM. Friedel, Mauduit, Fossaert, Duché, Mlle Vial, MM. Brault, Feffer, Mouret, Deribreux, Eliachar, Sirot, 38,

Duteil, Riaux, Beinis, Sahuqué, Santolini, Lemarinier, Retailleau, Noël, Sarrazin, Conche, Kovienski, Faraggi, Mlles Kœchlin, David, MM. Nugues, Richard, Mlle Rein, MM. Brunet, Pichon, Mlle Joubert, MM. Weber, Malherbe, 37,5,

Koskinas, Mlle Seilinger, MM. Maréchal, Rintzler, Epstein, Mlle Mousis, M. Saglio, Mlle Maronet, MM. Coudurier, Gourdin, Teissandier, Pellerin, Bergeret, Seilinger, Sauvegrain, Barbet, 37,

Vincent, Aurégan, Mlle Veise, MM. Younès, Nicolle, Lévy (Jacob), Fouchet, Bourgin, Colsy, Schuster, Hurel, Auzoux, Wapler, Vachon, Lauga, Roume, Schwob, 36,5.

L'entrée en fonctions des externes est fixée au lundi 9 mai 1938.

Facultés de médecine. — BOURSES DE DOCTORAT. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale :

L'article 2 de l'arrêté du 15 mai 1927 est modifié ainsi qu'il suit :

Les bourses de doctorat en médecine, à partir de la deuxième année d'études, sont données au concours pour un an.

Sont admis à prendre part à ce concours, les candidats appartenant aux régimes d'études fixés par les décrets des 10 septembre 1924 et 6 mars 1934, pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions, qui ont subi avec la note moyenne 6 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Faculté de médecine de Paris. — M. Hovelacque est nommé pour cinq ans chef des travaux d'anatomie.

M. Sénèque est nommé pour trois ans sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Monnier, chef des travaux de chimie est chargé, en outre, provisoirement, des fonctions d'agrégé.

Collège de France. — L'assemblée des professeurs du Collège de France a désigné M. Robert Courrier pour occuper la chaire de morphologie expérimentale et endocrinologie.

Création de l'Ordre de la Santé publique. — Un décret paru au Journal officiel du 22 février crée l'Ordre de la Santé publique, comprenant des chevaliers, des officiers et des commandeurs. Le ruban sera bleu de France uni. Cet ordre doit remplacer diverses catégories de médailles de l'Assistance publique, de l'Hygiène ou de la Protection des enfants du premier âge. Seront maintenues la Médaille des épidémies et celle de la Famille française.

Distinctions honorifiques. — Le professeur Emile Sergent vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Léopold de Belgique.

Médailles d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or :* MM. Froehlich (à Nancy), Lamand (à Rosendaël), Denarie (à Chambéry), Aublant (à Versailles), Vieubled (à Paris), de Mascarel de la Corbière (à Châtellerault).

Médaille d'argent : Mlle Verdie (à Béziers), MM. Breton et Lelièvre (à Angers), Favre, Gaté et Jambon (à Lyon), Louis Thomas (à Paris), Dieu (au Mans), Chevreul (à Mamers), Chenu, Girod et Masson (à Chambéry), Guillemin (à Nancy), Job et Touchot (à Lunéville).

Médaille de bronze : MM. Imbert (à Arles), Champeau (à Bourth), Creyx (à Bordeaux), Baillargé (à Rennes), Desvaux (à Liffré), Fournet (à Saint-Etienne), Fourcade (à Marmande), de Coopman (à Crépy-en-Valois), Lacassagne, Massia et Pillon (à Lyon), Maire, Tissot et Tognet (à Chambéry), Jacquot et Paris (à Paris), Perrier (à Rouen), Thin (à Enghien-les-Bains).

(Voir la suite des Informations, p. 278.)

Nécrologie. — Nous apprenons avec peine la mort du professeur Vergely, secrétaire général du *Journal de médecine de Bordeaux.* Que nos confrères de la rédaction de ce journal veuillent bien recevoir l'expression de notre vive sympathie.

On annonce la mort de MM. le docteur Albert Fraikin, à Neuilly-sur-Seine ; le docteur Bayle, à Lyon ; le docteur Georges Tison, à Neuvilly ; le docteur Géo-A. Roussel, à Neuilly-sur-Seine ; le docteur Jean Farrand, à Neuilly-sur-Seine ; le docteur Jacobson, à Paris ; le docteur Desrousseaux, vice-président de la Fédération du Nord, décédé à Roubaix ; le docteur Georges Petit, médecin en chef des hôpitaux psychiâtriques de la Seine à Neuilly-sur-Marne.

RENSEIGNEMENTS

Vacance. — Un poste de docteur-interne à l'Hôpital psychiâtrique de Dury-lès-Amiens est vacant. Un concours aura lieu sur titre. Traitement : 1re année, 15.000 francs ; 2e année, 16.500 francs ; 3e année, 18.000 francs. Le docteur-interne n'est pas nourri ; par contre, il est logé, chauffé, éclairé. Il doit être de nationalité française. L'appartement qui lui est affecté est petit ; cette situation conviendrait à un célibataire ou marié sans enfant.

Adresser les demandes au directeur de l'établissement d'ici le 25 mars, dernier délai.

Cure marine pour enfants. — Nous signalons l'installation, à Asnelles (Calvados), d'une maison pour enfants de 4 à 12 ans ayant besoin de l'air marin.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme Le Mercier, à Asnelles (Calvados).

REVUE GENERALE

LES AFFECTIONS CONGENITALES DU CŒUR (1)

PAR MM.

H. CHEVALIER et M. DURET
Internes des hôpitaux de Paris

Etude clinique

La multiplicité des lésions, leurs associations capricieuses et imprévisibles rendent bien compte du polymorphisme extrême des tableaux cliniques. Schématiquement toutefois on peut distinguer deux grands groupes basés sur la présence ou l'absence habituelle de cyanose.

Certes, cette distinction ne saurait être maintenue dans toute sa rigueur. Les cas sont nombreux où la cyanose, longtemps absente, se manifeste un jour, sans cause appréciable ou sous l'influence d'une affection intercurrente, respiratoire surtout. Mais elle a du moins le mérite de mettre en valeur à la fois un utile élément d'orientation diagnostique et un facteur pronostique non négligeable. Il est d'observation courante en effet que les cardiopathies congénitales sans cyanose, à symptomatologie fonctionnelle fruste, sont dans l'ensemble beaucoup mieux supportées.

A. LES CARDIOPATHIES AVEC CYANOSE. — Les cardiopathies avec cyanose sont toutes réunies dans le grand syndrome de la *cyanose congénitale* ou *Maladie bleue*.

La cyanose en est le symptôme le plus apparent. celui qui frappe dès l'abord. La peau et les muqueuses affectent une coloration bleuâtre, souvent violacée, accompagnée quelquefois de couperose. La teinte cyanotique, même lorsqu'elle est généralisée, prédomine toujours à la face (lèvres, nez, pommettes, oreilles) et aux extrémités des membres qui sont par ailleurs constamment refroidies. Les doigts et les orteils offrent chez ces malades l'aspect hippocratique : leurs extrémités sont renflées, élargies en forme de spatule ou de baguette de tambour ; les ongles sont bombés en verre de montre et par transparence le derme sous-unguéal apparaît violacé.

Il n'est pas jusqu'à l'examen du fond de l'œil qui ne puisse montrer parfois la dilatation des vaisseaux du réseau rétinien, la coloration identique des artères et des veines et le reflet bleuâtre de la papille (Gatti).

L'intensité de la cyanose est variable : quelquefois très nette, d'autres fois si légère qu'elle ne s'extériorise franchement qu'à l'occasion d'un effort, d'une colère chez l'enfant, de la tétée chez le nourrisson.

Dans certains cas d'ailleurs, elle n'est pas permanente, mais seulement intermittente ou même paroxystique ; nous nous expliquerons plus loin sur ces faits.

Enfin la cyanose congénitale n'apparaît pas nécessairement à la naissance. Souvent elle ne se manifeste qu'au bout de quelques semaines et s'accentue alors peu à peu, pour atteindre après un temps variable son intensité définitive. Il n'est pas rare qu'elle soit plus tardive encore, survenant pour la première fois vers la 3e, 4e année, ou même dans la seconde enfance, voire à l'âge adulte.

La dyspnée constitue, avec la cyanose, la manifestation fonctionnelle la plus constante.

Tantôt elle n'apparaît qu'à l'occasion d'une fatigue, d'un exercice physique ou d'un jeu. Tantôt elle est permanente, accrue par le moindre effort en des paroxysmes angoissants très pénibles que souligne l'accentuation de la teinte cyanotique du visage. Elle est dans ce cas un signe de mauvais augure.

Beaucoup plus inconstants sont les autres troubles fonctionnels cardiaques, tels que les palpitations, les extrasystoles.

En revanche, on a signalé la relative fréquence des *hémorragies* diverses : épistaxis, hémoptysies — et des *troubles cérébraux* : vertiges (qui, se produisant par accès, peuvent simuler le vertige de Ménières), crises épileptiformes, syncopes.

Mais surtout on est souvent frappé par l'*aspect chétif* de ces sujets dont le développement physique et intellectuel est manifestement retardé et qui peuvent garder longtemps le type infantile. La coexistence d'autres anomalies congénitales, viscérales ou osseuses, est d'autre part très fréquente.

L'examen physique révèle presque toujours l'existence de souffles cardiaques, en particulier d'un *souffle systolique de la base* ayant son maximum au foyer pulmonaire et en général assez vibrant pour donner lieu à un *frémissement*. Parfois il est possible de dissocier deux souffles systoliques siégeant l'un à la base, l'autre dans la région mésocardiaque. Parfois aussi existent un souffle systolique et un souffle diastolique. Le second bruit au foyer pulmonaire est tantôt non modifié, tantôt claqué, assourdi ou dédoublé. D'autres fois, par contre, l'auscultation ne décèle aucune anomalie.

Les signes stéthacoustiques sont donc assez variables. De fait, ils correspondent à des lésions anatomiques fort diverses qu'il est habituellement bien malaisé de définir par le seul examen clinique.

Lorsqu'on examine le sang des malades atteints de cyanose congénitale, on constate deux faits caractéristiques (Vaquez) :

D'une part, il existe une *polyglobulie*, peu marquée chez l'enfant jeune, mais le plus souvent très nette chez l'adulte, pouvant atteindre 7, 8, 10 millions d'hématies ou même plus par millimètre cube.

D'autre part, le diamètre moyen des globules rouges est augmenté et dépasse 7 μ : il y a donc *hyperglobulie* manifeste.

Vaquez, puis Laubry et Pezzi ont insisté sur la valeur pronostique de la polyglobulie. Pour ces auteurs, un chiffre supérieur à 6 millions indique une lésion mal tolérée.

Polyglobulie et hyperglobulie doivent être considérées comme une réaction de défense de l'organisme en lutte contre l'asphyxie. Il ne s'agit pas, en effet, d'une simple polyglobulie périphérique liée à la stase dans le système capillaire ; des numérations faites à la

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 15, du 19 février 1938.

fois dans le sang capillaire, le sang veineux et le sang artériel ont montré des taux d'hématies très voisins. Et, d'autre part, la moelle osseuse est le siège d'une forte réaction érythroblastique (P.-E. Weill).

L'examen radiologique révèle d'ordinaire un gros cœur dont le diamètre transversal est nettement augmenté, le bord inférieur fortement convexe, la pointe relevée et arrondie — tous signes traduisant la dilatation des cavités droites. C'est l'aspect dit *en sabot*. En outre, on note souvent la *saillie de l'arc moyen*.

Quant aux *méthodes graphiques*, elles enregistrent généralement une élévation de l'onde présystolique auriculaire, visible sur le cardiogramme et marquée sur le phlébogramme par une accentuation de l'onde *a*, avec pouls hépatique lui aussi à prédominance auriculaire. Les tracés électrocardiographiques montrent de leur côté l'exagération du soulèvement P et la prépondérance électrique du ventricule droit.

Mais ce sont là des signes d'une portée très générale, liés au trouble de fonctionnement et à la stase du cœur droit et non à telle ou telle malformation.

D'ordinaire le rythme reste régulier. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a signalé une dissociation auriculo-ventriculaire dont l'origine congénitale n'est du reste pas toujours démontrée formellement.

L'évolution des cyanoses congénitales est variable, mais on peut dire qu'elles comportent toujours un pronostic sévère.

Dans la majorité des cas, la mort survient dès les premiers mois de la vie, et sur ce terrain débile on conçoit la particulière gravité d'une broncho-pneumonie, d'une gastro-entérite.

Si l'enfant double le cap des premières années, la puberté représente une nouvelle époque critique. C'est souvent à son occasion que se manifestent des accidents d'insuffisance cardiaque ou que se développe une tuberculose pulmonaire dont on discute la fréquence chez ces sujets. Plus tardivement encore, la grossesse est souvent une cause de décompensation.

A tout âge, il faut craindre la greffe d'une endocardite maligne, à marche aiguë ou lente, qui trouve sur les malformations congénitales un terrain propice à son éclosion. Il faut à ce propos rappeler l'opinion de Marfan : « L'endocardite aiguë est exceptionnelle avant 5 ans ; lorsqu'on la rencontre avant cet âge, elle complique le plus souvent une affection congénitale du cœur et on doit rechercher celle-ci ».

Dans certains cas enfin, l'issue fatale peut se produire de façon inopinée, par syncope ou embolie.

FORMES CLINIQUES. — Le tableau clinique que nous avons esquissé répond à celui de la cyanose congénitale typique, permanente, la plus habituellement observée dans la pratique. Il est cependant d'autres variétés.

1. — Nous avons dit que l'auscultation peut demeurer muette. On se trouve donc parfois en présence d'un enfant porteur de cyanose dont l'apparition a été contemporaine ou non de la naissance et chez lequel la dyspnée d'effort, à maintes reprises, a inquiété l'entourage. *L'examen du cœur ne révèle aucun souffle.* Mais l'examen radioscopique montre une augmentation notable du volume des cavités droites. Il faut en pareil cas admettre l'existence d'une anomalie cardiaque et réserver le pronostic.

2. — D'autre part, on connaît la possibilité, à vrai dire non exceptionnelle, de *formes intermittentes de cyanose*. Au repos, le sujet — un enfant le plus souvent — offre un aspect normal. A l'occasion d'un effort, d'une colère ou d'un épisode broncho-pulmonaire même léger, la cyanose se manifeste. Mais, une fois la cause provocatrice disparue, elle s'efface complètement jusqu'à un nouvel incident révélateur.

3. — La cyanose peut aussi apparaître *tardivement*, chez l'adolescent ou chez l'adulte porteur d'une malformation cardiaque latente, par suite de l'entrée en jeu d'une cause surajoutée, déterminant le passage du sang veineux dans les cavités gauches et de là dans la circulation générale. D'ordinaire la cause de cette perturbation circulatoire est une affection respiratoire chronique, une tuberculose fibreuse par exemple.

L'autopsie de ces sujets peut révéler simplement, à l'exclusion de toute autre malformation, une soudure incomplète de la membrane ovale qui obture le trou de Botal. Pendant longtemps cette membrane était restée appliquée sur le rebord de l'anneau de Vieussens par la pression normalement plus forte de l'oreillette gauche, jusqu'au jour où l'hypertension auriculaire droite, ayant décollé la cloison de l'anneau, permit le passage du sang noir dans le cœur gauche.

4. — *Les cyanoses paroxystiques*, décrites pour la première fois par Variot, constituent sans doute la forme la plus curieuse de la maladie bleue.

Elles s'observent chez des enfants dont la croissance se fait d'une manière assez régulière et qui, dans l'intervalle des crises, ne présentent rien de très remarquable, sinon une coloration un peu bleuâtre des ongles et une ébauche d'hippocratisme digital. Pourtant l'auscultation du cœur révèle l'existence d'un souffle systolique rude de la base qui a les caractères du souffle du rétrécissement pulmonaire et qui s'accompagne volontiers d'un frémissement. L'examen hématologique montre un certain degré de polyglobulie.

Brusquement, sans cause ou à l'occasion d'un effort quelconque, « l'enfant pousse un cri strident ou une série de petits cris étouffés, puis la cyanose apparaît. Les oreilles, le pourtour des narines, les lèvres, les extrémités des doigts et des orteils deviennent violacés, presque noirâtres. La peau du corps et des membres est pâle, livide, comme empreinte d'un reflet bleuté. La respiration est bruyante, stertoreuse ; le cœur bat violemment dans la poitrine ; le pouls est rapide, parfois incomptable, si petit qu'il devient souvent imperceptible. Les yeux sont éteints, vitreux, convulsés. La perte de connaissance est complète. Une sueur abondante, glacée, couvre le corps de l'enfant qui, le plus souvent, est en complète résolution musculaire, inerte, parfois cependant agité de légers mouvements convulsifs » (Variot). Si on prend la température anale, on la trouve abaissée à 35°. Surtout, pendant la crise, *le souffle systolique disparaît*. Dans des cas plus rares, au contraire il s'accentue.

Cet accès dramatique a une durée variable, de quelques minutes à plusieurs heures en cas d'accès subintrants. Puis, brusquement la cyanose disparaît, l'en-

fant revient à lui, le souffle est à nouveau perceptible. La reproduction des accidents se fait à des intervalles tantôt assez éloignés (quelques mois), tantôt rapprochés à l'extrême (quelque heures).

La mort est fatale, au cours d'une crise, avant l'âge de deux ans.

Le diagnostic de la maladie bleue est en règle générale facile.

Quand la cyanose apparaît dans le premier âge, elle fait penser avant tout à l'existence d'une malformation cardiaque. Mais parfois tout signe physique manque, et il faut bien savoir que l'absence de souffle ne permet pas de rejeter le diagnostic de cardiopathie congénitale. L'examen radioscopique, montrant les déformations de l'ombre cardiaque, en particulier du ventricule droit et de l'arc moyen, offre dans ces cas un intérêt tout spécial.

L'érythrémie s'accompagne bien de polyglobulie, mais elle détermine une coloration plus rosée des téguments et la splénomégalie est un de ses caractères cliniques essentiels.

La cyanose des affections respiratoires chroniques, surtout accusée lorsque l'état pulmonaire retentit fâcheusement sur le cœur droit ou se complique d'artérite pulmonaire (cardiaques noirs, maladie d'Ayerza), la cyanose des artérites pulmonaires chroniques primitives, la cyanose des compressions médiastinales ne peuvent prêter à erreur qu'avec les cyanoses congénitales d'apparition tardive. L'examen sous écran permet habituellement sans peine la discrimination.

Il peut être plus délicat d'éliminer certaines cyanoses accentuées, avec polyglobulie, qui s'observent chez les sujets jeunes atteints de symphyse cardiaque.

Nous nous bornerons à citer la possibilité chez le nourrisson de cyanose par artérite syphilitique des branches de l'artère pulmonaire (Ribadeau-Dumas, Chabrun et Mlle Wolf). Il existe alors un syndrome broncho-pneumonique et la cyanose y est rarement aussi intense que dans la maladie bleue.

La cyanose paroxystique enfin ne prête guère à discussion avec les signes asphyxiques déterminés par un corps étranger des voies aériennes ou une laryngite sous-glottique.

En définitive, il n'y a le plus souvent aucune difficulté à reconnaître l'existence d'une cyanose congénitale. Le véritable problème est autre.

Il serait précieux en effet, dans chaque cas, de pouvoir diagnostiquer avec exactitude les *lésions anatomiques*, simples ou complexes, qui se trouvent à la base du syndrome clinique. Cette connaissance permettrait d'émettre un pronostic plus rationnel et plus nuancé.

Dans certaines formes le diagnostic de variété anatomique est possible — ou plutôt on est autorisé à incriminer telle anomalie extériorisée par une symptomatologie franche, mais on ne peut éliminer l'hypothèse d'autres malformations associées que rien ne décèle du vivant du malade.

La perception distincte de deux souffles systoliques ayant leur maximum, l'un au foyer pulmonaire, l'autre à la partie moyenne du cœur, avec pour ce dernier une propagation transversale de gauche à droite, laisse soupçonner l'association d'un rétrécissement pulmonaire à une communication interventriculaire.

L'atrésie tricuspidienne pourrait être évoquée devant un souffle systolique accompagné de thrill, avec, à l'écran radioscopique, une hypertrophie portant sur le cœur gauche (Apert).

La cyanose paroxystique serait liée, selon Variot, à des malformations assez précises : origine commune de l'aorte et de l'artère pulmonaire au niveau du ventricule droit — rétrécissement de l'infundibulum de l'artère pulmonaire constitué par une sorte de sphincter — rétrécissement modéré de l'orifice et du tronc de l'artère pulmonaire — communication interventriculaire — hypertrophie et dilatation du ventricule gauche — la crise de cyanose serait en relation avec un spasme du sphincter de l'infundibulum pulmonaire (Marey).

D'autres observations plus récentes de cyanose paroxystique n'ont pas permis de retrouver les mêmes anomalies.

A dire vrai, il n'est guère possible de faire le bilan anatomique des lésions propres à chaque sujet en se fondant sur les seules ressources de la clinique et de la radiologie. La dissociation de deux souffles également systoliques, rudes, vibrants et à propagation étendue est une finesse d'examen peu capable d'emporter la conviction. De plus, les souffles sont susceptibles de variations sous l'influence des modifications du tonus myocardique.

Il est pourtant un trait commun à toutes les formes anatomiques de la maladie bleue. C'est l'existence de cyanose.

Par quel mécanisme physio-pathologique celle-ci apparaît-elle ?

Plusieurs théories ont été proposées.

La plus ancienne est celle de Sénac (1749) qui incrimine *le mélange des deux sangs artériel et veineux.*

Plus tard, on a invoqué la *stase veineuse*, elle-même conditionnée par l'augmentation de la pression dans le cœur droit. La cyanose des cardiopathies congénitales reconnaîtrait donc un mécanisme analogue à celui de la cyanose des cardiopathies acquises (Ferrus, Bouillaud, Durozier, Potain).

Suivant une autre théorie, c'est *l'insuffisance de l'hématose* résultant du rétrécissement pulmonaire qui serait responsable de la cyanose (Louis, Opolzer).

Pour d'autres auteurs enfin, le rôle essentiel reviendrait à la *polyglobulie.*

Chacun de ces trois derniers facteurs peut assurément jouer un rôle adjuvant, mais non un rôle exclusif : la cyanose observée lors de l'asystolie banale ne rappelle que de très loin celle de la maladie bleue. D'autre part, le rétrécissement pulmonaire isolé ne détermine habituellement pas de cyanose, malgré la gêne à l'hématose qu'il entraîne. Et on sait la possibilité de polyglobulies sans cyanose. C'est donc la théorie du mélange des sangs artériel et veineux qui apparaît la plus simple et la plus probante. Il reste à expliquer *comment le sang noir peut pénétrer dans le cœur gauche* et de là dans la grande circulation.

L'existence d'une communication intercavitaire (interventriculaire ou interauriculaire) est la condition

la plus fréquemment remplie. Plus rarement l'aorte naît à cheval sur les deux ventricules. Mais ces anomalies ne suffisent pas à expliquer la cyanose, comme en témoigne l'absence habituelle de celle-ci dans la communication interventriculaire pure. A l'état normal en effet, la pression sanguine est plus forte dans les cavités gauches que dans les cavités droites et c'est le sang artériel qui passe du cœur gauche dans le cœur droit ou du ventricule gauche dans l'aorte. Pour que le sang veineux envahisse le système artériel, il faut en outre qu'une défaillance ventriculaire gauche ou une prépondérance droite, telle qu'en réalise par exemple un rétrécissement associé de l'artère pulmonaire, inverse le sens du courant sanguin. De fait, le rétrécissement pulmonaire est à peu près constant dans la cyanose congénitale. On cite pourtant quelques cas exceptionnels où la cyanose congénitale ne s'accompagne pas de sténose pulmonaire et reconnaît comme substratum anatomique soit une inversion des vaisseaux, l'aorte naissant du ventricule droit, soit un tronc commun aortico-pulmonaire, soit enfin une absence complète de cloisonnement interventriculaire.

Les cyanoses intermittentes ou tardives s'expliquent par un mécanisme identique. Ici encore, l'élévation de la pression dans le cœur droit, au cours d'une affection respiratoire aiguë ou chronique notamment, rend compte du passage accidentel du sang noir dans la circulation générale grâce à la malformation anatomique préexistante et jusque-là muette.

B. — Les cardiopathies congénitales sans cyanose

Alors que les cyanoses congénitales précédemment décrites répondent habituellement à des lésions complexes et graves, les affections dont nous abordons l'étude ont pour substratum anatomique des lésions plus volontiers limitées à une seule malformation.

Celles-ci, contrairement aux précédentes, ont en règle leur symptomatologie objective particulière qui permet souvent leur identification.

Enfin elles contrastent avec la maladie bleue par un dernier caractère essentiel : leur *tolérance* le plus souvent remarquable, d'où leur longue latence et leur découverte parfois tardive.

Les cardiopathies congénitales sans cyanose groupent :

1. Des anomalies de cloisonnement des cavités :
   — Communication interventriculaire.
   — Communication interauriculaire.

2. Des anomalies de développement des gros vaisseaux :
   — Rétrécissement pulmonaire pur.
   — Rétrécissement aortique.

3. La persistance du canal artériel.

I. La communication interventriculaire isolée ou Maladie de Roger. — Roger en 1879 décrivit une affection dont le substratum était une perforation du septum ventriculaire strictement isolée, et l'expression clinique un souffle systolique et un frémissement, sans cyanose ni trouble fonctionnel aucun.

Cette limitation pèche par excès de rigueur. En fait, la communication interventriculaire isolée est très rare ; Laubry a montré qu'elle s'accompagne presque toujours d'une ébauche de rétrécissement de l'artère pulmonaire.

En outre, il est des cas incontestables où la perforation septale, même pure, est mal tolérée, donne naissance à de la cyanose et comporte une évolution écourtée (Cestan, Trémolières et Variot).

Il n'en reste pas moins qu'habituellement, la maladie de Roger demeure silencieuse, ne détermine aucune gêne et se trouve dévoilée à l'occasion d'un examen général.

La communication interventriculaire se traduit par un *souffle systolique mésocardiaque*. Comme le *frémissement cataire systolique*, qui est sa traduction tactile inconstante, le souffle de la Maladie de Roger siège électivement à la partie interne du 3e espace intercostal gauche, le long du sternum. Ce maximum se trouve parfois déplacé un peu plus bas : 4e espace gauche — ou même à droite : bord droit du sternum.

Il occupe toute la systole.

C'est un souffle au timbre rude, râpeux, vibrant.

Sa propagation transversale et médiane de gauche à droite est demeurée classique. Il convient pourtant d'ajouter certains correctifs : le souffle peut irradier en bas et à droite, vers la région xyphoïdienne, les fausses-côtes droites et toute la surface hépatique. En cela, il prêterait à confusion avec celui de l'insuffisance tricuspidienne, à vrai dire exceptionnel. Il peut aussi se propager en haut vers les gros vaisseaux du cou, sans qu'il soit besoin d'évoquer une sténose pulmonaire associée. Le souffle de la Maladie de Roger peut, en somme, irradier dans tous les sens, « *en roue* ».

Il faut ajouter que, pour être la règle, il peut cependant faire défaut, en cas d'orifice minime ou au contraire très vaste. Les bruits du cœur ne sont pas modifiés.

Mais il arrive que l'on perçoive après le second bruit un *souffle* très doux, lontain, *occupant toute la diastole*. « Sa durée est hors de proportion avec sa faible intensité, mais sa longueur et son temps l'éloignent des souffles anorganiques. » (Laubry.)

Bard attribuait cette fuite diastolique au passage d'une veine liquide à travers le pertuis ventriculaire — soit du ventricule gauche dans le droit, soit en sens inverse. Il appuyait cette hypothèse sur les données graphiques : onde supplémentaire à la suite de V, « onde de secousse ». En fait, la plupart des auteurs, avec Laubry, s'accordent pour rapporter ce souffle diastolique à une véritable insuffisance aortique de nature spéciale, fonctionnelle. La perforation septale forme point d'appel pour un élément infectieux qui vient secondairement remanier les lésions, créer des anomalies supplémentaires et déterminer des brides rétractiles, responsables (en raison du voisinage) de l'inocclusion sigmoïdienne.

La radioscopie n'apporte pas une aide importante au diagnostic. L'image cardiaque globuleuse — par hypertrophie des deux ventricules — et animée d'amples battements aurait une certaine valeur si elle était

plus fréquemment observée. « Il n'existe pas d'aspect caractéristique de la Maladie de Roger. » (Laubry.)

L'électrocardiogramme montre en dérivation I un soulèvement R à peine marqué, une dépression S très accentuée. En dérivation III, on note les déformations inverses.

Dans la règle, le diagnostic de perforation septale isolée ne comporte pas un sévère *pronostic*. C'est une cardiopathie remarquablement compensée. Les troubles du rythme sont inhabituels, encore que des exemples de dissociation auriculo-ventriculaire totale avec block des branches aient été rapportés.

Cependant, s'il survient une rupture d'équilibre des pressions sanguines en faveur du ventricule droit, la *cyanose* apparaît. Cette éventualité se trouve réalisée à l'occasion des affections pulmonaires intercurrentes, aiguës ou chroniques ; et le malade s'achemine vers l'insuffisance myocardique, tandis que se modifie la silhouette cardiaque (cœur en sabot).

La cyanose apparaît également lorsque le ventricule gauche accuse une défaillance passagère ou permanente. C'est pourquoi la survenue d'un souffle diastolique au cours d'une Maladie de Roger comporte toujours une fâcheuse signification.

Témoignant d'un remaniement lésionnel, il annonce l'insuffisance ventriculaire gauche dans un délai souvent assez bref.

D'autre part, la communication interventriculaire, affection stabilisée, peut former point d'appel pour une greffe infectieuse. Enfin son évolution est sous la dépendance des facteurs physio-pathologiques sur lesquels nous aurons à nous expliquer de façon plus générale.

Nous avons chemin faisant noté les aspects cliniques variés que peut revêtir la communication interventriculaire isolée ; nous n'y reviendrons pas.

II. LA COMMUNICATION INTERAURICULAIRE ISOLÉE. — La persistance isolée du trou de Botal n'a d'ordinaire aucune expression clinique : c'est une trouvaille d'autopsie. La cyanose qu'on lui attribue ne survient que s'il se produit un déséquilibre auriculaire ou s'il s'ajoute une sténose pulmonaire. On décrit encore un souffle pré-systolique ou systolique, perçu au milieu ou à gauche du sternum, à la hauteur du 3e espace. La communication interauriculaire peut se compliquer enfin d'embolies paradoxales *croisées* (embolies à point de départ veineux dans la circulation générale, ou embolies pulmonaires à point de départ artériel).

En fait, l'histoire clinique de la perforation isolée du trou de Botal est dépourvue de toute base sérieuse.

III. LE RÉTRÉCISSEMENT ISOLÉ DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. — C'est la plus fréquente des malformations congénitales. A l'état isolé, elle est, comme la Maladie de Roger, longtemps bien supportée. Et sa latence autorise à la discuter chez l'adulte.

La sténose pulmonaire pure ne s'accompagne habituellement pas de cyanose. Les sujets auraient plutôt une légère coloration bleuâtre des pommettes, une « tendance à la cyanose » (Moussous).

Quant aux divers troubles fonctionnels, tels que dyspnée d'effort, toux sèche, refroidissement des extrémités, ils varient beaucoup avec les individus.

L'inspection du thorax montre rarement une voussure précordiale correspondant à la dilatation du ventricule droit.

Le symptôme capital du rétrécissement pulmonaire est le *souffle systolique* dont le *frémissement cataire* est la traduction tactile presque constante. Intense ou faible, plus facilement perçu dans le décubitus latéral gauche, le frémissement ne fait presque jamais défaut.

Comme lui, le souffle siège au maximum à l'extrémité interne du 2e espace gauche. Il peut s'entendre avec une intensité très atténuée dans toute l'aire précordiale. Il s'accentue dans le décubitus dorsal. C'est un souffle rude, intense, presque ronflant, qui occupe toute la systole. Il se propage électivement en haut vers la partie interne de la clavicule gauche, mais ne se retrouve pas dans les vaisseaux du cou. Il peut encore, chez les individus maigres, à thorax étroit, s'entendre dans le dos.

Il faut savoir du reste que le souffle peut faire totalement défaut. Selon ses modalités de siège, il serait possible de distinguer entre sténose infundibulaire et sténose orificielle. Ce sont là des nuances dont l'interprétation est sujette à caution.

L'auscultation du cœur permet encore de saisir les modifications des bruits habituelles aux cardiopathies droites : prolongement du premier bruit, retentissement du second bruit pulmonaire.

Il est quelquefois donné de percevoir après le deuxième bruit un *souffle diastolique* par insuffisance pulmonaire associée. Il est rare, comme la lésion elle-même. Son timbre, son temps, sa durée sont semblables à ceux du souffle d'insuffisance aortique et son siège au 2e espace gauche ne saurait toujours suffire à le distinguer de ce dernier.

La radioscopie fournit au diagnostic de précieuses données. La silhouette cardiaque est sensiblement modifiée et l'on distingue l'augmentation de volume des cavités droites avec élargissement transversal du cœur et, en position transverse, comblement par le ventricule droit de l'espace rétro-sternal ; l'aspect normal du ventricule gauche ; le relèvement de la pointe qui est arrondie. Bref, c'est l'image du *cœur en sabot*.

Mais surtout, en position frontale, se détache la saillie anormalement développée de l'arc pulmonaire traduisant la dilatation du vaisseau qui est animé d'amples battements.

L'électrocardiogramme montre la prépondérance électrique du ventricule droit, souvent une exagération de P.

Nous n'insisterons pas ici sur *l'évolution* de la sténose pulmonaire — les considérations générales qui seront développées plus tard lui conviennent en tous points.

Rappelons *quelques formes cliniques* de Rétrécissement pulmonaire :

Une forme silencieuse ;

Une forme fruste, sans souffle ni thrill. La cyanose est habituelle en pareil cas,

On a signalé une forme avec pouls lent permanent, tout à fait exceptionnelle.

Par contre, on sait la fréquence avec laquelle la sténose pulmonaire s'associe à d'autres anomalies cardiaques, à la communication interventriculaire en particulier.

(*A suivre.*)

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1938)

Recherches viscosimétriques sur les sérums et les solutions de leurs protéines séparées par la méthode de l'acétone à froid. — MM. Ch. ACHARD, A. BOUTARIC et Mme Madeleine ROY.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1938)

M. le PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Félix MESNIL, membre libre.

L'examen médical des automobilistes. — M. TANON, au nom de la Commission de l'automobile, lit un rapport sur cette question. En 1921, en 1926, en 1930, l'Académie s'est déjà prononcée sans résultat en faveur de l'examen médical. La Commission estime qu'en matière de transport en commun ou de poids lourds, l'examen donne des garanties suffisantes. En matière de tourisme, il serait utile pour chaque conducteur et nécessaire dans l'intérêt de tous les automobilistes de s'y soumettre.

Le rapporteur propose à l'Académie de demander à M. le Ministre des Travaux publics de constituer une Commission qui aura à examiner ce point de vue spécial.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Claude, Guillain et P. Delbet, le vote est remis à quinzaine.

L'orientation actuelle de la lutte antituberculeuse. — M. Fernand BEZANÇON montre que le magnifique essor scientifique de notre époque a pour revers un fréquent remaniement de doctrines que l'on croyait établies sur des bases solides, et nécessite par suite une révision des applications pratiques qui découlent de ces doctrines.

Il y a quelque vingt années, les bases de la lutte antituberculeuse semblaient simples : on considérait que la contagion s'exerçait surtout en milieu familial, vis-à-vis du nourrisson et de l'enfant ; que la tuberculose évolutive de l'adulte était beaucoup plus rarement la suite d'une contagion récente, mais bien plutôt le résultat du réveil d'une tuberculose restée jusque-là latente.

Les recherches récentes montrent la fréquence beaucoup moins grande qu'on ne le croyait des cuti + chez les adolescents et chez les adultes, et font à la primo-infection tardive une part beaucoup plus importante qu'on ne le pensait.

La pénétration en milieu contaminé de jeunes gens à cuti négatives comporte un réel danger qui n'existerait pas pour les porteurs de cuti positives ; on aurait fait jouer un trop grand rôle aux causes secondes, pas assez à la contagion.

Une reprise d'études des conditions du développement de la tuberculose chez l'adulte s'impose donc, et il importe de savoir si c'est l'intensité, la répétition des contacts qui est le facteur décisif, ou si en même temps, ne doivent pas intervenir toute une série de causes secondes qui permettent la pullulation des bacilles introduits par la contagion.

M. BEZANÇON insiste sur l'importance des méthodes de dépistage, et sur celle de la prophylaxie.

L'armement antituberculeux, dit-il en terminant, ne comprend pas seulement l'emploi du B.C.G., le développement des œuvres de protection de l'enfance, l'utilisation de plus en plus grande du dispensaire, du préventorium, du sanatorium, il comporte l'étude de toutes les questions ayant trait au mode de vie et de travail du tuberculeux, à l'assistance post-sanatoriale, au logement sanatorial, à la reprise du travail des tuberculeux.

Une coordination étroite des efforts des cliniciens et des hommes de laboratoire avec les sociologues, seule, pourra apporter de nouveaux résultats et continuer à faire descendre la courbe de la mortalité tuberculeuse qui, bien qu'en grande décroissance, reste encore singulièrement élevée dans notre pays.

Les tests sérologiques de guérison de la tuberculose pulmonaire. — M. Paul COURMONT. Existe-t-il des preuves décisives qu'une lésion tuberculeuse est complètement guérie ? La clinique, la radiologie, l'examen des crachats peuvent indiquer une « *guérison clinique* », mais non affirmer une « *guérison réelle* ». Les *tests sérologiques* peuvent, dans certains cas, prouver cette guérison réelle.

Il faut d'abord avoir recherché pendant la maladie les réactions sérologiques spécifiques : *séro-agglutination*, réaction de *déviation du complément*, *pouvoir bactéricide du sérum* et, si possible, leurs variations, c'est-à-dire, la courbe sérologique comparée à l'évolution clinique. Ce sont des éléments non seulement de diagnostic, mais de pronostic. Puis on les recherche lors de la guérison clinique.

Si ces réactions persistent toutes, il y a grande probabilité que les lésions ne sont pas complètement éteintes. Si elles diminuent, puis disparaissent toutes, c'est la certitude d'une guérison réelle. Entre ces deux extrêmes, la décroissance ou les variations de chacune d'elles ont une grande importance. La déviation du complément disparaît ordinairement la première. Le pouvoir bactéricide et le pouvoir agglutinant persistent souvent plus longtemps. Leur retour à la normale indiquera la disparition de toute activité de la tuberculose. La sérologie de la tuberculose, souvent trop négligée, a donc une grande importance pour juger de la guérison réelle.

Recherches sur le déséquilibre protido-lipidique du sérum d'eczémateux à différentes phases de la maladie. — MM. SARTORY, HUFSCHMIDT et S. MEYER.

BIBLIOGRAPHIE

Pour consacrer davantage le succès sans égal qu'obtint ce Congrès et pour répondre à un désir plusieurs fois exprimé par ceux qui s'intéressent à cet utile mouvement, le Comité, soucieux d'assurer la plus large diffusion à une œuvre aussi unanimement appréciée, a décidé de publier les **actes du premier Congrès international de médecine néo-hippocratique,** qui s'est tenu à Paris, du 1er au 5 juillet 1937, sous la présidence du professeur LAIGNEL-LAVASTINE et avec la collaboration des plus éminentes personnalités du monde médical de France et de l'étranger.

Pour profiter des prix de souscription (50 fr. français), prière d'adresser le montant de la commande, augmenté des frais de port et d'emballage (5 fr. pour la France et les Colonies françaises, 10 fr. français pour l'étranger) à : *Congrès international de médecine néo-hippocratique*, 7, rue du Texel, Paris (14e). — Compte chèque post. Paris 2106-91, ou par chèque bancaire, au docteur Bosc, trésorier du congrès. Le prix définitif du livre, non souscrit, sera beaucoup plus élevé à la parution (60 fr. français au moins), et l'on ne saurait trop engager ceux qui le désirent à s'inscrire dès à présent.

INFORMATIONS

(*Suite de la page 266.*)

Concours pour le recrutement d'un médecin ophtalmologiste en Tunisie. — Un concours sur titres est ouvert à la direction de l'Assistance et de la Santé publiques, à Tunis, pour le recrutement d'un médecin ophtalmologiste en Tunisie. Les candidats doivent être : 1° Français ou Tunisiens ; 2° âgés de moins de 45 ans, à la date du concours ; 3° pourvus du diplôme de docteur en médecine d'Etat français ; 4° avoir satisfait aux obligations militaires ; 5° être pourvus d'un certificat d'aptitude physique délivré par deux médecins assermentés.

Les candidats doivent justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou des services antérieurs. Ils seront tenus d'accomplir une année de stage rémunéré. A l'expiration de ce stage, ils pourront être engagés par contrat pour une période de dix années renouvelable. Ils recevront une indemnité annuelle de 50 000 fr. A défaut de logement en nature, il leur sera alloué une indemnité représentative de logement, dont le montant ne pourra excéder 6.000 fr. par an. A l'occasion des tournées de service, ils auront droit au remboursement de leurs frais de déplacement dans les mêmes conditions que celles appliquées aux fonctionnaires des administrations du Protectorat. Il leur est interdit de faire de la clientèle à titre onéreux.

Les dossiers des candidats devront parvenir à la direction de l'Assistance et de la Santé publiques, à Tunis, avant le 15 avril 1938. La date d'entrée en fonctions est prévue pour le 1er juin 1938.

Croix Rouge et Convention de Genève. — Le soixante-quinzième anniversaire de la fondation de la Croix-Rouge sera célébré en juin 1938, probablement au cours de la 16e conférence qui doit avoir lieu à cette époque à Londres.

En 1939, aura lieu la commémoration du 75e anniversaire de la Convention de Genève.

Société de médecine de Paris. — La séance du vendredi 11 mars sera entièrement consacrée à l'*hydrologie*.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (149, rue de Sèvres). — M. le professeur Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des enfants le jeudi 3 mars 1938, à 9 heures.

CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (CLINIQUE PARROT). — M. le professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 9 mars, à 10 h. 15, à l'Hospice des Enfants Assistés (74, rue Denfert-Rochereau), et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le mercredi 2 mars.

CONFÉRENCES D'HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE. — M. le professeur agrégé Pierre Joannon commencera ses conférences le mardi 15 mars 1938, à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les jeudis, samedis et mardis, à la même heure.

COURS COMPLET D'OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur PORTES, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique le jeudi 17 mars 1938, à 17 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

Sujet du cours : *Syndromes hémorragiques, dystocie, infection puerpérale.*

LIVRES NOUVEAUX

Bec-de-lièvre. Formes cliniques. Chirurgie, par Victor VEAU, avec la collaboration de M. Jacques RÉCAMIER. Paris, Masson et Cie, 1938.

Tel qu'on pouvait l'attendre d'une telle plume, le présent traité rassemble et résume en moins de 350 pages l'expérience de longues années d'études théoriques et cliniques et de pratique chirurgicales, édifiées sur la base d'une tradition mûrement méditée et interprétée. C'est à la fois une somme et un atlas : 1.200 observations personnelles y sont commentées et critiquées après avoir été, pour chaque cas, poursuivies des années durant. Plus de 1.200 figures, photographies et surtout dessins tracés par l'auteur même sont un commentaire parlant de ce qui fut, de ce qui fut fait et du résultat obtenu dans chaque forme, chaque cas, chaque acte opératoire. Œuvre d'une longue patience et que le temps doit respecteur. « J'ai l'impression, écrit humblement l'auteur, de savoir assez exactement ce qu'il ne faut pas faire... »

Sans doute aussi le chirurgien y apprendra-t-il beaucoup de ce qu'il peut espérer et oser pour modeler à nouveau un visage humain, et la sévérité de l'artiste n'amoindrira pas l'admiration qui est due à son œuvre et dont il est seul à pouvoir se défendre.

L. BABONNEIX.

Les embolies artérielles des membres, par H. HAIMOVICI. Préface de MM. R. LERICHE et J. FIOLLE (1).

Ce travail constitue la première mise au point des embolies artérielles des membres. Il ne représente pas seulement une synthèse complète de tous les travaux qui ont paru sur ce sujet dans la littérature internationale, mais aussi un apport personnel extrêmement important. L'ouvrage comprend 3 parties : clinique, physiopathologie et thérapeutique.

Le tableau clinique des embolies artérielles des membres doit être revisé : des faits nouveaux permettent d'y apporter certaines retouches. Aussi les cliniciens seront-ils intéressés de trouver à côté de la forme classique, la seule bien connue jusqu'à présent, les formes suivantes : les embolies manquées (J. Fiolle) ou anischémiques (Haimovici), les embolies occultes (J. Fiolle), les artérites emboliques chroniques (Haimovici), etc.

L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic et il soumet à une critique judicieuse de nombreuses observations de thrombose artérielle aiguë et d'embolie.

Dans la deuxième partie est exposée la physiopathologie des accidents emboliques. On lira avec profit cette étude physiopathologique, où sont exposés avec force détails de nombreuses notions au premier plan de l'actualité.

La thérapeutique constitue enfin la troisième partie de cet ouvrage. Elle s'inspire des données de la physiopathologie. Ces notions permettent ainsi de poser les indications thérapeutiques avec plus de précision. Les méthodes médicales (les infiltrations anesthésiques, les médications sympathicolytiques et vaso-dilatatrices, etc.) et les méthodes chirurgicales (embolectomie, artériectomie, sympathectomie caténaire, etc.) sont ainsi longuement exposées avec grand soin.

L. G.

(1) Un volume de 336 pages, avec 25 figures. Prix : 55 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 18. — MERCREDI 2 MARS 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux* (admissibilité). — Noms des candidats : MM. les docteurs Albeaux-Fernet, Albot, Antonelli, Auzépy, Bardin, Benoist, Bernal, Bernard, Bioy, Bolgert, Bloch, dit Bloch (Michel), Bonnard, Boudin, Bousser, Brocard, Brouet, Busson, Cachin, Cahen, Debray, Delamare, Delay, Deparis, Derot, Desoille, Dugas, Even, Facquet, Fauvert, Ferroir, Fiehrer, de Font-Réaulx, Fouquet, Friedmann, Frumusan, Gabriel, Gilbrin, Goldberg, Gouyen, Hamburger, Hesse, Horowitz, Joseph, Klotz Boris, Klotz Henri-Pierre, Kreis, Lafitte, Laplane, Lémant, Lemelletier, Lereboullet, Macrez, Mahoudeau, Mallarmé, Mauric, Meyer, Meyer-Heine, Moussoir, Netter, Pautrat, Perrault, Poumeau-Delille, Rambert, Ribadeau-Dumas, Rudaux, Salles, Sallet, Schwob, Sée, Sigwald, Sterne, Thieffry, Uhry, Weill, Zadoc-Kahn.

Concours de l'internat (oral). — Séance du 23 février 1938 : MM. Berthon, 17 ; Perol, 16 ; Adam, 17 ; Carlotti, 19 ; Chigot, 18 ; Saltet de Sablet, 16 ; Mendelsohn, 22 ; Kropff, 20 ; Mlle Tourneville, 24 ; M. Hardel, 24.

Questions données. — Signes et diagnostic du cancer du pylore. Ostéoarthrite tuberculeuse du poignet.

Séance du 25 février 1938 : MM. Goury-Laffont, 20 ; Sterboul, 22,5 ; Maignan, 19 ; Mlle Haller, 21 ; MM. Cossart, 19 ; Metzger, 16 ; Isorni, 15 ; Mouton, 20 ; Tahar, 18 ; Mantoux, 26.

Questions données. — Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. Complications des kystes de l'ovaire.

Séance du 26 février 1938 : MM. Huber, 22 ; Fraquet, 16 ; Baudon, 20 ; Mattei, 22 ; Bauchart, 19 ; Pruvot, 16 ; Monod, 15 ; Lange, 26 ; Kartun, 17 ; Kreisler, 20.

Questions données. — Signes et diagnostic de la pleurésie sérofibrineuse de la grande cavité. Signes et diagnostic et traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire.

Hôpital Bon-Secours. — Un concours pour trois places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires sera ouvert le lundi 4 avril 1938, à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (14e).

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques.

Les internes titulaires en fonction reçoivent un traitement annuel de 5.600 fr. la première année, 5.900 la deuxième et 6.200 la troisième.

Pour les renseignements et demandes d'inscription, s'adresser à M. l'administrateur-délégué, 66, rue des Plantes, le mercredi, de 9 à 11 heures, et le samedi, de 14 à 17 heures, jusqu'au 26 mars 1938 inclus (dernier délai d'inscription).

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le conseil est convoqué en session ordinaire le lundi 7 mars 1938. La durée de la session est fixée à trois jours.

Conseil supérieur de la Recherche scientifique. — La session du conseil s'ouvrira le mercredi 2 mars. La durée de la session est fixée à quatre jours.

Médaille du Professeur Grégoire. — La remise de la médaille offerte au professeur Grégoire par ses élèves et amis aura lieu dans l'intimité, à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 6 mars 1938, à 11 heures.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris. — Prix à décerner : 1° Prix Gingeot (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année

1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « *Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépato-biliaires* ». Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

2° Prix Paul Le Gendre (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « *Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical* ». Les mémoires, manuscrit ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Légion d'honneur. — COMMERCE. — *Officier* : M. Vaillant, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier* : MM. les docteurs Liégard et Vernet, à Paris.

Chevalier : MM. les docteurs Gobinet, à Rethel ; Friedmann, à Paris ; Mme Dreyfus-Sée, à Paris.

Guerre. — COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ. — Le Comité pour 1938 est ainsi composé : Président : M. le médecin général inspecteur Savornin.

Membres titulaires : MM. les médecins généraux inspecteur Lévy, Morvan, Plisson, Vallat, Gay-Bonnet ; les médecins généraux Schickele, Paître ; le médecin général inspecteur Normet, et les médecins généraux Frontgous et Passa, des troupes coloniales ; le pharmacien général Mancier.

Membres consultants : MM. Auvray, Bezançon, Lenormant et Roger, membres de l'Académie de médecine ; les médecins généraux Beyne, Worms, Lannes-Dehore ; les médecins colonels Pilod, Fribourg-Blanc, Milous ; le pharmacien colonel Debucquet. Secrétaire : le médecin colonel Lambert des Cilleuls.

— HÔPITAUX THERMAUX. — Sont désignés pour assurer en 1938 le fonctionnement des hôpitaux thermaux, les officiers du Service de santé, dont les noms suivent :

Barèges : MM. Iverseno, Valatx, Bastard.
Bourbonne-les-Bains : MM. Coffiney, Vidal, Delmas.
Châtel-Guyon : MM. Despujols, Lemaistre.
Le Mont-Dore : MM. Attané, Rabaute.
Vichy : MM. Audouy, Nenon, Lemaire, Germain, Trial.
Saint-Nectaire : M. Goudet.

Le buste du docteur Roux sera offert à l'Institut Pasteur. — La Renaissance française, dont le président est M. Léonce Armbruster, Commissaire général de l'Union des Grandes Association françaises, — et qui a déjà prix d'heureuses initiatives, telles que la célébration du Jubilé du professeur d'Arsonval, la cérémonie à Strasbourg en l'honneur du docteur Netter, vient d'ouvrir une souscription pour offrir à l'Institut Pasteur le buste du docteur Roux, par le sculpteur Armand Bloch.

Les souscriptions doivent être adressées au compte de chèques postaux de la Renaissance française, Paris 747-50.

Echanges intellectuels franco-italiens. — Il y a quelques semaines, la *Presse médicale* consacrait un numéro entier à la publication, en français, de remarquables travaux italiens. La *Riforma Medica*, notre grand confrère de Naples, publie, à son tour, un magnifique numéro contenant uniquement des travaux français. MM. F. Bezançon et Delarue, R. Leriche, Pagniez et Plichet, Pautrier, G. Ramon, H. Roger, Roussy et Mosinger, Emile Sergent et Fourestier ont apporté leur collaboration à ce numéro.

Rien n'est plus noble, ni plus utile, surtout dans des circonstances difficiles, que cet effort pour maintenir des liens intellectuels entre les médecins de culture latine. Nous sommes heureux de féliciter nos deux grands confrères de Naples et de Paris pour cette collaboration amicale et confiante.

COURS ET CONFÉRENCES

— CLINIQUE MÉDICALE THÉRAPEUTIQUE, La Pitié (professeur F. RATHERY).

Mercredi 2 mars. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY : Maladies du rein.

Jeudi 3 mars. — 10 h. 30 : M. RATHERY : Leçon clinique : De quelques notions élémentaires de clinique.

Vendredi 4 mars. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme.

Dimanche 6 mars. — 10 h. 30 : Leçon du dimanche : « Les Thérapeutiques nouvelles » : M. BACHMAN : Traitement des prurits.

CHAIRE DE PHYSIOLOGIE. — M. le professeur Léon BINET commencera son cours le mercredi 2 mars, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Objet du cours : Respiration, Circulation, Digestion, Sécrétion interne.

CHAIRE D'ASSISTANCE SOCIALE. — M. le professeur O. CROUZON reprendra son enseignement le lundi 7 mars, à 16 heures, et le continuera les mercredis et lundis suivants à la même heure, salle de thèses N° 2. Programme : assurances sociales, œuvres d'assistance et de prévoyange privées ou extra-légales. En outre, des visites sont prévues dans divers établissements d'assistance.

Nécrologie. — Le docteur Paul d'Halluin, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Lagny.

— Le docteur Paul Le Floch, à Paris.

— Le docteur Jean Postel, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux du Havre.

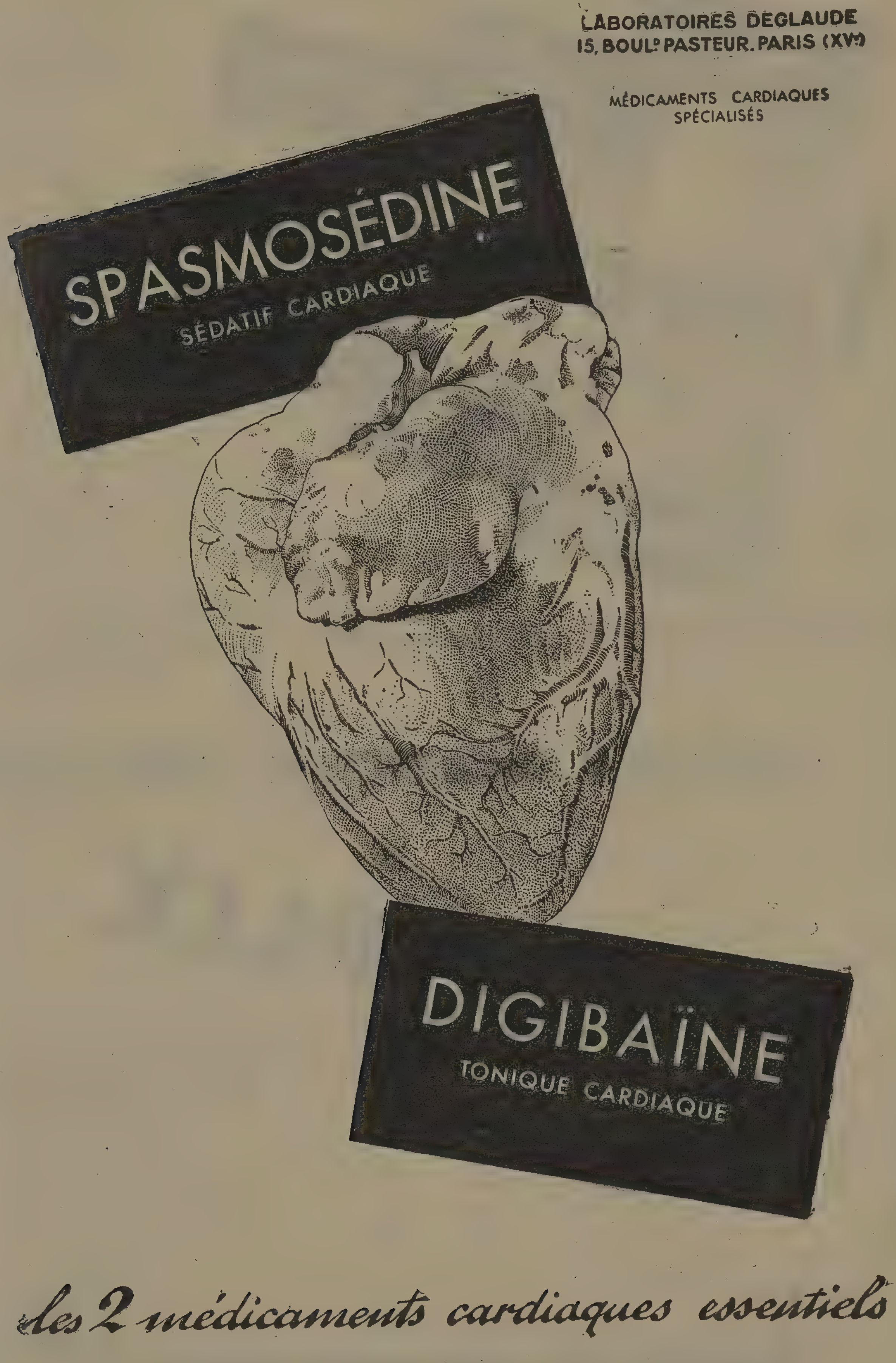
— Le docteur Edouard Audiat, médecin général du cadre de réserve de la marine.

— Le docteur Maurice Jourdan, chef de clinique urologique à la Faculté de médecine de Montpellier, victime du devoir professionnel.

— Le professeur M. Siraud, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital Saint-Luc, à Lyon, vice-président du conseil général de Saône-et-Loire, maire de Saint-Point.

— Le docteur S. Davenport, à Paris.

— Le docteur Le Taro, à Lamballe.


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR. PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
les 2 médicaments cardiaques essentiels

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Sous la direction de M. P. GASTINEL,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Par R. PULVENIS,

EX-CHEF DE LABORATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

DERMATOLOGIE

Recherches du type de bacille tuberculeux dans les dermatoses tuberculeuses, plus particulièrement lupus vulgaire. (J. A. VON KRIEKEN. *Arch. für dermat. und syph*, 1937, Bd. CLXXV, p. 662.) — Les recherches de l'auteur portent sur 63 malades atteints de tuberculose cutanée, en vue de déterminer le type de bacille : humain ou bovin. Dans les cas de lupus, les souches humaines ont été rencontrées dans 78 p. 100 des cas et les souches bovines dans 22 p. 100. Il s'agissait généralement de souches de faible virulence. Signalons l'impossibilité pour l'auteur de déceler le bacille dans les cas suivants : érythème induré de Bazin, tuberculides papulo-nécrotiques, lupus érythémateux, angiolupoïdes, granulomes annulaires et lupus miliaires disséminés.

La bacillémie tuberculeuse chez les enfants atteints d'érythème noueux. (DEBRÉ, SAENZ et BROCA. *Arch. de méd. des enfants*, 1936 t. XXXIX, p. 787.) — Les auteurs ont observé la bacillémie dans 1,7 p. 10 des cas, chiffre remarquable puisque, dans les cas de tuberculose avérée, il ne dépasse guère 0,4 p. 10. Dans les observations d'érythème noueux infantile, le sang doit être considéré comme un produit pauci-bacillaire, ne provoquant qu'une tuberculisation très lente des cobayes, avec une phase prolongée antéallergique. Les auteurs concluent qu'au moment de la poussée d'érythème noueux, se fait une migration bacillaire.

Purpura et tuberculose. (OUMANSKY et PESCAROLO. *Ann. de méd.* 1936, t. XL, p. 306.) — Il est exceptionnel que le purpura primitif relève d'une étiologie tuberculeuse.

Quand purpura et tuberculose sont associés, rien ne permet d'établir un rapport de causalité entre ces deux états, qui demeurent indépendants l'un de l'autre. On a cherché à appuyer cette conception sur le caractère négatif des examens bactériologiques et notamment l'absence de bacillémie.

Lymphogranulomatose maligne à manifestations cutanées prédominantes préludant aux adénopathies. (DUJARDIN et VAN DER MEIREN. *Bull. Soc. franç. Dermat. et Syph.* 1937, n° 7, *Réunion de Strasbourg*, p. 1451.) — A propos de l'observation d'un malade porteur de tumeurs cutanées lymphogranulomateuses, les auteurs insistent sur le polymorphisme des manifestations éruptives de la maladie de Hodgkin. Elles s'orientent vers l'érythrodermie avec tendance à la lichénification et la pigmentation. Dans certains cas, les proliférations granulomateuses prennent un caractère tumoral et, dans le cas rapporté, l'infiltration est diffuse, en nappe, sans participation ganglionnaire. Ainsi, la maladie de Hodgkin ressemble-t-elle au tableau du mycosis fongoïde. L'évolution du cas des auteurs belges a duré plusieurs années, mais au moment où les adénopathies ont apparu, le malade s'est cachectisé. Il n'y avait pas de lésions viscérales à l'autopsie.

La place des leucémies dans le cadre des processus prolifératifs. Leurs rapports avec les granulomatoses et les tumeurs. (OBERLING. *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1937, n° 7. *Réunion de Strasbourg*, p. 1193.) — La présence dans le derme ou l'hypoderme d'infiltrations cellulaires peut se différencier en trois ordres de processus, selon la nature des cellules : les granulomatoses cutanées, les infiltrats leucémiques et les tumeurs à cellules rondes. Des formes transitoires existent, et le problème doit être abordé par voie expérimentale. A cet égard, les travaux de Oberling et Guérin ont montré que la leucémie transmissible des poules relève d'un agent responsable qui se maintient en dehors des cellules et présente des caractères comparables aux virus filtrants. Inoculé dans l'organisme d'un animal neuf, il se fixe dans la moelle osseuse et déclenche une prolifération des éléments de la lignée érythroblastique. Or, lorsqu'on utilise pour les inoculations un matériel atténué par un séjour plus ou moins prolongé à la glycérine et à la glacière, et lorsqu'on pratique les inoculations par voie intra-musculaire, on peut obtenir des tumeurs du type sarcomateux. De telles tumeurs s'accompagnent habituellement de leucémie ; et même, si celle-ci fait défaut, leur inoculation détermine de nouveau des leucémies, et ainsi on peut obtenir à plusieurs reprises le passage leucémie-tumeur et tumeur-leucémie. Les auteurs ont pu également déclencher des processus granulomateux du derme et de l'hypoderme à caractères histologiques très variables.

L'existence d'un agent filtrant dans l'étiologie des leucémies des mammifères n'est pas démontrée, mais certaines recherches ont révélé d'étroites relations entre leucémies et tumeurs.

En résumé, si l'on peut dire aujourd'hui que l'agent de la leucémie des poules apparaît comme un virus à affinité hémotrope, transmis par des filtrats de sang et d'organes leucémiques, on ne peut démontrer ni exclure l'intervention d'un semblable virus dans les leucémies des mammifères.

Considérations générales concernant le classement du mycosis fongoïde. (LAPIERRE (Liége). *Bull. Soc. franç. Dermat. et Syph.*, 1937, n° 7, *Réunion de Strasbourg*, p. 1412.) — L'auteur démontre que le mycosis fongoïde est une maladie du derme et peut avoir ses répercussions sur tout le système lymphoïde. Le mycosis fongoïde groupe les affections lymphadéniques du derme à point de départ réticulo-endothélial.

Les épithéliomas baso-cellulaires pigmentés. Contribution à leur étude anatomo-pathologique. (GATÉ, MASSIA et DELBOS. (*Ann. Dermat. et Syph.*, 1937, t. VIII, p. 337.) — Les épithéliomas pigmentés baso-cellulaires se caractérisent par la quantité anormale des cellules pigmentaires, ce qui produit une coloration brune-grise imprégnant d'une façon partielle ou diffuse tout le néoplasme. Ces tumeurs, d'ailleurs assez rares, répondent au mélanome bénin de Bruno Bloch, qu'il faut distinguer du mélanome malin du même auteur. Dans ce dernier cas, le pronostic est beaucoup

plus sérieux et entraîne rapidement la mort en l'absence de thérapeutique. Il est bon de rappeler que si l'on hésite dans le diagnostic entre ces deux types de mélanomes, il ne faudra pas pratiquer une biopsie, toujours dangereuse, mais bien détruire l'ensemble du cancer et profiter de l'intervention pour prélever les fragments nécessaires à l'étude histo-pathologique. Les baso-cellulaires pigmentés n'ont pas de pronostic différent des épithéliomas de même structure, mais non pigmentés. La présence du pigment ne modifie en rien le pronostic et la thérapeutique. A cet égard, la diathermo-coagulation large est un procédé de choix ainsi d'ailleurs que la radiothérapie, en se souvenant que l'épithélio-me baso-cellulaire est le plus radiosensible des épithéliomas cutanés.

Du mécanisme pathogénique des érythèmes solaires. (AIMES et J. CAYLA. *Ann. Inst. d'Actinologie*, 1936, t. XI, p. 29.) — Les rayons solaires peuvent déterminer l'apparition de deux types d'érythème : 1° l'érythème photochimique, tardif et durable. Ces deux types s'opposent par leur nature et leur pathogénie. L'érythème primaire débute une quinzaine de minutes après l'exposition aux rayons et survient lorsque la température est entre 30° et 35°C. Il disparaît très vite après que le sujet n'est plus soumis à l'action des rayons et n'entraîne ni pigmentation ni desquamation. C'est l'élévation de la température par les rayons calorifiques qui conditionne sa survenue. Il résulte de modifications physico-chimiques. L'érythème secondaire attend deux heures environ après le début de l'insolation. Il ne se développe que progressivement pour atteindre son maximum en douze heures. Il disparaît en deux à quatre jours, mais il est suivi de desquamation et de pigmentation. Du point de vue pathogénique, il convient ici d'invoquer l'action des rayons ultra-violets solaires et particulièrement des rayons chimiques du spectre. Les rayons ultra-violets provoquent une paralysie des vaso-constricteurs des artérioles dermiques ; ils déterminent, d'autre part, la formation dans l'épiderme d'une substance vaso-dilatatrice toxique qu'il faut sans doute assimiler à l'histamine, substance qui par la suite est entraînée dans le torrent circulatoire.

Formes cliniques des pyodermites végétantes. (A. NANTA et A. BAZEX. *Ann. Derm. et Syph.*, 1937, t. VIII, p. 609.) — Les auteurs proposent une classification d'après laquelle ils distinguent les pyodermites végétantes secondaires au cours de dermatoses déjà établies et les pyodermites végétantes primitives. Ce dernier groupe comprend des formes nombreuses. Une des plus typiques répond à la maladie décrite par Hallopeau sous le nom de dermite pustuleuse chronique à foyer excentrique ; il s'agit d'une forme pustulo-végétante. Selon que la pyodermite primitive revêt certaines dispositions anatomiques, on peut observer des formes fistuleuses ou des formes suintantes revêtant des types syphiloïdes, papillomateux, pseudo-néoplasiques, granulomateux, atropho-végétants. Enfin, il est des formes aiguës avec température légère, dont l'évolution se fait rapidement vers la guérison.

Les auteurs, qui n'ont proposé qu'une classification clinique, ne peuvent dire si la nature de l'agent microbien est susceptible de déterminer telle ou telle forme. Ils ignorent aussi le rôle qui peut être dévolu aux altérations humorales ou causes associées, telles que la syphilis ou une mycose. Sans doute existe-t-il des facteurs nombreux, mais mal connus à l'heure présente, agissant soit dans la survenue, soit dans le déterminisme des formes cliniques des pyodermites.

Un cas de choïlonychie totale. (F. WISS-CHODAT. *Ann. Dermat. et Syph.*, 1937, t. VIII, p. 561.) — Dans cette affection, les bords latéraux des ongles sont épaissis, alors que la partie médiane est concave et en retrait. La déformation est le résultat d'une hypertrophie des bords latéraux ou bien de l'atrophie et de l'amincissement de la partie médiane du limbe, lequel devient concave. On a jusqu'ici rapporté peu de cas de cette affection, dont l'étiologie mal connue a été attribuée à une influence souvent familiale ou à des causes extérieures, dont l'humidification répétée des ongles. L'auteur estime plus logique d'admettre un trouble trophique et de faire rentrer cette affection dans le groupe des avitaminoses frustes de croissance et plus spécialement des groupes A et D. Des résultats thérapeutiques ont été obtenus par lui. en associant aux facteurs A et D des sels de chaux.

Un cas d'actino-anaphylactose déclenché par le pyréthane. (P. CHANTRIOT. *Rev. franç. de Derm. et de Vénér.*, 1935, pp 371-374.) — Jansion et Pagès ont montré les propriétés photo-sensibilisantes des médicaments constituants hétérocycliques. C. rapporte un cas d'eczéma vésiculeux de la face par insolation, à la suite d'ingestion de pyréthane, substance entrant dans ce groupe.

Les capillarités en dermatologie. (TOURAINE, *Soc. Fr. Dermat. et Syph.*, séance du 7 juillet 1937.) — Cette séance a été consacrée à l'étude des capillarites et le rapport présenté par Touraine a été publié dans un numéro spécial du *Bulletin de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syph.*

Avec une très grande érudition, le rapporteur étudie non seulement les affections des capillaires cutanés, mais aussi celle des artérioles et veinules du derme. Insistant d'abord sur les procédés d'exploration, il montre la valeur séméiologique de certaines techniques (dermatographisme provoqué, épreuve de l'histamine, capillaroscopie, etc...). Les lésions consistent d'abord en une dilatation avec processus inflammatoire d'endo et de péri-capillarite. Les réactions du tissu cellulaire péri-vasculaire peuvent aboutir à un état de sclérose ou d'atrophie. Comme conséquence de la fragilité des petits vaisseaux, s'observent des foyers hémorragiques en purpura, pouvant provoquer l'hémosidérose du derme voisin. Le rapporteur envisage ensuite une série d'aspects des capillarites chroniques et passe successivement en revue les formes érythémateuses, purpuriques et pigmentées, thrombosantes, sclérosantes et atrophiantes, ectasiantes Un dernier type est représenté par les capillarites proliférantes dans laquelle l'hyperplasie prend une forme tumorale (angiome, angio-sarcome). Lorsque l'hyperplasie est à la fois réticulaire et endothéliale, elle peut rester bénigne comme dans les sarcoïdes, l'angio-kératome, le granulome télangiectasique, les tumeurs glaumiques, etc..., mais elle s'élève quelquefois au rang des néoplasies malignes avec la pseudo-sarcomatose de Kaposi.

Le rôle du sympathique dans la pathogénie des capillarites. (LAPLANE et BROCARD. *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syphil.*, 1937, N° 7, p. 1638.) — Les auteurs rapportant une série de travaux effectués depuis de longs mois à l'hôpital Claude-Bernard, montrent qu'il est possible en irritant un élément du sympathique thoraco-abdominal, de provoquer chez l'animal des lésions de capillarites tuméfiantes, nécrosantes et thrombosantes. Ainsi apparaît un argument en faveur du rôle trophique du sympathique. La coexistence d'hémorragie permet de saisir le rôle joué dans certains purpuras, par une endothélite qui est le reflet d'une atteinte de l'appareil neuro-végétatif. Une irritation légère du sympathique peut, sans altérer les parois capillaires, entraîner des hémorragies par augmentation de la perméabilité des vaisseaux Toutes les étapes peuvent ainsi être observées entre le simple trouble fonctionnel et la lésion organique.

Les acquisitions récentes sur la pathologie de la muqueuse buccale. (RUPPE, *Presse méd.*, 1936, p. 1724, N° 89.) — Article de mise au point sur les affections de la muqueuse buccale, notamment sur les stomatites aiguës, ulcéro-nécrotiques, les lésions de la bouche dans les agranulocytoses,

les leucémies, les anémies, dans les gastropathies et les avitaminoses

Ulcères trophiques de la bouche et des fosses nasales (mal perforant bucco-nasal des tabétiques et le problème des nerfs trophiques. (DARIER, *Ann. Dermat. et Syph.*, 1937, t. VIII, p. 97.) — A propos de cas anciens de mal perforant buccal et nasal, M. Darier aborde, dans un magnifique mémoire, le problème général des troubles trophiques. Il apparaît bien établi que le rôle trophique appartient tout particulièrement au système neuro-végétatif. Sans doute, l'influence nerveuse s'exerce-t-elle par l'intermédiaire de substances chimiques appartenant peut-être à l'ordre des hormones. Il est logique d'admettre que l'influence nerveuse commandant la contraction des muscles lisses puisse agir aussi sur le métabolisme cellulaire, d'où l'action trophique. Il n'est pas jusqu'aux actions exercées sur l'appareil sympathique qui ne puissent éclairer les phénomènes biologiques de l'anaphylaxie, de l'allergie et des réactions d'intolérance. Ce mémoire sera lu avec le plus vif intérêt par tous les biologistes.

L'hypersensibilité au froid (Hypersensitiveness to cold). (HORTON, BROWN et ROTH. *The Journal of the American medical Association*, 1937, vol. CVII, N° 16, p. 1263.) — Les auteurs étudient des cas d'urticaire par le froid. Les symptômes déterminés rappellent ceux qui suivent l'injection d'histamine et on peut donc les interpréter comme résultant de la libération d'une telle substance sous l'influence de la réfrigération : localement, on observe la survenue d'urticaire, mais lorsque le taux d'histamine dans le sang atteint un degré suffisant, les phénomènes généraux peuvent apparaître (bouffissure de la face, accélération du pouls, chute de la tension, syncope). Ces phénomènes ont pu être reproduits par immersion de la main dans l'eau à 8° centigrades. Si au cours de cette expérience, un garrot est placé sur le bras, la réaction générale n'est pas produite, mais elle se déclenche dès que le garrot est supprimé. Sous l'influence du froid, une substance particulière apparaît donc chez les individus sensibles ; elle est physiologiquement identique à l'histamine, mais ne peut être actuellement dosée dans le sang. De tels malades hypersensibles au froid peuvent être désensibilisés par l'immersion d'une main dans l'eau à 10° C. pendant deux minutes deux fois par jour durant trois à quatre semaines. On peut également obtenir d'heureux résultats par des injections d'un dixième de milligramme d'histamine deux fois par jour pendant trois semaines.

Traitement radiothérapique de l'acné. (P. DAVID. *Journ. des Sciences Méd. de Lille*, 3 mai 1936.) — D'après son expérience personnelle, l'auteur confirme les conclusions de Mac-Kee sur le traitement radiothérapique de l'acné. En tenant compte des indications et des contre-indications, les rayons X à eux seuls, sans aucun adjuvant, remportent plus de succès que toutes les autres thérapeutiques, locales ou générales, appliquées jusqu'à présent à l'acné. Toutes les formes n'en sont pas justiciables, mais particulièrement sensibles sont l'acné pustuleuse indurée et l'acné miliaire récidivante. La dose totale à ne pas dépasser en 4 mois est de 12 heures, appliquée selon la technique des doses fractionnées. Le traitement devra être interrompu durant trois à quatre semaines, dès les premiers symptômes d'intolérance : rougeur légère, irritabilité et sécheresse cutanée ; on le reprendra ensuite prudemment.

Aux acnés localisées, surtout mentionnières, on pourra appliquer des doses légèrement érythémateuses (5 h. environ), qui ne seront répétées qu'exceptionnellement et pas avant l'écoulement d'une période intercalaire de 3 semaines à 1 mois.

Le traitement de la gale par le benzoate de benzyle. (A. KISSMEYER. *Bull. Méd.*, 23 nov. 1935, p. 821.) — Le benzoate de benzyle serait le traitement moderne, idéal, de la gale, couramment employé à Copenhague. Facilité, rapidité, bon marché, et... efficacité en sont les caractéristiques intéressantes. Voici le procédé de Kissmeyer :

1° Frictionner tout le corps, sauf le visage, avec du savon blanc.

2° Ensuite, bain chaud à 38° (10 minutes).

3° Le malade, encore mouillé, est frotté pendant cinq minutes, avec un pinceau de soies « russes » demi-molles, imprégné de la lotion :

Benzoate de benzyle	aã 50 grammes
Alcool à 90°	
Savon mou	

Laisser sécher quelques minutes. Nouvelle application. Se vêtir ensuite avec les habits portés avant les soins.

4° 24 heures après : bain, changement de linge.

Les récidives sont exceptionnelles.

Le traitement de l'eczéma aigu dans la première enfance. (DONAT LAPOINTE. *Journ. de méd. de Paris*, sept. 1935, N 36, p. 783.) — Régime, traitement interne, traitement externe. Continuer l'usage du lait, mais pas de laits gras. Calomel à doses faibles en alternance avec de la théobromine, stimuleront la glande hépatique. On aura avantage à pratiquer l'auto-hémothérapie ou l'hétéro-hémothérapie associées à l'hyposulfite de soude, thérapeutique heureusement complétée par le chlorure de calcium associé à de petites quantités d'extrait thyroïdien. Traitement externe : liniment oléo-calcaire ou pâtes à l'eau.

La peau, organe d'immunisation. Dermophylaxie et dermo-antergie. (WORINGER (Strasbourg). *Rapport au IXe Congrès internat. de dermat. et syph. de Budapest*, 1935.) — Pour Woringer, la peau offrirait deux fonctions distinctes de protection ; l'une qu'il nomme « dermophylaxie », principe permanent et polyvalent ; l'autre, la « dermo-antergie » naissant du contact préparant avec un antigène. La première, variable en intensité, selon les saisons, est au maximum en été. La dermo-antergie s'observe au cours de la syphilis, la tuberculose et les maladies infectieuses dans lesquelles les lésions cutanées jouent un rôle manifeste dans le processus immunitaire.

Contribution à l'étude de l'allergie dans la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (E. DE GREGORIO. *Ann. mal. vén.*, octobre 1935, p. 717.) — Lorsque la réaction de Frei est positive, la lymphogranulomatose est hors de doute, mais cette positivité peut révéler une atteinte ancienne et ne pas concerner la maladie en cours. Pour Gregorio, il existe des infections lymphogranulomateuses inapparentes ou asymptomatiques susceptibles d'expliquer une réaction positive Le caractère négatif du test n'exclut pas la possibilité de l'infection ; celle-ci peut être encore à sa période de début (phase d'anergie), ou bien le pouvoir antigénique de l'antigène utilisé peut être insuffisant. L'auteur insiste sur l'importance de cette réaction permettant de déceler la lymphogranulomatose ailleurs que dans sa localisation inguinale.

La fièvre dans la lymphoganulomatose inguinale. (SÉZARY et DE FONT-RÉAULX. *Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syph.*, 1937, N° 7, p. 1749.) — Les auteurs insistent sur la très grande fréquence de la fièvre au cours de la lymphogranulomatose. Tantôt, il s'agit d'une hyperthermie franche dépassant 39° et ne durant généralement que peu de temps ; la fièvre tombe en effet de 1° pour se maintenir pendant plusieurs semaines aux alentours de 38°. Tantôt, la fièvre est modérée, revêtant un caractère ondulant, par poussées de quel-

ques jours ; mais un tel type fébrile n'a cependant pas la régularité observée dans la mélitococcie ou même dans la maladie de Hodgkin. Un dernier aspect est représenté par un état subfébrile permanent, la courbe s'inscrivant de 37°2 à 37°8. Les auteurs soulignent la valeur séméiologique indiscutable de la température pour le diagnostic de la lymphogranulomatose et rappellent les observations antérieures de Nicolas et Favre, de Gastinel et Reilly.

Chancre lymphogranulomateux syphiloïde. (Sézary. *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 1937, N° 7, p. 1749.) — Sézary présente un nouveau cas de chancre lymphogranulomateux revêtant complètement les caractères du chancre syphilitique, en ce qui concerne le temps d'incubation, l'aspect, l'induration et l'existence du ganglion satellite. Par quatre fois cependant, la recherche du tréponème dans l'exulcération et le ganglion demeura négative, de même que les réactions sérologiques furent négatives par trois fois. Par contre, la réaction de Frei se révéla positive. En une dizaine de jours, la cicatrisation fut complète.

SYPHILIS

Le traitement du tabès. (Sézary. *Presse méd.*, 1936, p. 1879, N° 93.) — L'arsenic trivalent est le plus actif. Réglé surtout par l'état du liquide céphalo-rachidien, le traitement doit être prolongé, même lorsque ce liquide est redevenu normal.

Le terrain syphilitique dans les affections rhino-pharyngées. (Champenaud. *Ann. mal. vénér.*, 1936, t. XXXI, p. 830.) — Le tréponème détermine une fragilité de terrain qui peut être à l'origine de nombreuses maladies et notamment la polypose nasale, les sinusites, l'ozène et les végétations.

Sur la métallo-prévention. (Clément-Simon, *Bull. Médical*, 6 juin 1936.) — L'auteur, rappelant les nombreuses recherches de Levaditi sur la métallo-prévention de la syphilis expérimentale (singe, lapin), souligne combien les doses employées sont élevées. L'application à l'homme entraînerait à pratiquer des injections de bismuth allant jusqu'à dix fois la dose habituelle utilisée par piqûre.

Sur les prostituées de Lodz, Sonnenberg aurait obtenu des résultats concluants ; mais Marcel Pinard, Wirtz, Zetterholm estiment que la méthode, pour intéressante qu'elle soit, est douteuse, méritant cependant des recherches ultérieures.

Un accident des injections intra-fessières qu'il faut bien connaître : la dermite livédoïde de Nicolau. (Weissenbach et H. Brocard, *L'Hôpital* (A), juin 1936.) — Accident rare, heureusement, la dermite livédoïde de Nicolau survient à la suite de la pénétration intra-artérielle de suspensions ou solutions huileuses antisyphilitiques (Mercure, bismuth). Douleur, hémorragies en sont le témoignage immédiat, puis survient la dermite : exanthème embolique local, dermite ecchymotique et phlycténulaire, dermite gangréneuse, gangrène profonde. En général, le pronostic est bénin, sauf dans les formes compliquées, surtout de sciatique, parfois s'observent des impotences fonctionnelles graves, irréductibles.

Il n'est pas possible de se mettre à coup sûr à l'abri de tels accidents, aussi la responsabilité du médecin ne saurait-elle être engagée si l'infection intra-fessière a été pratiquée selon les préceptes classiques établis.

Contribution à l'étude de l'élimination urinaire du bismuth injecté sous forme de sel lipo-soluble. (Rouillet et Lardat. *Ann des mal. vénér.*, janvier 1937, p. 1.) — Les sels lipo-solubles sont des médicaments d'imprégnation. L'association du soufre favorise l'élimination du bismuth. Aussi, les auteurs pensent utile d'incorporer du soufre au sel injecté. Ils ont constaté que l'élimination est plus massive, tant pour le maximum éliminé en un jour que pour la quantité totale retrouvée dans les urines.

Sur la question de la symptomatologie, de la pathogénie et de la thérapeutique des exanthèmes précoces arsénobenzoliques. « Erythèmes du neuvième jour », de Milian. (A. Wainstein et N. Smelov. *Ann. Dermat. et Syph.*, 1937, t. VIII, p. 215.) — Les auteurs ont le plus souvent observé des érythèmes du neuvième jour à type morbiliforme. L'incubation coïncidant avec celle de la maladie du sérum et celle de la sensibilisation expérimentale des hommes et des animaux aux arsénobenzols, le début aigu de la période prodromique rappelant le choc anaphylactique, permettent à Wainstein et Smelov de comparer les cas isolés d'érythème du neuvième jour à la maladie du sérum. Sans nier l'existence de l'érythème biotropique, il faut, en toute hypothèse, placer à côté de lui des érythèmes allergiques et, dans des cas exceptionnels, des érythèmes toxiques.

Tentatives d'atténuation des accidents toxiques des arsénobenzols. (Giovanni. *Giornale ital. di Dermat. e Sif.*, juin 1937, vol LXXVIII, fasc. III, p. 495.) — Des efforts ont été faits pour atténuer les effets toxiques des arsénobenzols ou l'intolérance à leur égard en les associant à diverses substances. Un auteur roumain, Savulescu, utilise l'association avec un acide biliaire, l'acide déshydrocholique. Giovanni Truffi employa un sel biliaire, le sel sodique, de l'acide déshydrocholique. Rebaudi s'adressa non plus à des acides biliaires, mais à des amino-acides du foie, et dernièrement, Benech à Nancy, a expérimenté avec le glycocholle. L'auteur de l'article publie une série de recherches en substituant aux produits précédents une substance nouvelle, le *stabisol*, préparé à l'institut sérologique de Milan. C'est une solution de benzoate de soude et d'hexaméthylène tétramine. Il s'agit d'un produit incolore, dans lequel on fait dissoudre l'arsénobenzol auquel il sert de solvant. Après avoir montré l'innocuité chez les animaux du stabisol, Giovanni précise qu'*in vitro*, il aurait une action spirochéticide et spirochétolytique, que chez le lapin, il atténue la toxicité de l'arsénobenzol injecté par voie intraveineuse sans modifier pour cela son action thérapeutique. Enfin, chez l'homme, le stabisol aurait évité l'apparition des phénomènes d'intolérance.

Les dystrophies localisées de l'hérédo-syphilis. (Charles Dubois. *Ann. Dermat. et Syph.*, 1937, t. VIII, p. 274.) — L'auteur estime qu'il est possible de rapporter à une infection spécifique des ascendants certaines malformations régionales et souvent symétriques. Ainsi en serait-il pour la malformation dénommée par lui *l'auriculaire infantile*, consistant en un raccourcissement très marqué du cinquième doigt. La dystrophie porte sur le métacarpien dont la tête n'atteint pas la limite normale. L'auriculaire infantile peut coexister avec la langue scrotale, des anomalies dentaires ou des pouces en raquette ; il peut aussi coexister avec une déviation symétrique des phalangettes. L'auteur a pu observer également des cas d'annulaire infantile. En terminant, Dubois remarque combien l'extension du domaine de l'hérédo-syphilis est propre à faire réfléchir sur les difficultés à obtenir une guérison absolue.

L'idée et l'importance de la vraie et de la pseudo-négativité sérologiques (séro-positivité latente dans la syphilis. (E. Rajka. *Ann. Dermat. et Syph.*, 1937, t. VIII, p. 287.) — Cet article échappe à une analyse rapide et il nous est impossible de suivre l'auteur dans tous les enchaînements de ses pensées ; mais nous voulons attirer l'attention sur l'importante conclusion suivante du point de vue biologi-

que : sous l'influence de substances agissant sur le système réticulo-endothélial, il est possible de provoquer en moins d'une heure des fluctuations dans les réactions sérologiques que l'auteur attribue à des substances inhibitrices paralysant l'action des anticorps.

Note: Il y a lieu de rapprocher de ces faits, les constatations que nous avons pu faire sur le terrain expérimental en agissant sur le système organo-végétatif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(Séance du 19 janvier 1938)

M. Sorrel rapporte une observation d'**élongation du tendon rotulien** et deux déchirures complètes s'accompagnant d'arrachement osseux.

M. Albert Mouchet rapporte deux observations d'**ostéoporose importante et généralisée** dues à M. Coryn (Bruxelles). Douze ans après une chute, une femme vient consulter pour des douleurs importantes au niveau des deux hanches ; l'examen radiographique montre une ostéolyse diffuse du bassin et des deux fémurs ; les têtes fémorales, rongées, décalcifiées, sont luxées hors du cotyle. L'ostéoporose porte sur tout le squelette. L'exérèse d'une nodosité constatée au niveau de la région parathyroïdienne n'amène aucune amélioration. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 46 ans ayant présenté des fractures multiples et chez lequel on trouve également une ostéoporose diffuse du squelette. Un nodule de la région thyroïdienne enlevé se révèle être constitué de tissu thyroïdien ayant subi une dégénérescence colloïde.

M. Coryn pense que ces lésions peuvent être dues à une insuffisance cortico-surrénalienne, et il a appliqué un traitement surrénalien chez la première malade ; une recalcification indiscutable s'est manifestée.

M. Sorrel estime qu'on fait jouer un rôle trop important à la parathyroïde dans les troubles du métabolisme calcique. Dans un cas de M. Huard, un traitement par l'hypophyse a amené une grosse amélioration. Chez un malade de M. Sorrel, un traitement d'opothérapie testiculaire s'est montré actif.

M. Brocq rapporte un travail de M. Mallet-Guy : **Angiocholite ascendante après hépatico-duodénostomie.**

Il s'agissait d'une femme de 45 ans qui présentait en 1928 une angiocholécystite opérée successivement par cholécystostomie, puis drainage du cholédoque ; celui-ci ayant été coupé, est reconstitué sur drain ; une angiocholite ascendante s'étant installée, M. Malley-Guy fait une exclusion pylorique. Celle-ci amène une rétrocession indiscutable de l'angiocholite et le résultat date de 7 ans.

Cette infection ascendante appartiendrait en propre aux anastomoses de la voie hilaire principale et non aux anastomoses cholécysto-digestives ; sur 28 cas, l'auteur n'a retrouvé que 12 cas non compliqués ; dans 8 cas angio-cholite légère, 8 cas avec angiocholite grave et mortelle.

Il semble que le point d'anastomose n'ait aucune importance dans la détermination de l'infection. Mallet-Guy considère que la cause essentielle réside dans la suppression du sphincter d'Oddi ; expérimentalement, la section du sphincter d'Oddi permit un reflux du contenu duodénal dans la voie hilaire principale, et c'est dans ces conditions qu'on peut voir s'installer une infection ascendante.

Il paraît difficile, au cours des anastomoses bilio-digestives, d'empêcher ce reflux par la reconstitution artificielle d'un sphincter ; Mallet-Guy propose l'exclusion pylorique, qui lui a donné un très bon résultat.

M. Lardennois a observé le cas suivant : après ablation d'un calcul cholédocien, persistance d'une oblitération du cholédoque qui nécessite une deuxième intervention très difficile, incomplète. Depuis cette deuxième intervention, état intermittent d'obstruction cholédocienne s'accompagnant d'infection ; l'auteur intervient en 1936 et constate qu'il y a eu destruction de la partie basse du cholédoque ; l'auteur fait simultanément une hépato-duodénostomie, un drainage sus-jacent de la voie principale ; au bout de quelques jours, ablation du drain ; la persistance de coliques hépatiques lui fait constater que, radiologiquement, elles sont dues à la pénétration du contenu duodénal dans l'anastomose bilio-digestive ; une gastro-entérostomie faite amène une transformation complète de cette malade.

M. Soupault a deux cas d'anastomose hépati-digestive avec bons résultats et sans reflux duodénal.

M. Okinczyc met en doute la valeur de l'exclusion du pylore pour empêcher le reflux duodénal. Dans une observation, l'auteur n'a pas pu empêcher le reflux et des poussées d'angiocholite.

M. Lardennois fait un rapport sur une observation de M. Dejardin d'**hépato-duodénostomie indirecte trans-vésiculaire.**

MM. Sorrel, Brey. Debrouvy. **Quatre cas de luxation du coude irréductibles par inclusion de l'épitrochlée.**

Dans les trois premiers cas, où il s'agissait de luxation récente, les muscles insérés sur l'épitrochlée s'étalaient sur la partie articulaire haute du cubitus ; la reposition a paru préférable à la résection du fragment épitrochléen.

M. Mouchet considère qu'il faut toujours intervenir en cas d'inclusion épitrochléenne ; dans un cas où l'on s'est contenté de faire une réduction par manœuvre externe, la malade a fait neuf ans après une paralysie cubitale.

M. Basset est intervenu deux fois pour inclusion de l'épitrochlée.

M. Fèvre considère qu'il faut commencer par essayer de pratiquer une réduction par manœuvre externe (qui lui a réussi 7 fois sur 8 tentatives). Lorsqu'il existe une lésion nerveuse, l'auteur estime qu'il est préférable de faire d'emblée une intervention sanglante.

(Séance du 2 février 1938)

Allocutions de M. Baumgartner, président sortant, et de M. Chevassu, président pour l'année 1938.

M. Louis Bazy rapporte un travail de M. Dechaume sur les **tumeurs à myéloplaxe des maxillaires. Essai de pathogénie.**

M. R. Couvelaire et M. Pellé. **Trois observations d'occlusion intestinale aiguë après ligamentopexie à la manière de Doleris.** — Le plus souvent, l'agent d'étranglement est un collet médian formé par la paroi abdominale, le fond de l'utérus et un des ligaments ronds ; plus rarement collet latéral entre un des ligaments ronds et la paroi abdominale. Les auteurs insistent sur la nécessité de prendre certaines précautions pour éviter pareil accident : orifice de petite dimension pour le passage du ligament rond et fermeture soigneuse de cet orifice ; fixation basse (deux travers de doigts au-dessus du pubis).

Les auteurs préfèrent le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments, auquel on peut adjoindre la diminution de profondeur du cul-de-sac de Douglas.

M. Grinda. **Les thyroïdectomies pour goitre toxique** (rapport de M. J.-Ch. Bloch). L'auteur insiste sur la nécessité

d'une exérèse très large, qui n'expose pas à des complications post-opératoires.

M. Jean GAUTIER. **Double luxation congénitale de la rotule. Fixation de la rotule au condyle interne par une bandelette aponévrotique.**

M. MATHIEU s'élève contre l'opération proposée par M Gautier, qu'il estime insuffisante pour traiter une luxation congénitale.

M. LANCE estime qu'il faut distinguer la malformation congénitale, cause de la luxation : malformation du condyle, vice de rotation du tibia ; à chaque lésion doit correspondre un traitement différent.

MM. SORREL et CADENAT ont eu de bons résultats avec l'opération de Krogius.

M. FÈVRE estime qu'à l'opération de Krogius il faut associer la transplantation en dedans de l'insertion du tendon rotulien.

M. LEVEUF est du même avis et souligne la difficulté de maintenir la transplantation, il utilise la taille en queue d'aronde qui lui paraît mettre à l'abri d'une récidive.

M. A. MOUCHET estime que la présentation de M. Gautier est un peu précoce ; six mois sont insuffisants pour juger du résultat d'une opération purement tendineuse.

M. AMELINE. **Sur la thyroïdectomie.** — L'auteur précise quelques points de technique.

M. ROUHIER. **Sur la thyroïdectomie.** — L'auteur s'élève contre les thyroïdectomies totales « opérations physiologiquement mauvaises », et reste partisan d'interventions limitées (énucléation, résection, thyroïdectomie subtotale).

M. BOPPE présente un enfant atteint de paralysie radiculaire du plexus brachial entraînant un coude et une épaule ballants ; une arthrodèse de l'épaule et une opération de Steudler ont amélioré considérablement le pronostic fonctionnel

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DES COMPLICATIONS RESPIRATOIRES DE LA GRIPPE

d'après le docteur N. QUÉNÉE (1)

L'auteur publie plusieurs observations particulièrement démonstratives où il attire l'attention sur ce point précis : au cours de bien des affections broncho-pulmonaires et particulièrement au cours de celles qui ont tendance à traîner, on voit souvent apparaître des complications dues à la rétention des crachats ; cette rétention constitue une gêne mécanique par l'encombrement qu'elle occasionne dans les voies respiratoires, d'où pullulation mirobienne et partant intoxication de l'organisme.

Lorsque cette rétention est due à un état d'hypersécrétion spasmodique des bronches, la thérapeutique devra avant tout faire cesser ce spasme et la spasmalgine sous forme de comprimés, d'injections hypodermiques ou même de suppositoires donne, dans ces cas, les meilleurs résultats.

Mais souvent, si l'on en croit M. Faguet (*Bulletin médical*, 1937, p. 117), il est inutile de recourir à cette médication, lorsque l'on peut assurer l'imprégnation gaïacolée des voies respiratoires par l'administration systématique et continue de sirop « Roche » au thiocol, à la dose d'une à deux cuillerées à soupe et plus par jour chez les adultes et d'une à deux cuillerées à café et plus par jour chez les enfants. Cette médication constitue le meilleur traitement prophylactique et curatif des rhumes de poitrine en général et de la grippe en particulier.

(1) *Concours médical*, Paris, n° 44, nov. 1936.

LIVRES NOUVEAUX

Dictionnaire des Examens de Laboratoire (E. AGASSE-LAFONT, A. GRIMBERG, S. MUTERMILCH. 447 p., Paris, 1937, Vigot, édit.). — Cet ouvrage donne tous les renseignements utiles en les classant par ordre alphabétique, et envisageant successivement : 1° l'indication des examens de laboratoire en présence d'une maladie, d'un syndrome ou d'une intoxication ; 2° la technique des prélèvements ; 3° la nomenclature des réactions, méthodes, tests et épreuves diverses, dont les auteurs précisent la valeur et l'interprétation.

Les tableaux synoptiques donnent une vue d'ensemble sur les différentes propriétés des liquides organiques, secreta et excreta, à l'état normal et dans les processus pathologiques.

Ce livre, facile à consulter, rendra de grands services dans la pratique courante, et les auteurs ont su trouver une formule nouvelle heureuse, qui sera certainement appréciée des médecins, cliniciens ou hommes de laboratoire.

P. G.

L'Eczéma. *Etiologie et Pathogénie. Déductions thérapeutiques.* (Leçons faites à la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis. Professeur H. GOUGEROT. Maloine, édit., 506 p., 1937.) — Dans cette belle monographie, H. Gougerot a groupé les leçons professées à la Clinique par différents dermatologistes éminents, et celles faites par lui-même. L'ouvrage se termine par une synthèse, dans laquelle Gougerot se place surtout au point de vue de la pathogénie.

A cet égard, il divise les eczémas en quatre groupes :

1° *Eczéma d'origine extérieure*, dont les corps nocifs sont connus et démontrés par la reproduction expérimentale des lésions.

2° *Eczéma relevant d'une pluri-sensibilisation.*

3° *Eczéma par sensibilisation auto-toxique.*

4° *Eczéma de cause inconnue* (réaction de défense).

Toutes ces pages seront lues avec le plus vif intérêt, non seulement par les praticiens, mais par les biologistes, qui y trouveront une riche documentation et un exposé remarquable des doctrines multiples qui s'affrontent.

L'ouvrage réunit de substantielles études des Maîtres les plus qualifiés et représente la plus considérable mise au point actuellement faite sur le captivant problème de l'eczéma. Il a sa place dans toutes les bibliothèques médicales.

P. G.

Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës. (Notions de pratique.) Par A.-B. MARFAN. Paris, 1938. In-8°. Masson et Cie, 75 pages.

Rien de plus important, pour le praticien, que de connaître les signes qui permettent de prévoir la marche et l'issue des maladies. Aussi sera-t-il reconnaissant au professeur Marfan de lui donner, à ce sujet, quelques indications précises. S'agit-il de fièvre typhoïde, chez l'adulte on pourra dire : langue humide, pouls ne dépassant pas 100 à la minute, ventre souple, peu ballonné, diurèse d'environ 1 litre : pronostic favorable. Inversement : langue sèche, rôtie, pouls faible, atteignant ou dépassant 120, météorisme abdominal accusé et persistant, urines au-dessous de 600 g. : pronostic fatal. Dans la pneumonie lobaire aiguë, mêmes éléments de gravité, auxquels se joindra l'extension considérable ou la bilatéralité des lésions, non sans faire jouer un rôle, aussi, au terrain : pneumonie des vieillards, toujours grave, des alcooliques, des débilités, des grippés. Pour la broncho-pneumonie, on tiendra compte de l'âge, de la prédominance de certains symptômes : fièvre, dyspnée, tachycardie, de la cause du mal, la sévérité des broncho-pneumonies post-rubéoliques étant bien connue ; de l'état de santé antérieur. En ce qui concerne la diphtérie, l'angine maligne reste sou-

vent, malgré le sérum, au-dessus des ressources de la thérapeutique, surtout si elle se présente sous la forme hémorragique ou si les fausses membranes s'étendent au larynx, à la trachée et aux bronches ; la signification pronostique de l'hyperazotémie reste discutée. Quant à l'angine commune, elle guérit si l'injection de sérum est faite de bonne heure et à dose suffisante. De la scarlatine, une seule chose à dire, c'est que sa gravité se mesure à l'intensité de l'angine, qui, seule, favorise une contagion dont les squames sont bien innocentes. L'endocardite rhumatismale qui, chez l'enfant, s'observe dans 60 p. 100 des cas, est plastique et nullement ulcéreuse : elle se localise habituellement à l'orifice mitral et semble bien supportée jusqu'à la puberté ; dans quelques cas exceptionnels. même, elle peut guérir lorsqu'elle est récente. A-t-on affaire, au contraire, à une endocardite maligne, avec lésions ulcéro-végétantes, d'où formation de caillots et d'embolies, le pronostic devient très sombre, que l'on se trouve en présence de la forme aiguë, essentiellement emboligène, ou des formes subaiguë et lente, celle-là frappant un endocarde déjà lésé, celle-ci étant due au streptocoque viridans et s'accompagnant des signes cutanés décrits sous le nom de nodules d'Osler. Parmi les péricardites, il faut distinguer la péricardite rhumatismale, qui, dans quelques cas, s'accompagne d'un épanchement si abondant qu'il devient nécessaire de ponctionner ; plus souvent, elle aboutit à la symphyse du péricarde qui, elle-même, se complique rapidement d'asystolie mortelle, ce rhumatisme s'accompagnant parfois d'érythème annulaire. La péricardite brightique « sonne le glas » du patient, la péricardite à pneumocoque doit être traitée chirurgicalement. Quant à la péricardite tuberculeuse, elle peut, ou se compliquer d'épanchements qu'améliore parfois la ponction, ou de symphyse, aussi funeste que la symphyse rhumatismale. Pour ce qui a trait, enfin, aux méningites aiguës, on devra se rappeler qu'il y a des épisodes méningés curables, dont la cause reste très obscure, et que la méningite cérébro-spinale est améliorée, non seulement par le sérum, mais par l'ingestion d'un produit sulfamidé, le para-amino-phényl-sulfamide (R. Tiffeneau et J.-J. Meyer).

Telle est, en quelques lignes, l'ordonnance de ce beau livre, où le professeur Marfan a mis toute son expérience de clinicien, tous ses soins, toutes ses qualités didactiques, et qui rendra aux jeunes médecins — et aussi aux autres — les plus signalés services.

L. BABONNEIX.

Le tétanos, par F. ARLOING, professeur de bactériologie et de médecine expérimentale à la Faculté de Lyon, et A. DUFOURT, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — Un vol. in-8° de 60 pages avec figures dans le texte. 26 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cette monographie constitue une mise au point clinique et thérapeutique, d'ordre essentiellement pratique. On y trouvera, condensées, les notions anciennement connues sur cette maladie et aussi les acquisitions récentes de ces dernières années.

Les auteurs commencent leur étude par des notions générales sur l'étiologie et le développement de l'infection tétanique, le rôle de la toxine, sa diffusion dans l'organisme, son mode de fixation sur les centres nerveux.

Ils font ensuite une étude très complète de la symptomatologie du tétanos. Toutes les formes cliniques sont successivement passées en revue. Une mention spéciale est accordée aux tétanos post-sériques précoces ou tardifs, aux tétanos localisés, qui ont été parfaitement individualisés pendant la dernière guerre.

La partie de l'ouvrage qui concerne la vaccination et la sérothérapie a été l'objet d'un long développement. Les médecins y trouveront, après un exposé immunologique précis, l'application de toutes les méthodes actuellement en cours dans la prévention et le traitement du tétanos.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 2 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Fiessinger, Grégoire, Lacomme. — M. LELIÈVRE. Contribution à l'étude pratique de la radiologie obstétricale. — M. DELAUNAY. De l'immunité antistaphylococcique. — M. CHATAIN. Le traitement des lésions intestinales trouvées au cours des interventions pour hernies étranglées.

Jeudi 3 mars. — Jury : MM. Carnot, président ; Crouzon, Laubry, Bariéty. — M. BAUDOT. Traitement chimiothérapique des entérocolites par l'adsorbat : charbon activé, oxyquinoléinate de bismuth, gomme sterculia. — M. MAY. Les courants exponentiels de basse fréquence de P. Le Go. — M. OLIVIERO. Contribution à l'étude des conditions d'apparition des différentes variétés du rhumatisme (essai de statistique). — M. BOUVRAIN. Contribution à l'étude de la respiration des cardiaques.

— Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Tanon, Gastinel, Joannon. — M. GOUFFIER. Contribution à l'étude de la psittacose. — M. GUÉRON. Contribution à l'étude de la grippe. Etiologie, prophylaxie, traitement. — M. KALLOS. L'examen médical systématique des étudiants en Hongrie. — SZOPS. La prophylaxie de quelques maladies infectieuses aux écoles. — Mlle MAGHID. Les femmes et les fards dans l'antiquité.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 2 mars. — Jury : MM. Tanon, président ; Létard, Lesbouyriès. — M. ARDELAU. Elevage du mouton commun en Iran.

Jeudi 3 mars. — Jury : MM. Bezançon, Lesbouyriès, Panisset. — M. PELLEN. Tuberculose utérine et annexielle chez la vache.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

COMPLICATIONS DU RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR(1)

b) ACCIDENTS PROGRESSIFS

Ils sont les étapes progressives vers la défaillance cardiaque — et celle-ci se caractérise essentiellement, dans le R. M. pur, par l'*importance : des troubles du rythme, des manifestations pulmonaires — et hépatiques.*

1. Les troubles du rythme.

Les *extrasystoles*, banales chez ces sujets (émotifs neurotoniques), prennent une réelle valeur pronostique si elles se répètent fréquemment — préludant souvent à l'apparition d'arythmie complète.

Tachycardie paroxystique — avec ses caractères habituels de début et terminaison brusques, a, chez ces malades, un pronostic plus sévère que chez les sujets sains — surtout si elle est *tardive.*

Elle revêt différents types : *T. P. régulière*, ou *tachy-systolie auriculaire*, ou *tachy-arythmie complète paroxystique*, qui peuvent se succéder — préludant à l'apparition de la :

— *Tachycardie permanente avec flutter* (tachy-systolie auriculaire) diagnostiquée à l'électrocardiogramme,

(1) Fin. — Voir Gaz. Hôp., n° 16, du 23 fév. 1937, p. 262.

Et surtout de :

L'arythmie complète par fibrillation auriculaire, d'une telle fréquence qu'elle est presque la règle dans le R. M. en voie de décompensation.

— Elle se constitue brusquement ou progressivement.

— Son apparition modifie tellement les signes d'auscultation qu'il devient impossible de préciser la lésion orificielle sous-jacente (seuls le roulement ou un éclat du premier bruit peuvent être témoins de la lésion mitrale).

— A l'électro : les ondes auriculaires ont disparu, remplacées par un tremblement de la ligne iso-électrique.

Sa gravité est variable, immédiatement.

1. D'emblée, et très longtemps bien tolérée.

2. Début marqué par un malaise général, avec gêne précordiale, dyspnée... — puis adaptation et tolérance par le repos, le régime, le traitement.

3. Parfois *accident malin*, son début coïncidant avec l'apparition de l'insuffisance cardiaque.

2. Manifestations pulmonaires.

Extrêmement fréquentes, au point de dominer le tableau clinique.

Dyspnée d'effort, puis de *décubitus*, aggravée du fait des *bronchites* survenant par poussées, comme les *congestions des bases*, souvent *hémoptoïques* et *œdémateuses*.

Parfois : véritable crise d'*œdème aigu du poumon*, avec son expectoration, sa dyspnée suffocante, sa montée de râles fins.

Classiquement : on ne l'observait que pendant la grossesse, type d'accident gravido-cardiaque.

Actuellement : on sait qu'il est loin d'être exceptionnel en dehors de la grossesse. Sa pathogénie en est du reste discutée.

3. Manifestations hépatiques.

Dans certains cas, au premier plan :

Type du « foie cardiaque ».

Un gros foie douloureux avec subictère — troubles digestifs — urines foncées.

Cet ensemble fait que, parfois, le malade est pris pour un hépatique.

4. L'insuffisance cardiaque.

Est l'aboutissant fatal de tous ces accidents.

Son apparition, plus au moins tardive, dépend de deux grands facteurs, facteur infection mis à part :

1. *Aggravation spontanée de la sténose mitrale ;*

2. *Surmenage physique, quelle qu'en soit la nature.*

Ses particularités :

Type de l'insuffisance cardiaque lente, progressive, à prédominance sur le cœur droit.

α) *Asystolie cardio-hépatique*, avec gros foie douloureux œdèmes — où le réflexe hépato-jugulaire et le taux des urines sont les meilleurs juges de l'efficacité du traitement.

β) *Asystolie avec gros troubles du rythme*, presque toujours arythmie complète.

γ) *Asystolie longtemps réductible* sous l'influence du traitement classique (saignée, digitale, purgatifs) — mais qui deviendra à la longue *irréductible*, aboutissant à la mort :

Soit *lentement*, dans un tableau terminal de grande asystolie avec cyanose ;

Soit *brusquement*, par syncope ou thrombose massive de l'oreillette.

Rappelons : qu'une *prédominance viscérale* n'est pas rare dans cette asystolie du R. M.

Asystolie à prédominance *pulmonaire* ou *hépatique*, posant parfois des problèmes diagnostiques délicats.

— Qu'elle peut revêtir un aspect particulier *suivant le terrain :*

Chez l'enfant : prédominance hépatique ;

Chez la femme enceinte : fréquence des accidents aigus paroxystiques réalisant les accidents *gravido-cardiaques*, de pronostic sombre, mais évitables par une surveillance attentive de la malade (...description sommaire).

— A toutes ces complications évolutives, propres au R. M., il faut ajouter la possibilité de *lésions associées*, qui viennent compliquer la marche de la cardiopathie et en assombrissent le pronostic.

Essentiellement :

1. *La tuberculose pulmonaire :*

— Relativement fréquente sur ces terrains prédisposés.

— De diagnostic difficile au début, car ses manifestations s'apparentent à celles du R. M.

— Radiologiquement même, les images hilaires sont d'interprétation délicate (image ganglio-pulmonaire ou stase vasculaire ?)

— Nécessite tous les examens habituels, *et répétés*, pour signer sa nature.

2. *L'artérite pulmonaire :*

— Sa coexistence a été mise en valeur par les travaux modernes.

— Elle rendrait compte pour beaucoup de la *fréquence des accidents pulmonaires du R.M., en particulier des infarctus.*

— Elle serait due, soit à la stase vasculaire, soit à l'intervention d'infections pulmonaires chroniques et récidivantes.

Rappelons les signes qui permettent d'y penser au cours du R. M. :

S. f. : Fréquence des hémoptysies, cyanose, hépatomégalie marquée.

Cliniquement : accentuation du deuxième bruit pulmonaire, et surtout : *souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire.*

Radiologiquement : grosse saillie de l'arc moyen, accentuation des ombres hilaires, battements exagérés des vaisseaux du hile.

Au point de vue évolutif : apparition d'une I.V.D. particulièrement rapide et irréductible.

Les complications infectieuses du R. M. sont à mettre à part — car elles posent le problème de la *pathogénie* du R. M. — problème essentiellement complexe, sujet à des opinions très divergentes.

— Ces accidents infectieux, avec lesquels il faut toujours compter dans l'évolution d'un R. M., donnent le tableau classique :

Soit de l'endocardite maligne lente, type Osler ;

Soit, lorsqu'ils évoluent plus rapidement, de l'*endocardite subaiguë des cardiaques*, avec son mélange de signes infectieux et de signes de décompensation.

La nature streptococcique de ces accidents n'est pas niée. Mais :

— Tandis que pour certains ils sont le témoin de l'infection pure et simple d'une lésion *congénitale*,

— Pour la plupart, ils ne sont qu'une *surinfection* d'une lésion déjà *infectieuse* en elle-même, dont la nature infectieuse est largement prouvée par son caractère *évolutif* si fréquent, qu'il s'agisse *d'infection rhumatismale, d'infection à germe propre*, de nature inconnue, plus ou moins voisin du germe rhumatismal.

— La discussion reste d'ailleurs entière, du fait de l'existence incontestable de R. M. purs *fixés*, dont la parfaite tolérance et l'absence totale de manifestations extérieures s'opposent au caractère nettement évolutif des R. M. donnant les différents accidents que nous venons d'étudier.

G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


BULGARINE
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 19. — SAMEDI 5 MARS 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux* (Epreuve écrite). — Séance du lundi 28 février 1938 :

Questions sorties. — Série A. : Signes, diagnostic et traitement de l'hépatite amibienne.

Série B : Infarctus du myocarde.

Questions restées dans l'urne. — Série A : Les agranulocytoses. — Œdème aigu du poumon.

Série B : Etude clinique et thérapeutique des accidents cardiaques d'origine thyroïdienne. — La maladie amyloïde.

Concours de l'internat (oral). — Séance du 1er mars 1938 :

MM. Gibon, 14 ; Butzbach, 22 ; Steinberg, 18 ; Gimault, 21 ; Verstraete, 24 ; d'Œlsnitz, 20 ; Douville, 20,5 ; Gorin, 17 ; Mlle Hahn, 17.

Questions données : Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire franche aiguë. — Paralysie radiale d'origine traumatique.

Séance du 2 mai 1938. — MM. Viala, 15 ; Radzievsky, 15,5 ; Léger, 24 ; Mlle Lambert, 17 ; Bricaire, 17 ; Joussemet, 18 ; Hertzog, 24 ; Joinville, 17.

Questions données. — Signes et diagnostic des polynévrites alcooliques. — Causes, signes et diagnostic des occlusions aiguës de l'intestin grêle chez l'adulte.

Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris. — *La séance solennelle annuelle* aura lieu lundi 21 mars 1938, à 15 heures précises, 12, rue de Seine.

Elle sera présidée par M. le Professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine, et consacrée à la présentation et à la discussion des rapports suivants :

Prof. Maurice Chiray et docteur André Lomon : De l'orientation à donner aux recherches sur la motricité intestinale en hydrologie expérimentale ;

Prof. agrégé Et. Chabrol : Evolution des idées médicales sur la motricité de l'intestin en pathologie digestive ;

Prof. Santenoise, prof. agrégé Merklen, Mlle D. Kohler et M. Vidacovitch : Etude physiologique du mode d'action des eaux minérales sur la motricité intestinale ;

Docteur Gœhlinger (Châtelguyon) : Action des eaux de Châtelguyon sur l'élément spasmodique des colitiques ;

Docteur Baumann (Châtelguyon) : Le traitement hydrominéral des atonies postcolitiques et de quelques atonies dites essentielles ;

Docteur Stieffel (Plombières) : Les effets de la cure de Plombières sur la motricité intestinale ;

Docteur H. Walter (Vichy) : Action des eaux de Vichy sur la motricité intestinale ;

Docteur H. Violle (Vittel) : Action des eaux de Vittel sur l'intestin et plus particulièrement sur la constipation.

Assemblée française de médecine générale. — Les prochaines assises nationales consacrées au *Diabète sucré* auront lieu sous la présidence du professeur Rathery, le dimanche 6 mars, de 9 heures à midi, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Ecole de puériculture (26, boulevard Brune). — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera son cours, le mardi 8 mars, à 14 h. 30, à l'Ecole de Puériculture, 26, boulevard Brune.

Foire de Lyon (12-22 mars). — Radiologie, électricité médicale, stérilisation, matériel, mobilier, instruments pour cliniques et hôpitaux, appareils de prothèse, d'orthopédie et bandages, etc., en un mot, toutes choses servant à la médecine et à la chirurgie, vous seront présentées par le Groupe 12, situé dans le Palais de la Foire de Lyon, Bâtiment 13, au deuxième étage.

Le contrôle de la fabrication des produits pharmaceutiques en Allemagne. — Ce n'est pas un nouveau contrôle à proprement parler qui est envisagé en Allemagne, mais une fabrication dirigée. Dans le but de supprimer toute concurrence entre les firmes, une seule marque par remède serait désormais admise.

L'examen médical périodique au Japon. — Le gouvernement japonais vient d'établir un projet de loi établissant un examen médical périodique obligatoire pour toute la population depuis l'enfance jusqu'à 40 ans. Il envisage la création d'un ministère de la Santé publique, qui sera chargé de l'organisation de cet examen périodique.

CHRONIQUE

LA LÉGENDE DES GRENOUILLES DE GALVANI

Au moment de la célébration à Bologne du bicentenaire de l'immortel Galvani, des chroniqueurs ont rappelé la légende du bouillon de grenouille. D'après cette légende, Mme Galvani voulant préparer pour son mari un bouillon de grenouilles, aurait suspendu ces grenouilles à un fil de cuivre attaché à un balcon en fer. Le vent agitait les bêtes écorchées et, leur faisant toucher le fer, provoquait des contractions.

Les choses ne se sont pas passées ainsi, il y a là une légende diminuant le mérite de Galvani, qui cherchait en électricité statique et trouva l'électricité dynamique. Mais les légendes ont la vie dure.

Voici longtemps que Louis Figuier a mis la chose au point. Louis Figuier n'était pas qu'un simple vulgarisateur, bien qu'il le fût dans le sens le plus élevé du mot (il était docteur en médecine et ès sciences).

Dans les *Merveilles de la Science*, il y a soixante ou soixante-dix ans, il nous montre Galvani dans son laboratoire, étudiant une machine d'électricité statique d'alors ; (une boule de soufre tournant entre les mains, par exemple). Une grenouille écorchée était sur une table, un scalpel ayant sa lame sur la partie dénudée de l'animal. Des étincelles jaillissaient de temps en temps, et, à chacune d'elles, la grenouille se contractait. Mme Aloysia Galvani, rapporte Louis Figuier, qui cite ses sources, le remarqua et le fit remarquer à son mari.

Il y avait là une influence bien nette et à distance de l'électricité. C'était par suite une nouvelle électricité que Galvani crut « vitale », et une résonance à distance, sorte de T. S. F. Je ne suis pas le seul à avoir fait cette double constatation, car mon ami et collègue de l'Académie de Médecine de Barcelone, le prof. Luis Cirera Salse, l'a faite également. (La brochure que Salse m'en apporta à Paris en 1932 en fait foi.)

Le hasard a aidé le chercheur, mais, j'y insiste, *le chercheur qui cherchait !*

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences cliniques de médecine infantile, par H. Grenet, 1re série (2e édition), Paris, Vigot, 1937.

La 1re série des *Conférences cliniques de médecine infantile* a connu un tel succès qu'il a fallu la rééditer. L'auteur en a profité pour les remettre au point et pour tenir ses lecteurs au courant des derniers progrès de la science. Ils y trouveront d'intéressantes données sur l'enfant normal et sur l'enfant malade, qu'il soit atteint de *pneumonie* ou de *bronchopneumonie*, de *fièvre typhoïde*, de *rhumatisme articulaire aigu*, de *méningite tuberculeuse*, de *tétanie*, de *syphilis héréditaire*. Ils y liront surtout une magistrale étude sur la *Profession médicale*. Dans cette étude, sont discutés, avec une parfaite impartialité et une grande hauteur de vues, les problèmes sociaux que soulève l'exercice de la médecine, qu'elle soit envisagée comme une profession libérale, comme une fonction administrative, que l'on ait à envisager la question, toujours délicate, des honoraires, que l'on s'occupe de médecine personnelle ou de médecine collective, ou que l'on considère l'organisation de notre art. « Je vous ai », dit notre ami à ses auditeurs, « exposé « mes idées ; vous pouvez les adopter ou les critiquer : ce « qui importe, c'est que vous y prêtiez attention, et que « vous, les jeunes, vous vous préoccupiez dès maintenant « de toutes ces grandes questions, car il y va de l'avenir « même de la médecine. » On ne saurait mieux dire : dès maintenant, ne devons-nous pas prévoir des transformations inévitables et tâcher de les orienter dans un sens pratique, sans que jamais ni l'honneur, ni l'intérêt de nos malades aient à en souffrir ?

L. BABONNEIX.

Défense passive. — Dans la liste des constructeurs d'appareils de protection contre les gaz de combat, publiée dans le N° du 23 février 1938, de la *Gazette*, faire la rectification suivante : *Ensembles filtrants :* Société *l'Alfa*, 199, *rue du Faubourg-Saint-Honoré, à Paris*, et non rue du Faubourg-Poissonnière.

Nécrologie. — M. Haussmann, externe des hôpitaux de Paris.

— Le docteur Paul Jarrige-Lemas (de Versailles).

REVUE GENERALE

LES AFFECTIONS CONGENITALES DU CŒUR (1)

PAR MM.

H. CHEVALIER et M. DURET
Internes des hôpitaux de Paris

IV. LE RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE CONGÉNITAL. — Qu'il siège à l'origine du vaisseau — rétrécissements sous-aortique et orificiel — ou qu'il occupe la région isthmique, le rétrécissement aortique entraîne un minimum de gêne fonctionnelle et comporte une large tolérance.

La dyspnée d'effort, les palpitations, les vertiges peuvent faire totalement défaut.

Nous dirons quelques mots de la sténose à l'origine avant de décrire la forme classique de sténose isthmique.

La sténose à l'origine, infundibulaire ou orificielle, se manifeste quelquefois par un *frémissement cataire systolique* au foyer aortique, dans le deuxième espace droit, au-dessus de la fourchette sternale et dans les creux sus-claviculaires.

Le souffle systolique caractéristique de l'affection s'entend parfois sur toute l'aire précordiale, mais il est perçu au maximum à l'extrémité interne du 2e espace droit. C'est un souffle holosystolique, rude et intense, en jet de vapeur, qui irradie fortement en haut vers la clavicule droite et les vaisseaux du cou. On le retrouve aussi dans la région interscapulaire.

A ces symptômes — identiques à ceux du Rétrécissement acquis — se borne la sémiologie de cette forme. Il n'existe pas d'anomalie périphérique.

L'électrocardiogramme montre la prépondérance électrique ventriculaire gauche.

A l'opposé, la *sténose isthmique* comporte un ensemble clinique assez riche, car les symptômes cardio-aortiques sont complétés par une série de signes périphériques du plus grand intérêt. Dans cette variété également des *battements* sont perçus au-dessus de la fourchette sternale et au niveau des vaisseaux sous-claviers et carotidiens. Ils sont parfois visibles.

Un *thrill* les accompagne, dont le foyer maximum siège à gauche du sternum, dans le segment interne du 2e espace gauche.

Le *souffle*, holosystolique, rude et intense — plus rarement doux — n'est pas constant. Il occupe le même foyer et se propage électivement vers la clavicule gauche et dans le dos. Cette irradiation dorsale peut être particulièrement nette et le souffle dès lors prédomine entre la colonne et l'omoplate gauche, près de l'épine.

L'auscultation révèle en certains cas un souffle diastolique, lié à une insuffisance aortique que l'on trouve fréquemment associée au rétrécissement.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.* n° 15, du 19 février; n° 17, du 26 février 1938.

Mais les signes vraiment caractéristiques de la sténose isthmique sont ailleurs : ils sont *périphériques*.

La circulation collatérale de suppléance, quand elle est bien développée, se perçoit sous la forme de cordons sinueux, à trajet tortueux, sur la paroi antéro-latérale du thorax, sur la région dorsale, à la partie postérieure de l'épaule. Ces cordons artériels sont animés de battements synchrones à la systole ventriculaire et sont le siège d'un souffle systolique.

Des communications récentes ont insisté sur la fréquence de la pulsatilité et de la dilatation des artères intercostales. Quand les cordons sont invisibles, un palper méthodique découvre les foyers de battements en certaines zones propices : 4e, 5e, 6e espaces en arrière, dans la région interscapulo-vertébrale, sous l'angle de l'omoplate, sur la ligne axillaire postérieure.

Cette pulsatilité artérielle paraît indépendante de l'insuffisance aortique souvent associée. En l'absence de celle-ci, la pulsatilité ne manque point.

En outre, il existe une *discordance* entre le pouls radial ou carotidien et le pouls fémoral. Alors que les battements radiaux et carotidiens ont une amplitude exagérée, les battements fémoraux sont très diminués. Le *retard* du pouls fémoral est moins habituel. Ces modifications sont nettement objectivées par les tracés.

L'étude comparée de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique aux membres supérieurs et aux membres inférieurs corrobore les données précédentes. Il existe en règle une *hypertension* plus ou moins forte aux membres supérieurs, avec un indice oscillométrique ample, tandis que l'*hypotension* est constante aux membres inférieurs et s'accompagne d'une diminution de l'indice.

La *radiologie* fournit de très précieux éléments de diagnostic, particulièrement développés par de récents travaux.

La sténose isthmique comporte un signe radiologique osseux de haute valeur : les *érosions osseuses* du bord inférieur des côtes, signalées en 1929 par Railsbach et Dock. Il s'agit d'encoches semi-lunaires visibles sur la moitié postérieure des neuf premières côtes. Elles s'accompagnent d'une sorte de « bavure » du bord inférieur de l'os, correspondant à l'exagération du sillon costal inférieur où se loge l'artère intercostale. Ces érosions ont pour origine le développement de la circulation de suppléance. Sur les intercostales dilatées se forment de place en place des petits anévrysmes dont les pulsions érodent peu à peu le bord inférieur des côtes. On voit donc l'exacte superposition des signes cliniques — battements des cordons artériels — et des signes radiologiques. A côté de ce signe indirect, on a insisté sur un symptôme proprement aortique : l'image du « *double bouton aortique* ». Inscrit dans la saillie habituelle du bouton aortique (arc vasculaire supérieur en position frontale), se distingue un cercle beaucoup plus petit qui ne serait autre chose que la projection du segment de la crosse situé en aval du rétrécissement.

Enfin, il n'est pas rare de noter l'hypertrophie du ventricule gauche.

Evolution. — L'insuffisance ventriculaire gauche peut être considérée comme l'aboutissant normal, mais souvent tardif, de la sténose aortique.

Deux accidents sont spéciaux à la variété isthmique de cette lésion congénitale. Ce sont l'*hémorragie cérébrale* et la *rupture aortique* au voisinage de la sténose.

A côté de la forme complète décrite, il faut mentionner :

Les formes incomplètes, réduites aux signes périphériques ;

Les formes complètement latentes (Laubry et Mornet) ;

Les formes associées à d'autres malformations cardiaques, notamment à la persistance du canal artériel.

V. La persistance du canal artériel. — La persistance isolée du canal artériel de Botal peut être parfaitement tolérée et constituer une surprise d'examen général.

Gerhardt a le premier attiré l'attention sur une bande de matité latéro-sternale gauche, étendue du 1er au 3e espace, « *matité en ruban* ». Elle répondrait au canal dilaté. C'est en fait un signe bien incertain. Le symptôme véritablement pathognomonique de la persistance du canal a été signalé par Gibson : c'est le *double souffle systolo-diastolique* traduit le plus souvent au palper par un *frémissement cataire* très net. Ce souffle, continu à renforcement systolique, comparé à un « *bruit de rouet* », à un « *bruit de tunnel* », s'entend dans le 2e ou le 3e espace gauche. Il irradie vers la clavicule gauche, le creux sus-sternal, et se retrouve avec une intensité parfois très vive dans la région inter-scapulo-vertébrale gauche, à la hauteur des 3e et 4e vertèbres dorsales.

Quand ce souffle continu existe, accompagné d'un thrill prolongé et intense, la lésion peut être affirmée. Mais il n'est pas constant. Souvent le palper ne révèle qu'un thrill systolique au 2e espace gauche, traduisant l'existence d'un souffle également systolique, de siège identique, à propagation claviculaire et parfois dorsale. Ces caractères sont en somme analogues à ceux du souffle par sténose pulmonaire. Le doute peut être dissipé quand thrill et souffle se retrouvent au-dessus de la fourchette sternale et dans les vaisseaux du cou ; mais c'est un fait inconstant.

D'autres symptômes peuvent marquer la perméabilité du canal de Botal : ainsi l'accentuation du deuxième ton pulmonaire et surtout des modifications des pouls radiaux et de la circulation périphérique. François Franck a insisté sur l'existence d'un *pouls paradoxal*. D'autre part, il n'est pas rare de noter une asymétrie d'amplitude des pouls radiaux d'un côté ou de l'autre. L'éventualité ordinaire est la *diminution du pouls radial gauche* qui s'objective par les méthodes graphiques, la mesure de la tension artérielle et l'oscillométrie.

La radioscopie ne dévoile pas d'aspect caractéristique de la lésion. Elle montre ordinairement l'agrandissement de l'arc moyen, animé de battements. Cette distension pulmonaire est visible dans les positions frontale et obliques. Il est plus rare d'observer une accentuation de l'arc supérieur aortique. Dans la règle, on relève une saillie marquée du bord droit de la silhouette cardiaque, par hypertrophie des cavités droites.

La perméabilité du canal artériel peut encore offrir d'*autres aspects cliniques.*

Chez le nourrisson, certaines formes ont donné lieu à une cyanose permanente et l'autopsie a montré une lésion isolée.

Souffle et thrill peuvent manquer, mais la lésion s'extériorise par de multiples troubles fonctionnels.

D'autres fois la lésion demeure totalement latente.

Le souffle peut occuper un siège atypique, au foyer aortique, prêtant à confusion avec le souffle du rétrécissement aortique.

Il peut aussi s'entendre uniquement dans le dos (Fr. Franck).

Nous ne reviendrons pas sur la fréquente association de cette malformation avec d'autres anomalies cardiaques.

Une forme assez spéciale est celle qui se traduit par une paralysie récurrentielle. La chose s'explique parfaitement par le tiraillement du nerf récurrent gauche, mais elle demeure exceptionnelle.

VI. Diagnostic général des cardiopathies congénitales sans cyanose. — Pour nous en tenir à l'éventualité la plus habituelle, le diagnostic des cardiopathies congénitales sans cyanose se débat en présence d'un souffle systolique accompagné ou non d'un frémissement cataire, suivi ou non d'une fuite diastolique.

Nous éliminerons d'emblée de la discussion les lésions clairement exprimées, telles la sténose de l'isthme aortique et la persistance du canal de Botal — cette dernière du moins quand elle s'extériorise par le souffle continu et le thrill.

Hormis ces cas, il faut bien convenir que le diagnostic peut être fort épineux, surtout chez l'adulte.

En principe, l'absence d'antécédents infectieux (rhumatismaux ou syphilitiques au premier chef), la coexistence d'autres anomalies de développement, l'excellente tolérance sont autant d'arguments qui plaident en faveur de la nature congénitale des lésions. Ils ne sont pourtant pas absolus.

Il va sans dire que, parmi les investigations spéciales, l'examen radiologique revêt une importance de tout premier plan.

Devant le souffle cardiaque, il convient d'abord d'éliminer les *souffles anorganiques*, cardio-pulmonaires ou extra-cardiaques. Leur variabilité suivant la position du sujet, avec la respiration, dans le temps, est un critère de discrimination classique. Il faut pourtant savoir que chez l'enfant certains souffles anorganiques, tels les souffles anémiques de la base, peuvent revêtir une intensité troublante.

L'organicité admise, il reste à éliminer les *cardiopathies acquises*. Selon l'âge et les circonstances, on discute les valvulites mitrales et aortiques, l'ectasie aortique, voire une péricardite. Sans nous attarder à énumérer les embûches diagnostiques soulevées par chacune des malformations, nous allons évoquer par deux exemples concrets les difficultés de la question.

Une Maladie de Roger dont le souffle est atypique ou qui s'enrichit d'une fuite diastolique peut être bien difficile à distinguer d'une insuffisance mitrale ou d'une lésion aortique acquise.

Un rétrécissement congénital de l'aorte à son origine comporte de même un aspect clinique très voisin de celui d'une sténose acquise.

Et lorsqu'on croit enfin pouvoir admettre la nature congénitale de l'affection, il convient de ne point fixer le *diagnostic anatomique* avec trop d'assurance. C'est en étudiant minutieusement le foyer électif du thrill et du souffle, ses propagations, les signes circulatoires concomitants, qu'on arrive quelquefois à préciser ce diagnostic. L'examen radioscopique, complété par l'orthodiagramme, fournit encore un utile appoint, selon qu'il montre des modifications des arcs vasculaires, des cavités droites, du ventricule gauche, ou même une ombre cardiaque sensiblement normale ainsi qu'il est presque de règle pour la Maladie de Roger. Mais, à dire vrai, bien souvent la certitude n'est acquise que par l'examen nécropsique.

C. — Les associations des cardiopathies congénitales a d'autres malformations

Nous avons déjà signalé la coexistence fréquente des cardiopathies congénitales avec d'autres malformations extra-cardiaques (10 pour 100 des cas pour Vicrordt). Cette coexistence fournit même à la théorie embryogénique l'un de ses arguments essentiels.

Les malformations associées sont d'une grande diversité et les auteurs en ont rapporté la plus riche nomenclature que nous ne pouvons songer à reproduire dans sa totalité. Nous bornerons notre énumération aux principales : bec-de-lièvre, perforation de la voûte palatine, cataracte congénitale, syndactylies, lymphangiome des membres inférieurs, hypospadias, cryptorchidie, rein en fer à cheval, absence de rate ou rates surnuméraires, spina bifida, sacralisation de la Ve lombaire, maladies héréditaires (mongolisme, maladie de Friedreich).

Apert, Garnier et Vildé ont souligné la fréquence des malformations vertébrales et thoraciques associées au rétrécissement pulmonaire pur.

Plus récemment, notre maître Lance attirait l'attention sur l'association aux cardiopathies des scolioses congénitales. L'intérêt de cette association est d'ordre thérapeutique : la gymnastique orthopédique de correction doit être interdite aux cyanotiques et même aux sujets porteurs de lésions bien compensées. Force est donc en pareil cas de recourir aux corsets orthopédiques pour obtenir la réduction et la contention de la scoliose, quitte à pratiquer, l'âge opportun venu — vers la quinzième année — une fixation chirurgicale par ostéosynthèse de la correction.

D. — L'hypertrophie congénitale du cœur

C'est à dessein que nous avons réservé jusqu'à maintenant la description de l'hypertrophie congénitale du cœur. Il s'agit en effet d'une entité anatomo-clinique très particulière, absolument indépendante de toute anomalie architecturale des cavités cardiaques ou des gros troncs artériels, et dont l'origine reste encore mystérieuse.

Cyanose et *dyspnée* en représentent les deux manifestations fonctionnelles principales. Parfois elles sont évidentes dès les premières heures de la vie ; plus souvent il existe un intervalle libre de quelques semaines entre la naissance et les premiers symptômes.

La cyanose peut être permanente et relativement discrète, ou intermittente, survenant par crises au moment des efforts. Elle peut aussi manquer pendant la plus longue partie de l'évolution et n'apparaître qu'au stade terminal.

Elle s'accompagne de dyspnée, avec tirage sus et sous-sternal et parfois cornage. Dans certains cas, la dyspnée existe seule.

La toux est inconstante.

L'enfant est pâle ; fréquemment il présente quelques troubles digestifs, spécialement de l'anorexie.

L'examen du cœur ne révèle en général que de la tachycardie. La constatation d'un souffle systolique — souffle extracardiaque — à la base ou à la pointe est exceptionnelle. La matité cardiaque apparaît souvent, mais non toujours, augmentée.

L'examen pulmonaire ne donne aucun renseignement valable.

En définitive, c'est la *radioscopie* qui permet le diagnostic : l'hémithorax gauche est tout entier rempli par une ombre cardiaque énorme, animée de battements, ce qui élimine l'hypothèse d'une péricardite avec épanchement.

A côté de la forme typique, avec dyspnée, cyanose, tachycardie, on a cité des aspects cliniques plus trompeurs.

Parfois les signes médiastinaux dominent et, devant la dyspnée permanente avec tirage et cornage, on peut songer à une compression tumorale. D'autres fois, la pâleur de l'enfant est telle qu'on évoque d'abord l'idée d'une affection sanguine.

De toute manière, l'issue fatale est la règle, le plus souvent avant l'âge de deux ans. Des signes de défaillance cardiaque (œdèmes, hépatomégalie, ascite) ont quelquefois le temps de se manifester.

La mort elle-même survient tantôt brusquement, par syncope, tantôt plus lentement, par asphyxie progressive.

Pronostic. — Evolution générale

Une distinction primordiale est de mise entre les affections complexes et les affections simples.

Affections complexes. — Par ce terme, il faut entendre les cyanoses congénitales.

Certaines ne dépassent pas les premiers mois ou la première année de la vie. Ce sont ces lésions multiples et graves qui groupent des anomalies incompatibles avec une existence prolongée.

Par contre, le substratum ordinaire de la Maladie bleue — communication interventriculaire et sténose pulmonaire associées — comporte une évolution moins immédiatement fatale.

Parmi les cyanotiques, les uns ne dépassent guère la vingtième année, après avoir traîné une vie diminuée — et cela au prix des soins les plus attentifs. Les autres, moins touchés, sont capables de s'élever sans trop de peine et d'exercer à l'âge adulte quelque activité.

Cependant « cet équilibre apparent est peu durable et rarement le cyanotique congénital dépasse la quarantaine » (Laubry et Pezzi).

Affections simples. — Il en va pour elles autrement et nous avons insisté à maintes reprises sur l'extraordinaire tolérance des cardiopathies isolées. Ces sujets mènent une vie normale, voire agitée. Ils sont susceptibles de surmonter victorieusement des fatigues exceptionnelles. La compensation cardiaque les abandonne tardivement : il s'agit en effet de lésions pures et stabilisées.

En outre, contrairement à la loi générale qui régit l'évolution des cardiopathies acquises, la compensation des « liaisons de barrage » est sensiblement aussi bonne que celle des « lésions de fuite ».

Quoi qu'il en soit — et ceci s'applique à l'ensemble des cardiopathies congénitales — l'aboutissement des lésions après un temps très variable est une *asystolie* qui ne présente aucune particularité notable.

Elle est rarement précédée par des troubles du rythme. En dehors de l'extrasystole sinusale, il est parfois donné d'observer de véritables crises de tachyarythmie ; l'installation d'une arythmie complète par fibrillation auriculaire est l'exception ; il en est de même des bradycardies permanentes par dissociation auriculo-ventriculaire totale qui peuvent s'observer dans les perforations du septum interventriculaire. Il va sans dire qu'en présence de troubles du rythme, l'électrocardiographie permet seule les distinctions nécessaires.

Mais cette évolution naturelle et longue peut être hâtée par l'intervention d'un certain nombre de facteurs. Et cette restriction indispensable tempère l'optimisme des lignes précédentes.

Les grands facteurs de décompensation. — Ce sont avant tout les étapes de la vie physiologique.

La croissance et la puberté sont une première étape à franchir. Parfois la croissance se fait harmonieusement, sans que l'enfaant ait à souffrir de sa lésion Mais la poussée peut être trop brutale et la compensation cardiaque en subit un premier assaut.

La grossesse est par excellence la pierre de touche de la résistance cardiaque. Durant la gestation et particulièrement au moment du travail, le cœur doit assumer un effort considérable. Et l'on peut assister à l'éclosion des divers *accidents gravido-cardiaques* (poussées de congestion pulmonaire, crise œdémateuse, hémorragies, asystolie aiguë). Devant cette épreuve, les lésions simples ne se comportent pas toutes d'une manière identique : la Maladie de Roger résiste bien. La sténose pulmonaire exposerait à de plus sérieux dangers. Les lésions aortiques ont une excellente tolérance ; de même la persistance du canal artériel, quoi qu'en ait dit Durozier.

Mais on conçoit que les cyanoses congénitales sont exposées aux risques les plus grands. Il est juste d'ajouter que la grossesse est assez rare chez les cyanotiques.

En dehors de ces étapes physiologiques, le *mode d'existence* des sujets entre en ligne de compte. Une vie trop active, surmenée, convient mal à des cœurs atteints malgré tout dans leur intégrité.

Endocardites. — Les lésions congénitales forment point d'appel aux localisations infectieuses (ce n'est pas le moindre danger de la gestation, par ses risques d'infection puerpérale, même atténuée).

Qu'une infection vienne secondairement se localiser aux tuniques cardiaques et la lésion jusqu'alors stabilisée se remanie et risque de prendre une allure évolutive.

Au moindre degré, c'est par exemple l'apparition d'un souffle d'insuffisance aortique au cours de la Maladie de Roger.

A l'extrême, ce sont les endocardites malignes aiguës, ulcéro-végétantes, qui conduisent rapidement à la mort.

Enfin, au décours d'une infection même minime et banale, peut se greffer sur la lésion congénitale une endocardite lente du type Jaccoud-Osler dont l'issue, pour n'être pas immédiate, n'en est pas moins fatale.

Affections pulmonaires. Tuberculose. — Les pneumopathies sont un autre danger pour ces malades.

Les infections pulmonaires aiguës constituent la complication redoutable pour les lésions du cœur droit. Elles diminuent le champ d'hématose et surchargent le ventricule droit. A leur occasion, la cyanose jusqu'alors discrète ou absente devient intense et les malades risquent de succomber rapidement par asphyxie.

Pour les infections pulmonaires chroniques, tuberculose en particulier, les opinions divergent. La phtisie fibreuse est ordinairement considérée comme un mode de terminaison fréquent des cardiopathies congénitales et de la sténose pulmonaire, spécialement. D'autres auteurs, avec Laubry et Pezzi, contestent cette notion classique.

On voit que de multiples facteurs sont capables de précipiter l'asystolie terminale ou de hâter par leur seule intervention l'issue fatale. Une dernière éventualité est à redouter : la *mort subite* par syncope ou embolie pulmonaire menace les malades à n'importe quel moment de l'évolution.

Etiologie générale

Bien des points de cette étude ne sont pas encore élucidés. La recherche étiologique se heurte à des difficultés nombreuses. Un certain nombre de causes ont été incriminées à l'origine des cardiopathies congénitales.

Nous serons brefs sur la part du *traumatisme*. Apert rendait partiellement responsables des malformations cardiaques les brides amniotiques, les torsions du cordon, les compressions de divers ordres qui peuvent s'exercer à l'intérieur de l'œuf.

L'influence du traumatisme extérieur paraît admissible en des circonstances très déterminées. De même le rôle des émotions, du choc moral (Laubry et Pezzi).

Mais le rôle de l'hérédité et le caractère familial des lésions cardiaques sont manifestes dans la plupart des cas.

L'hérédité directe similaire apparaît de démonstration délicate. Il est peu d'exemples où l'on ait observé une *même* cardiopathie congénitale chez un sujet et

l'un de ses ascendants. On rencontrerait moins exceptionnellement peut-être dans une famille, au cours des générations, l'existence d'anomalies cardiaques *diverses* (par une sorte « d'hérédité cardiaque »).

L'hérédité directe dissemblable est mieux démontrée. Il n'est pas rare de retrouver dans l'ascendance d'un individu porteur de cardiopathie congénitale des tares de développement de toute autre espèce.

Dans le cadre de l'hérédité, il convient de faire place à la *consanguinité*. Elle ne crée pas la tare, mais l'augmente. Elle est « de l'hérédité convergente accumulée » (Legendre).

Les infections aiguës et chroniques, les intoxications chroniques ont été recherchées et incriminées chez les ascendants pour expliquer le vice de développement (*Hérédité indirecte*).

La principale des exo-intoxications chroniques, l'*éthylisme*, ne paraît pas jouer un rôle indiscutable. Les renseignements précis sur ce facteur font encore défaut.

Les auto-intoxications ne semblent pas négligeables, et l'on retrouve parfois une hérédité arthritique ou goutteuse chez les ascendants. Les infections maternelles aiguës n'entrent pas en ligne de compte. Mais avec l'étude des *infections chroniques*, nous abordons la discussion de l'étiologie fondamentale.

Non pas certes l'hérédo-infection *tuberculeuse*, car la tuberculose est médiocrement dystrophiante et les faits probants sont l'exception. Au contraire, l'*hérédo-syphilis* paraît souvent en cause. Un fait est indéniable : c'est le grand nombre de sujets entachés de syphilis héréditaire parmi les individus atteints d'anomalie cardiaque congénitale. L'enquête familiale permet de retrouver la syphilis chez plus de la moitié des ascendants (thèse de Louvet).

C'est habituellement la syphilis des parents qui est à l'origine des affections ; mais il faut parfois remonter aux grands-parents pour retrouver la tare originelle (syphilis de seconde génération).

L'hérédo-syphilis agit selon plusieurs modalités :

Tantôt des troubles de la morphogénèse, souvent complexes, coexistent avec des lésions de syphilis virulente (gommes, lésions cutanées et muqueuses). C'est l'hérédo-syphilis infectante.

Tantôt son action se borne à créer les anomalies morphologiques : c'est l'hérédo-syphilis dystrophique.

Certains auteurs ont incriminé l'action toxique et dystrophiante d'un traitement arsenical intensif administré à la mère durant la période embryonnaire, période de morphogénèse. Grenet s'élève contre cette hypothèse et rejette sur l'infection syphilitique l'entière responsabilité des vices de développement.

En conclusion, l'étiologie des cardiopathies congénitales comporte encore bien des inconnues. Une certitude se dégage pourtant de cette étude : sans pouvoir prétendre à expliquer tous les faits, la syphilis héréditaire tient cependant une place privilégiée dans l'étiologie des affections congénitales du cœur.

Indications thérapeutiques

Il n'existe pas de traitement des cardiopathies congénitales. Toutefois, il est indiqué de prescrire aux sujets certaines règles d'hygiène et de vie destinées à retarder la décompensation qui les guette.

L'enfant vivra de préférence à la campagne et sera soumis à un entraînement physique et intellectuel strictement en rapport avec son aptitude. Cet idéal n'est pas toujours réalisable.

Il convient plus tard de lui éviter l'inaction démoralisante et de l'orienter vers une profession sédentaire, s'il est possible. Les séjours fréquents à la campagne, voire même les cures thermales (bains carbo-gazeux) peuvent exercer une action bienfaisante.

Quand la décompensation apparaît, le médecin se trouve en présence d'une insuffisance cardiaque plus ou moins longtemps réductible à laquelle s'appliquent les règles thérapeutiques ordinaires.

Peut-on faire davantage ? En d'autres termes : est-il possible de combattre la cause même des lésions ? C'est en pratique la question du traitement antisyphilitique qui se trouve posée. On peut donner comme règle générale que même en l'absence de stigmates ou d'antécédents nets — a fortiori quand ils existent — il est indiqué d'entreprendre un traitement intense et méthodique dont les modalités d'application sont aujourd'hui classiques. Sans doute le traitement ne remet pas les choses en l'état par la suppression de lésions constituées. Mais l'évolution de la syphilis n'est pas aisément prévisible et le traitement a du moins l'avantage de prévenir une poussée évolutive secondaire. « Ce n'est pas la cardiopathie qu'on soigne alors, c'est la syphilis soupçonnée ou découverte du fait de la cardiopathie. » (Grenet.)

Enfin le diagnostic de maladie congénitale du cœur commande la recherche de la syphilis chez les frères et les sœurs des malades. Par ailleurs, le traitement spécifique doit être proposé aux parents en cas de doute et surtout à la mère si une nouvelle grossesse se déclare.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne pouvons citer ici qu'un petit nombre d'articles et de communications de date récente, faisant suite à la publication du *Traitement des maladies congénitales du cœur*, par Laubry et Pezzi (1921).

Apert et Cambessédès. Malformation cardiaque (maladie de Roger) chez une mère et deux de ses enfants. (*Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, juin 1930.)

Babonneix et Mlle Riom. Malformation cardiaque congénitale avec signes de probabilité d'hérédo-syphilis. (*Revue de Pédiatrie*, n° 3, 1932.)

Bard. Physiologie pathologique et formes cliniques de la persistance du canal artériel. (*Arch. des Mal. du cœur*, 1921, p. 212.)

Brandenburg. Le souffle diastolique dans la maladie de Roger. (*Thèse* Paris, 1934.)

Chatelain (A.). Les malformations de l'orifice aortique. (*Thèse* Paris, 1925.)

Cossio (P.) et Berconsky (J.). La cyanose des malformations congénitales du cœur. (*Arch. des Mal. du cœur*, janvier 1935.)

Debré, Cordey et Olivier. Une mère et son enfant atteints de maladie de Roger. Hérédité similaire d'une cardiopathie congénitale. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1923, T. XLVII, pp. 1742-1746.)

Fleury (J.). Tétrade de Fallot sans cyanose. (*Arch. Mal. du cœur*, mars 1937.)

GRENET (H.). Conférences cliniques de médecine infantile 2e série (1933).
LANCE (M.). Le cœur des scoliotiques. (*Gazette des hôpitaux*, 23 novembre 1935.)
LAUBRY. Sur les souffles de la maladie de Roger. (*Bull. Ac. de médecine*, 15 novembre 1932.)
LAUBRY, ROUTIER et SOULIÉ. Les souffles de la maladie de Roger. (*Revue de médecine*, n° 7, juillet 1933.)
LAUBRY et BAILLET. Syndrome hémogénique ; hématome intra-pariétal de l'oreillette droite et malformation congénitale du cœur. (*Bull. Soc. méd. hôp. de Paris*, 22 mai 1931.)
LEREBOULLET (P.). Les malformations congénitales du cœur chez le jeune enfant. (*Concours médical*, 21 juin 1931.)
LETULLE (M.) et CHAUSSÉE. Les malformations congénitales du cœur éclairées par la pathologie comparée ; esquisse pathogénique. (*Bull. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1914, T XXXVII, pp. 1112-1126.)
LIAN (C.), ABAZA et FREMUSAN. Remarques cliniques sur le rétrécissement congénital de l'isthme aortique. Fréquence de la pulsatilité et de la dilatation des artères intercostales. (*Bull. Soc. méd. hôp. de Paris*, 15 mai 1936.)
LIAN (C.), MARCHAL et ABAZA. Le diagnostic radiologique du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. (*Bull. Soc. méd. hôp. de Paris*, 15 mai 1936.)
LOUVET. Du rôle de la syphilis dans les cardiopathies congénitales. (*Thèse* Paris, 1929.)
MARFAN. La cyanose intermittente dans les malformations congénitales du cœur. (*Revue générale de clin. et de thér.*, 1920, XXXIV, pp. 33-37.)
NOBÉCOURT. Cardiopathie congénitale et endocardite rhumatismale intercurrente. (*Concours médical*, 6 juin 1937.)
SCHOCKAERT, LAMBILLON et REYNAERT. Deux cas de malformations congénitales du cœur chez des nouveau-nés : cœur de batracien et dysembryome juxta-cardiaque avec œdème fœto-placentaire. (*Bruxelles méd.*, 29 août 1937.)
SERGENT, LAUNAY et IMBERT. Endocardite maligne aiguë greffée sur un rétrécissement sous-aortique congénital. (*Paris médical*, 11 juin 1932.)
THIEFFRY (S.). La communication interventriculaire ou maladie de Roger. (*Gazette des hôpitaux*, 19 mai 1934.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 1er MARS 1938)

Notice. — M. G. RAMON lit une notice sur M. F. MESNIL, membre libre, récemment décédé.

Les jus de fruits. — M. Henry LABBÉ, au nom de la commission des jus de fruits, donne lecture d'un rapport qui sera discuté dans une séance ultérieure. Ce rapport constitue le statut des jus de fruits. La commission demande notamment que la dénomination « jus de fruit » soit réservée à un produit naturel, non alcoolique, directement obtenu, sans aucune addition.

Les seules manipulations autorisées seraient la pasteurisation, la réfrigération et la filtration ou tout autre procédé autorisé par le Conseil supérieur d'hygiène et l'Académie. L'addition de 25 p. 100 de sucre, au maximum, serait autorisée.

Le danger de l'addition d'antiseptiques aux jus de fruits. — MM. TANON et BOULET. Devant le succès qu'ils obtiennent, quelques fabricants s'ingénient à trouver les moyens de conserver le plus longtemps possible les jus de fruits, avec des substances qui peuvent être nuisibles, même à de très faibles doses. Le benzoate de soude, l'acide benzoïque, le formol, les fluorures, le paraoxybenzoate de méthyle et différents dérivés bromés sont utilisés. MM. Florentin et Munsch ont montré que ces derniers corps pouvaient être toxiques, surtout à cause de leurs solvants.

Le diéthylène-glycol est en effet assez utilisé dans ce but. Or, d'après des observations américaines, il a servi à préparer l'élixir de sulfonilamide, et a paru responsable de 71 décès. Le diéthylène-glycol est donc dangereux.

MM. Tanon et Boulet demandent qu'en conséquence, il soit recommandé de n'employer pour la préparation industrielle et familiale des jus de fruits, que les procédés physiques, et d'éliminer tout produit antiseptique.

Sérum antiscorpionique. — La piqûre des scorpions peut être mortelle pour l'homme dans certaines régions de l'Afrique du Nord. C'est pourquoi le docteur Etienne SERGENT prépare à l'Institut Pasteur d'Algérie un sérum antiscorpionique.

Ce sérum, essayé au laboratoire, sauve de 75 à 90 % des souris blanches qui ont reçu au préalable une dose de venin de scorpion qui tue en moins de deux heures toutes les souris témoins non sérumisées. Le sérum, injecté à trente-trois personnes piquées par des scorpions, et dont l'état était considéré comme désespéré, en a sauvé 26, soit 78 pour 100.

Le traitement novarsenical massif de la syphilis. — M. Arnault TZANCK. L'injection intraveineuse goutte à goutte permet par son extrême lenteur d'atteindre, sans danger, des doses massives de novarsénobenzol.

Un traitement d'attaque qui comporte en trois jours trois injections de 1 gr. 50 de novar est aussi remarquable par son innocuité que par son efficacité. L'expérience de l'auteur porte actuellement sur plus de 150 malades soumis à ce traitement.

Mais c'est surtout le point de vue prophylactique de la méthode qui mérite d'être retenu. Les lésions contagieuses disparaissent avec une très grande rapidité et les malades acceptent parfaitement l'hospitalisation durant cette courte période, ce qui réduit singulièrement les chances de propagation de la maladie.

Sur le spectre ultraviolet des dialysats de sérums normaux et pathologiques. — M. VLES et Mlle TATAR.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA DOULEUR

d'après le docteur R. BARRIER (1)

L'action de l'allonal est une véritable synergie médicamenteuse. La posologie la plus courante est d'un comprimé suivi d'un autre, une heure après. Pour les algies nocturnes, on peut donner le soir 2 ou 3 comprimés séparés par une demi-heure. De toutes façons, cette médication peut remplacer la morphine sans présenter les risques d'accoutumance et ceux plus graves de toxicomanie. La dose sédative, qui est d'un comprimé, peut être doublée et même quintuplée dans une même journée, sans aucun inconvénient, dans les cas d'algies rebelles là où toute autre médication aura échoué, en gynécologie, en urologie, en médecine générale, en ophtalmologie, en stomatologie enfin, l'allonal donne les meilleurs résultats.

(1) *Courrier médical*, Paris, n° 24, juin 1937.



2H
6H
12H
24H
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE Na
OFFICINAL
CONTROLE BIOLOGIQUE DE LA SURACTIVATION
Le Salicylate suractivé "ANA", injecté dans la veine marginale de l'oreille du lapin, se fixe sur la fibre cardiaque de l'animal, dans une proportion de
70 % supérieure à la normale
SOLUTION
½ cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr.
DRAGÉES
Dosées à 0 gr. 50
INTRAVEINEUSES
1 gr par ampoule
ANA
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS XIIe

CONGRÈS

Le VIIIe Congrès international de thalassothérapie se tiendra à Montpellier-Palavas, les 3, 4, 5 et 6 juin 1938, sous la présidence de M. A. Aimes et la présidence d'honneur du professeur A. Puech.

Questions à l'ordre du jour : La péritonite tuberculeuse. — Les facteurs météorologiques du climat marin.

Programme provisoire. — Vendredi 3 juin (matin) : Visite de la Faculté de médecine, séance inaugurale, séance de travail ; à 14 h. : séance de travail : à 18 h. : réception par la municipalité ; à 21 h. : réception par la Faculté de médecine, commémoration du IVe centenaire de l'accession de Rabelais au titre de docteur en médecine de l'Ecole de Montpellier — Samedi 4 juin : Visite des hôpitaux, séances de travail ; soirée théâtrale. — Dimanche 5 juin : Visite de Maguelone et des établissements marins de Palavas. Banquet à Aigues-Mortes. Fête provençale. Visite du Sanatorium du Grau-du-Roy. — Lundi 6 juin : Excursion à la Grotte des Demoiselles, au gouffre de Navacelles ; banquet à Roquefort ; fête cévenole.

Excursions facultatives : Gorges du Tarn, Padirac et Rocamadour, Cerdagne française, etc.

Secrétariat provisoire : 8, rue André-Michel, Montpellier.

Quatrième Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française. — Le Quatrième Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française aura lieu à Paris, les 5, 6, 7 et 8 octobre 1938, à la Faculté de médecine, amphithéâtre de physique, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

Ce Congrès est organisé par la Société française d'électrothérapie et de radiologie, la Société d'électro-radiologie médicale de France et la Société belge de radiologie, Sociétés fondatrices, avec le concours des Sociétés associées suivantes: Société roumaine d'électrologie et de radiologie médicales ; Société polonaise de radiologie médicale ; Société d'électrologie et de radiologie des médecins hongrois ; Société espagnole de radiologie et d'électrologie ; Société néerlandaise d'électro-radiologie ; Société yougoslave de radiologie.

Bureau du Congrès. — Président : docteur Delherm ; Vice-présidents : docteur Ledoux-Lebard, professeur Strohl, docteur Sluys (Bruxelles), professeur Popovic (Zagreb) ; Secrétaire général : docteur Dariaux ; Trésorier : docteur Morel-Kahn.

Programme : A la séance d'ouverture, Conférence de M. le professeur Joliot-Curie, sur : *Neutrons et radio-éléments artificiels ; applications biologiques, hypothèses thérapeutiques.*

Rapports : 1° Radiodiagnostic. — Les résultats des méthodes radiologiques d'examen en coupes de l'organisme.

Rapporteur : professeur Didiée (Val-de-Grâce).

2° Electrologie. — Les phénomènes bio-électriques du système nerveux. Etat actuel de la question, applications possibles.

Rapporteurs : professeur Baudouin, de la Faculté de médecine de Paris, et docteur Fischgold, assistant d'électro-radiologie de l'hôpital de la Pitié.

3° Roentgenthérapie. — La roentgenthérapie anti-inflammatoire.

Rapporteur : docteur Gaston Daniel (Marseille).

4° Physiobiologie. — Des lectures seront présentées au Congrès :

Professeur Palmieri (Bologne) : Action biologique des radiations et des courants sur les échanges.

Professeur Lamarque (Montpellier) : Les progrès accomplis en histo-radiographie.

Professeurs Soula et Marques : Données nouvelles sur l'excitation neuro-musculaire.

Professeurs Strohl et Djourno : Essai d'interprétation des phénomènes électrotoniques.

Une seule séance sera consacrée aux communications libres ; les autres devront avoir trait aux questions traitées par les rapporteurs.

Inscriptions : s'adresser au docteur Morel-Kahn, Trésorier, 45, rue Scheffer. Membres actifs : 100 fr.; membres associés : 20 fr.

Des réductions sur les chemins de fer seront accordées par les réseaux de l'Etat français.

Adresser toute correspondance à M. le docteur Delherm, Président, 1, rue Las-Cases, Paris (7e).

Union thérapeutique (Association internationale fondée en 1934) — L'assemblée annuelle de l'Union thérapeutique aura lieu le mercredi 12 octobre prochain, à la Faculté de médecine de Paris, à 9 h. 30, sous la présidence du professeur Loeper.

Les questions suivantes seront traitées par les rapporteurs:

M. le prof. Dautrebande (Liége) : L'oxygénothérapie.

M. le prof. Singer (Vienne) : La protéinothérapie du diabète.

M. le prof. Hernando (Madrid) : Vitaminothérapie dans les maladies de l'appareil digestif.

M. le prof. Burgi (Berne) : Chlorophylie et lésions cutanées.

M. le prof. agrégé Henri Bénard et M. le docteur Sallet (Paris) : Les injections intra-veineuses continues en thérapeutique.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la séance plénière de l'Union et de la Société de thérapeutique de Paris.

L'ordre du jour sera le suivant : *Le soufre en thérapeutique.*

Rapporteurs : M. le prof. Burgi (Berne) : Les combinaisons du soufre en thérapeutique.

M. le prof. Knud Schrœder (Copenhague) : Le soufre, modificateur des maladies infectieuses.

M. le prof. Léon Binet (Paris) : Le rôle du soufre dans la vie des tissus.

M. le prof. Campanacci (Parme) : Le soufre, médicament des arthropathies.

M. le docteur Louis Bory (Paris) : Le soufre et la peau.

Les demandes d'adhésion à l'Union thérapeutique doivent être adressées au secrétaire général, le docteur G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8e).

Congrès de la diurèse. Vittel. Pentecôte 1939. — Un congrès sur *la diurèse* aura lieu en 1939, au moment de la Pentecôte. Il sera organisé par la Société de médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de Médecine de Nancy et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est.

Placé sous la présidence du prof. Rathery, il se tiendra à Vittel, les 27, 28 et 29 mai 1939.

Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

Les secrétaires généraux sont MM. F.-P. Merklen et M. Boigey.

Les tendances actuelles de l'assistance psychiatrique en France et à l'étranger, par le docteur Lionel Vidart. 1 vol. in-8°, Librairie E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 20. — MERCREDI 9 MARS 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat* (oral). — Séance du 3 mars 1938 : MM. Fayein, 15 ; Azaïz, 14 ; Mlle Lindeux, 24 ; M. Froidefont, 15 ; Mlle Meunier, 23 ; MM. Lambert, 16 ; Tétreau, 18 ; Prochiantz, 17 ; Granjon, 19.

Questions données : Hémorragies de la délivrance. — Signes et diagnostic des cancers du foie.

Séance du 5 mars 1938. — MM. Thaon, 24 ; Pillet, 17 ; Motte, 26 ; Jacquemin, 19 ; Danion, 16 ; Bachet, 22 ; Coury, 18 ; Gallimard, 16 ; Mlle Garnier, 24 ; M. Perrier, 28.

Questions données : Examen clinique d'un tabétique. — Accidents et complications de la grossesse tubaire.

— *Concours de l'internat en médecine d'Hendaye, Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache et Garches.* — Jury : MM. les docteurs Chevally, Kourilsky, Banzet.

Hôpital psychiatrique de Toulouse. — Le 11 avril 1938, à 8 heures du matin, aura lieu, à la préfecture de la Haute-Garonne, à Toulouse, un concours pour la nomination de deux internes titulaires à l'hôpital psychiatrique Marchant.

Tous renseignements peuvent être demandés à l'hôpital psychiatrique Marchant.

Ministère de l'Education nationale. — CUMULS AUTORISÉS. — *Faculté de médecine de Paris :* M. Tanon, professeur et médecin inspecteur des services d'hygiène. — M. Sannié, agrégé pérennisé et directeur de l'identité judiciaire. — M. Hauduroy, assistant et directeur du Bureau d'hygiène. — M. Lobstein, bibliothécaire et calculateur à l'Observatoire. — M. Tiffeneau, doyen et pharmacien des hôpitaux. — M. Hazard, agrégé pérennisé et pharmacien des hôpitaux. — M. Courroux, assistant et pharmacien des hôpitaux. — M. Cheymol, assistant et pharmacien des hôpitaux. — M. Kohn-Abrest, assistant et chef du laboratoire de toxicologie.

Faculté de médecine d'Alger : M. Musso, professeur et pharmacien en chef des services municipaux.

Faculté de médecine de Marseille : M. Violle, professeur et chef de service d'hygiène du contrôle de la main-d'œuvre étrangère. — M. Balensart, agrégé et pharmacien en chef des hôpitaux.

Faculté de médecine de Bordeaux : M. Perrens, professeur sans chaire et médecin chef de l'asile d'aliénés de Château-Picon.

Faculté de médecine de Lille : M. Raviart, professeur et médecin en chef de la clinique départementale d'Esquermes. — M. Combemale, agrégé et médecin en chef de l'hôpital psychiatrique de Bailleul. — M. Vanverts, professeur et médecin chef de la Caisse interprofessionnelle d'assurances sociales de la région du Nord.

Faculté de médecine de Lyon : M. Lépine, professeur et médecin de l'asile d'aliénés du Rhône. — M. Couture, assistant et sous-directeur du bureau municipal d'hygiène. — M. Courmont, professeur et directeur de l'Institut bactériologique de Lyon. — M. Sédaillan, agrégé et chef de service à l'Institut bactériologique. — M. Rochaix, professeur et chef de service à l'Institut bactériologique. — MM. Revel, agrégé ; Fouilloux, chef de travaux ; Chambon, agrégé, pharmaciens en chef des hôpitaux de Lyon.

Faculté de médecine de Nancy : M. Payant, assistant et médecin de la ville. (*Journal officiel*, 1er mars 1938.)

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil supérieur s'est réuni lundi. Parmi les questions qui lui ont été soumises, signalons un projet de décret relatif à l'adjonction d'un *second assesseur aux doyens* des Facultés de Paris et un projet d'arrêté relatif à *l'agrégation* de médecine.

Au Sénat. — M. H. Sellier a déposé le 2 mars une proposition de loi relative à l'adjonction de *mentions de spécialités* au diplôme de docteur en médecine.

Société des Chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris, pour commémorer le souvenir de son ancien président-fondateur, décernera le Prix Maurice Cazin, d'une valeur de 4.000 francs, tous les ans, en janvier, à la séance annuelle de la Société. Ce Prix est international ; il est destiné à récompenser un travail, manuscrit ou imprimé, en langue française, portant sur une branche quelconque de la chirurgie. L'anonymat est interdit, le partage autorisé.

Les travaux destinés à concourir devront être déposés en *double exemplaire*, avant le 15 octobre de chaque année, au secrétariat général (15, rue Vézelay, Paris 8e).

Association professionnelle des Journalistes médicaux français. — Au cours de sa récente Assemblée générale, l'Association a constitué comme suit son Bureau pour 1938 :

Président : M. Paul Boudin ; vice-présidents : MM. J. de Fourmestraux (de Chartres) et R. Molinéry ; secrétaire général, M. Albert Garrigues ; secrétaire général adjoint : M. Pierre Labignette ; trésorier : M. Lucien Mathé ; archiviste : M. Darras ; membres du Conseil d'administration : MM. O. Béliart, Chapon, J. Minet (de Lille) et O'Followell.

CHRONIQUE

A L'ACADÉMIE FRANÇAISE
DEUX DISCOURS SUR LA CULTURE CLASSIQUE

Jeudi dernier, à l'heure où Rome et la latinité endeuillées rendaient les derniers honneurs à Gabriele d'Annunzio, au poète ailé, au héros prodigieux dont les sentiments pour la France demeurèrent invariables, une autre cérémonie avait lieu à l'Académie française. Et, par une coïncidence bien remarquable, on y entendit deux hymnes à la gloire de la culture latine et de Rome.

Louis Madelin recevait sous la coupole Léon Bérard, ancien grand maître de l'Université, fervent ami des humanités et, nous ne l'oublions pas, défenseur, à maintes reprises, des intérêts moraux de la médecine.

« Le Remerciement » de Léon Bérard, consacré à l'éloge de Camille Jullian, le grand historien de la Gaule, fut, comme on pouvait s'y attendre, un enchantement.

Si je n'éprouvais quelque « crainte révérencielle » à en parler, je rappellerais comment Léon Bérard put se féliciter de ce que nul n'avait pris soin de « régler scientifiquement » sa destinée. Somme toute, il a fait une assez belle carrière au barreau, dans les lettres et même dans la politique sans qu'on ait songé à « l'orienter ». Bérard s'exprima ensuite assez durement sur la réforme de 1902, dont la réalisation porta gravement atteinte à l'éducation classique.

Au surplus, si, un moment Bérard put paraître vaincu, lors de sa réforme classique, il fut finalement, ainsi que l'a dit M. Madelin, le réel vainqueur du tournoi entre Anciens et Modernes.

De l'admirable leçon d'histoire que nous valut, enfin, l'éloge de Jullian, je veux retenir une phrase. Elle peut servir de conclusion : « Notre incomparable unité nationale est une œuvre des rois, que la Révolution a continuée et fortifiée, mais qui porte sur des assises où l'on reconnaît un ouvrage romain. »

La réponse de M. Louis Madelin fut un étincelant feu d'artifice. Ce Lorrain déploya un esprit égal à celui du Béarnais qu'il recevait. Quelle magnifique démonstration de « notre incomparable unité nationale » !

Avec beaucoup de force et d'autorité, M. Louis Madelin se fit, à son tour, l'éloquent défenseur de cette culture traditionnelle à laquelle Bérard s'est consacré en cherchant toujours « l'égalisation, non par le bas, mais par le haut... »

La réception de Léon Bérard à l'Académie française est bien la consécration d'une seconde Renaissance des lettres.

***

Après la séance, je me trouvais non loin de M. Madelin. A une dame qui le félicitait pour son admirable discours, il répondit simplement : « Il le fallait bien... C'était Bérard ! »

MAURICE MORDAGNE.

Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris. — *Semaine oto-rhino-laryngologique* (9-14 *mai* 1938), par MM. Aubin, Aubry, Baldenweck, And. Bloch, Bouchet, H. Bourgeois, R. Bourgeois, H.-P. Chatellier, Grivot, Halphen, Hautant, P.-C. Huët, Lallemant, prof. Lemaître, Lemariey, Le Mée, Louis-Leroux, Maduro, Moulonguet, Ombrédanne, Ramadier, Rouget, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 8 mai 1938. Droit d'inscription : 200 francs. (Des conditions spéciales seront accordées aux internes et externes des hôpitaux de Paris.) Les auditeurs étrangers auront la faculté de régler les droits d'inscription avant l'ouverture des cours, le lundi 9 mai, à l'Hôpital Saint-Antoine, service O.R.L., à 9 h. 30.

S'inscrire auprès du docteur Louis-Leroux, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (7e). Tél. : Littré 72.96.

Nécrologie. — Le docteur Antoine Magnan, professeur au Collège de France, bien connu pour ses remarquables travaux sur le vol des oiseaux et des insectes, travaux qui ont été utilisés souvent pour l'aviation.

LA GLYCORACHIE

Par M. HENRI WAREMBOURG,
médecin des hôpitaux de Lille.

A. — La glycorachie normale

1° *Sa valeur.* — Les premiers dosages de sucre, dans le liquide céphalo-rachidien, donnèrent entre les mains de Sicard et Rousseau, Lannois et Boulud, Anglada, etc..., des chiffres variant entre 0 gr. 40 et 0 gr. 55.

En 1911, Mestrezat attribue à la glycorachie chez l'individu sain une valeur relativement constante, indépendante de la glycémie et comprise entre 0 gr. 40 et 0 gr. 58 ; plus tard il modifie un peu ces chiffres et considère la glycorachie normale comme variable entre 0 gr. 55 et 0 gr. 65.

En 1921, Polonovski et Duhot s'élèvent contre l'indépendance jusqu'alors reconnue à la glycorachie vis-à-vis du taux de sucre sanguin. Ils mettent en garde contre les causes multiples qui peuvent entacher d'erreur les mesures de la glycorachie, en particulier celle que réalise, si l'on n'y prend garde, la lyse du sucre céphalo-rachidien. Il résulte de leurs recherches que la glycorachie varie de 0 gr. 45 à 0 gr. 85 à jeun, de 0 gr. 55 à 1 gr. 05 après le repas. Fait important, la glycorachie subit des variations parallèles à la glycémie, allant parfois jusqu'à la concordance absolue chez les sujets à jeun, beaucoup moins rigoureuses au contraire pendant la digestion, en raison sans doute de l'effet plus tardif sur le liquide céphalo-rachidien des facteurs hyperglycémiants. Autre conclusion importante des travaux de Polonovski et Duhot, toute glycorachie ne dépassant pas 1 gr. ne peut être considérée comme exagérée.

Les constatations de Polonovski et Duhot sont par la suite confirmées par de nombreux auteurs ; Servantie affirme que la glycorachie, souvent comprise entre 0 gr. 50 et 0 gr. 65 peut être aussi plus élevée. Pour Fontanel, Leulier et Rouquier, le taux de sucre céphalo-rachidien, variable entre 0 gr. 47 et 0 gr. 95, ne saurait être considéré comme excessif qu'au delà de 2 gr.

Toutefois, pour Targowla, Lamache et Micolitis, la glycorachie, contrairement à la glycémie, subirait des variations individuelles importantes. Sa mesure donnerait, au cours de ponctions successives, des chiffres différents ; de plus la teneur en glucose du liquide céphalo-rachidien augmenterait au fur et à mesure que celui-ci s'écoule ; la glycorachie varierait aussi avec le lieu de provenance du liquide ; ainsi le glucose ventriculaire serait plus élevé que le glucose rachidien.

Enfin, selon Derrien et Piéron, la glycorachie serait capable de s'accroître sous la seule action de l'émotion due à la ponction lombaire.

2° *Le rapport glucosique hémo-méningé.* — Les recherches de Derrien, de Polonovski et Duhot, en démontrant entre la glycémie et la glycorachie l'existence d'un parallélisme étroit, ont permis d'envisager l'étude du rapport hémo-rachidien du glucose. Ce rapport, relativement constant, est normalement égal à 0,52 en moyenne selon Derrien, Fontanel, Roussel. Pour Polonovski et Duhot il serait plus élevé et pourrait parfois, comme nous l'avons vu, atteindre l'unité. De même, d'après Servantie, le rapport hémo-rachidien du glucose, fréquemment compris entre 0,40 et 0,60 peut être égal à 0,9 ou même à 1.

3° *Variations de la glycorachie normale.* — La glycorachie augmente après ingestion d'un repas à l'instar de la glycémie. L'injection d'adrénaline accroît également, de manière parallèle, glycémie et glycorachie (Polonovski et Duhot, Munch Petersen).

Tout au plus peut-on, après administration de cette substance, noter un léger retard de l'hyperglycorachie sur l'hyperglycémie. Un retard de même ordre est observé dans la réponse de la glycorachie à l'injection d'insuline ; l'hypoglycorachie ainsi réalisée est parallèle à l'hypoglycémie, mais la suit de 1/2 heure environ (Cabane). La phloridzine enfin abaisse en même temps les taux de sucre sanguin et rachidien (Mestrezat et Roger).

Pour Vogt, la glycorachie augmenterait plus que la glycémie au moment des règles en raison sans doute d'une perméabilité plus grande des plexus choroïdiens.

Signalons enfin que selon Bigwood, Van Bogaert et Wuillot, le résidu non fermentescible du liquide céphalo-rachidien serait beaucoup moins élevé que celui du plasma. Souvent on peut le considérer comme négligeable.

4° *Barrière hémo-méningée et glucose.* — Comment expliquer que, hors de cas assez rares, la valeur de la glycorachie est inférieure au taux glycémique mesuré au même moment ?

Expérimentalement Chauffard, Brodin et Grigaut attribuent au glucose un coefficient de dialyse in vitro à travers les membranes mortes égal à 59 % alors que, dans les mêmes conditions, ce coefficient est de 93 % pour l'urée et pour le chlorure de sodium.

De même, in vivo, Mestrezat, Derrien considèrent les échanges hémo-méningés comme une ultra-filtration et regardent le sucre rachidien comme correspondant à la partie dialysable du sucre sanguin. Tout se passe, affirment dans le même sens Polonovski et Duhot en 1923, comme si, dans le sang, une partie du sucre n'était pas physiquement libre, et se trouvait sous l'influence de la répartition inégale des colloïdes dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Il s'établirait un équilibre de Donan et la barrière hémo-rachidienne dresserait ainsi un obstacle à l'égalité des concentrations. Cette interprétation explique que d'ordinaire la glycorachie soit inférieure à la glycémie ; elle rend compte aussi des cas plus rares où, le glucose sanguin, étant tout entier physiquement libre, glycémie et glycorachie arrivent à s'équilibrer. Toutefois on sait comment la notion d'un sucre faiblement combiné aux colloïdes dans le plasma sanguin n'est plus guère acceptée actuellement. Aussi tend-on à admettre aujourd'hui que la barrière hémo-méningée est, à l'instar de la membrane globulaire, parfaitement mais lentement perméable au glucose. C'est l'hypothèse adoptée par Fontanel, Leulier et Rouquier.

Elle est confirmée par ce fait que les agents modificateurs de la glycémie (ingestion de glucides, adrénaline, insuline, phloridzine) agissent sur la glycorachie dans le même sens que sur le taux de sucre sanguin, mais toujours avec un retard appréciable. Quant au mécanisme intime qui préside, au niveau de la barrière hémo-méningée, à cette lenteur des échanges en glucose, il est encore très mal connu.

5° *Indosé rachidien.* — Le liquide céphalo-rachidien renferme, comme le plasma sanguin, des substances carbonées ternaires indosées : nous en apprécions le taux, selon un procédé longuement exposé dans d'autres travaux par le dosage de ce que nous avons appelé avec le professeur Polonovski, « l'Indice chromique résiduel ».

Nous avons montré que celui-ci répond pour la plus grande part à des produits intermédiaires du métabolisme glucidique.

Les mesures dont nous rapportons ci-dessous les résultats, concernent des sujets à jeun, dont le liquide céphalo-rachidien, examiné chimiquement et histologiquement, s'est révélé rigoureusement normal :

Sang		*Liquide céphalo-rachidien*	
I.C.R.	Glycémie	I.C.R.	Glycorachie
0,60	0,80	0,51	0,76
0,46	0,82	0,28	0,60
0,35	0,96	0,28	0,72
0,42	1,04	0,31	0,80
0,37	1	0,30	0,62

Nous voyons que l'I.C.R. du liquide céphalo-rachidien est légèrement inférieur à l'I.C.R. du plasma, de même que la glycémie est en général plus élevée que la glycorachie.

Le rapport de l'I.C.R. rachidien à l'I.C.R. plasmatique varie dans nos cas de 0,60 à 0,81. Il n'est pas sensiblement différent du rapport $\frac{\text{glycémie}}{\text{glycorachie}}$

Il existe donc, pour l'indosé comme pour le glucose, un équilibre hémo-rachidien, variable chez l'individu normal dans d'assez larges limites et dont nous étudierons plus tard quelques-unes des variations en pathologie.

B. — Variations de la glycorachie en pathologie nerveuse

1° *Les Faits.* — *a*) Hypoglycorachies. — Il est un groupe d'affections où la glycorachie s'abaisse en règle générale et de façon notable : ce sont les méningites.

L'hypoglycorachie s'observe, en effet, de manière très fréquente dans les méningites aiguës banales, d'origine générale ou locale, dans la méningite cérébro-spinale, dans la méningite tuberculeuse surtout d'évolution rapide. Cet abaissement est souvent si considérable que le liquide céphalo-rachidien cesse de réduire la liqueur de Fehling. Le taux de sucre rachidien tend à reprendre au contraire une valeur normale lorsque survient la guérison. Aussi, la mesure répétée de la glycorachie, ou tout au moins l'appréciation grossière du pouvoir réducteur du liquide céphalo-rachidien par la réaction à la liqueur de Fehling sont-ils d'une importance essentielle pour conduire le traitement et apprécier le pronostic des méningites cérébro-spinales en particulier.

L'hypoglycorachie est plus rare dans la méningite syphilitique et dans les méningites lymphocytaires curables. Elle peut s'observer dans la méningite puriforme aseptique (Weissenbach et Mestrezat).

L'hypoglycorachie des méningites est un phénomène local ; elle n'est pas accompagnée de modifications glycémiques notables ; aussi le rapport hémoméningé du glucose s'abaisse-t-il dans ces conditions. Il tend à se relever ensuite, en cas d'évolution favorable : Danitch a fortement insisté sur ce point.

L'abaissement de la glycorachie et du rapport glucosique hémo-méningé apparaissent à la faveur de ces constatations d'un intérêt diagnostique et pronostique indéniable. On ne relève guère, en effet, ces symptômes en dehors des méningites. Toutefois, inversement, toutes les méningites ne réduisent pas le taux de sucre rachidien. On pourrait même parfois, dans ces affections, noter, au contraire, de l'hyperglycorachie, ainsi que le fait a été signalé dans certaines méningites à méningocoques ou à pneumocoques (M. P. Weil), dans certaines réactions méningées d'origine otitique ou syphilitique (Dumolard, Rochelongue et Regnard), dans la méningite traumatique (Weissenbach et Bouttier), dans la méningite tuberculeuse (Mestrezat, Minet et Le March'adour), dans la méningite puriforme aseptique (Weissenbach et Mestrezat).

L'indosé rachidien dans les méningites. — Dans deux cas de méningite nous avons recherché les variations concomitantes de la teneur en glucose et de l'indosé, d'une part dans le sang, d'autre part dans le liquide céphalo-rachidien.

Il s'agissait, dans un cas, d'une méningite purulente à streptocoques survenue au cours d'une fièvre typhoïde. L'examen histo-chimique du liquide céphalo-rachidien avait donné les résultats suivants :

— Albumine : 1 gramme.

— Examen cytologique et bactériologique : présence de nombreux globules de pus et de streptocoques.

Un autre cas concernait une méningite tuberculeuse, survenue chez un vieux bacillaire pulmonaire, dont le liquide céphalo-rachidien présentait les modifications suivantes :

— Albumine : 0 gr. 90.

— Cytologie : 300 lymphocytes par champ. Précence de bacilles de Koch.

Voici les résultats obtenus :

Sang	*Liquide céphalo-rachidien*
Glycémie : I.C.R.	Glycorachie : I.C.R.
1° 0,90 : 0,50	0,12 : 0,7
2° 0,96 : 0,45.	0,04 : 0,90

On voit tout d'abord que le sucre et l'indosé sanguin ont une valeur sensiblement normale. Le sucre du liquide céphalo-rachidien, par contre, a considérablement baissé et, à cette diminution, correspond une hausse importante de l'indosé.

Il se passe, somme toute, dans le liquide céphalo-rachidien des méningites un phénomène de glycolyse analogue à celui que nous avons étudié dans le sang in vitro : à une baisse du glucose répond une augmentation de l'I.C.R. Ce phénomène s'explique facilement dans un cas comme dans l'autre par la mise en liberté, au cours de la glycolyse, des produits intermédiaires du métabolisme hydrocarboné, que nous avons vu contribuer pour la plus grande part à la constitution de l'indosé.

On comprend d'autant mieux la hausse importante de l'I.C.R. dans le liquide céphalo-rachidien des méningites, qu'il se produit dans ce cas une glycolyse intense, portant non seulement sur le sucre préexistant, mais sur celui qui passe sans cesse du sang dans les espaces sous-arachnoïdiens pour combler le déficit existant.

Ainsi, la glycolyse du liquide céphalo-rachidien, au cours des méningites, réalise in vivo un phénomène parfaitement identique à celui que nos expériences sur le sérum nous avaient permis de mettre en évidence in vitro : la valeur de nos hypothèses s'en trouve d'autant affermie.

b) Hyperglycorachies. — Parmi les affections prétendues s'accompagner d'hyperglycorachie, l'encéphalite épidémique est certainement celle qui, à cet égard, fut l'objet des recherches les plus poussées. l'augmentation du sucre céphalo-rachidien est en effet notée de façon fréquente sinon constante, dans cette maladie par Dopter, Netter, Bloch, Laporte et Rouzaud, R. Benard, Fontanel.

L'hyperglycorachie est aussi rencontrée mais avec une fréquence moindre, dans les séquelles de l'encéphalite épidémique ainsi que Guillain y a insisté.

Quant au rapport glucosique hémoméningé, il est diversement apprécié dans l'encéphalite, suivant les auteurs ; pour les uns, ce rapport tend à s'accroître, l'hyperglycorachie devant être alors considérée comme un phénomène local, indépendant des variations glycémiques (Mestrezat, Fontanel).

Pour d'autres au contraire, l'hyperglycorachie des encéphalitiques est parallèles à une hyperglycémie concomitante : elle est la traduction d'un trouble non pas local, mais général ; dans ces conditions le rapport glucosique hémo-méningé reste normal (Laporte et Rouzaud, Polonovski et Duhot).

D'après Munch Petersen, l'hyperglycorachie que détermine normalement l'injection de 1/2 mgr d'adrénaline manque dans l'encéphalite épidémique. L'encéphalite léthargique partagerait d'ailleurs cette particularité avec d'autres affections du système extra-pyramidal comme la chorée de Huntington, ou les lésions thalamiques.

L'hyperglycorachie a été observée dans nombre de maladies neurologiques autres que l'encéphalite.

Munch Petersen en fait un signe de lésion du néo-striatum, les atteintes de la région hypothalamique s'accompagnant au contraire d'hypoglycorachie.

L'augmentation du taux de sucre rachidien est décrite dans les états commotionnels vrais, organiques, par Mestrezat, qui en fait un symptôme différentiel d'avec les états pseudo-commotionnels d'origine émotive. En réalité ces derniers peuvent s'accompagner aussi d'hyperglycorachie.

L'accroissement de la glycorachie a été relevé encore dans la syphilis cérébrale, la paralysie générale (Briand et Rouquier), les tumeurs cérébrales, les hémiplégies et les paraplégies chroniques, la chorée chronique, l'épilepsie (Dide, M. P. Weil), la paralysie diphtérique (de Lavergne), la sciatique, les radiculites, le zona (Chalier et Mlle Gaumond), le delirium tremens (Euzière, Vidal), la sclérose en plaques (Souques, Guillain et Mestrezat). Dans cette dernière affection, la glycorachie diminuerait au moment des poussées évolutives, pour remonter lors des périodes de calme.

L'hyperglycorachie est également fréquente dans les affections psychopatiques ; on la rencontre dans la confusion mentale (Targowla), les états dépressifs maniaques ou anxieux (Dumolard, Rochelongue et Regnard), les états cyclothymiques, surtout à la période prémonitoire des accès (Dide), la débilité mentale (Derrien et Pieron), la démence précoce (Dide), enfin le pithiatisme.

2° *Interprétation des faits.* — Comment expliquer les variations pathologiques de la glycorachie ?

Le problème est facile à régler en ce qui concerne l'hypoglycorachie des méningites. Le glucose rachidien, dans ces conditions, est lysé d'une part sous l'action des leucocytes, surtout des polynucléaires exsudés dans le liquide céphalo-rachidien, d'autre part sous l'action des microbes ayant envahi les espaces sous-arachnoïdiens.

La question est beaucoup plus complexe pour ce qui est de l'hyperglycorachie. On a incriminé la congestion des méninges, dont la perméabilité au glucose se trouverait ainsi augmentée. L'hyperglycorachie deviendrait, dans ce cas, symptomatique d'une atteinte organique du névraxe ou de ses enveloppes. Il n'en est rien en réalité, puisque l'accroissement du sucre rachidien se rencontre avec une grande fréquence dans les psychopathies et même dans l'hystérie.

D'ailleurs, l'existence même d'une hyperglycorachie autonome, indépendante de toute élévation concomitante de la glycémie, reste singulièrement improbable.

Nombre des auteurs dont nous venons de rapporter ci-dessus les résultats considèrent en effet comme exagérés des taux de sucre rachidien compris entre 0 gr. 60 et 2 gr. En réalité, toute glycorachie inférieure ou égale à 1 gr. ne saurait être considérée comme excessive ; c'est là restreindre beaucoup, déjà, le domaine de l'hyperglycorachie. En outre lorsque celle-ci existe réellement, elle n'est, dans la presque totalité des cas, qu'une conséquence de l'hyperglycémie concomitante, dont elle partage la signification. De toutes façons il apparaît illogique et incomplet, à la lueur de ces notions, d'envisager à part la mesure de la glycorachie : seule l'appréciation du rapport glucosique hémo-méningé peut avoir une valeur diagnostique (Duhot). Encore si l'abaissement de ce rapport est extrêmement utile à constater dans les méningites, son élévation comporte-t-elle, au contraire, une si-

gnification remarquablement inconstante même au cours de l'encéphalite épidémique. Ainsi l'hypoglycorachie des méningites dissociée d'avec une glycémie normale reste, dans toute cette question, la seule notion solide, qui mérite d'être retenue et mise en pratique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1938)

La guérison du déséquilibre alimentaire glucidique aigu chez le pigeon et sa répercussion sur le métabolisme glucidique musculaire. — MM. Raoul LECOCQ et Roger DUFFAU.

Election. — M. Antonin GOSSET est élu membre de la section de médecin expérimentale du *Conseil supérieur de la Recherche scientifique.*

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1938)

Toxicité des spores de l'amanite phalloïde. — MM. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et P. GARNAL exposent leurs recherches, d'où il ressort que les spores d'*Amanita phalloïdes* sont toxiques. (La dose mortelle minima est située entre 5 à 2 millgrammes.)

Cette toxicité, qui est élevée, n'est sensiblement altérée ni par le froid, ni par la chaleur à 100°, ni par la conservation pendant plusieurs mois.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1938)

M. OMBRÉDANNE fait un important rapport sur un travail de M. Didier sur un **hermaphrodite gynandroïde.** A propos de ce cas, M. Ombrédanne envisage l'ensemble de la question, en se basant sur 17 observations personnelles. Au point de vue pratique, il insiste sur les faits suivants : ne se pas se prononcer d'emblée sur le sexe d'un enfant jeune lorsqu'il y a ambiguïté ; ne pas intervenir chirurgicalement sur de jeunes enfants et attendre le développement des caractères secondaires en se basant sur ceux-ci pour guider la tactique chirurgicale.

M. MÉTIVET. — **A propos de deux amputations pour gangrène des membres inférieurs.**

M. ROUHIER. — **La conservation des ovaires chez les hystérectomisées. Son importance, ses limites, les conditions techniques de sa réalisation.** L'auteur, qui laisse systématiquement au moins un des ovaires dans les hystérectomies pour fibrome, n'a eu qu'à se louer de cette méthode ; dans deux cas, réintervention nécessaire pour kyste de l'ovaire restant.

M. LARDENNOIS. — **Un cas d'iléite grave.** Il s'agit d'une enfant de 4 ans 1/2 opérée en 1933 d'appendicite grave à la 15e heure ; phlegmon pyo-stercoral qui est incisé ; sphacèle de la paroi ; fistules multiples du grêle. Exclusion d'un large segment iléo-cœcal. Guérison.

M. SOUPAULT présente une pièce de **Leiomyome de l'estomac.**

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1938)

M. MOCQUOT revient sur la **conservation des ovaires au cours de l'hystérectomie,** et insiste sur l'intérêt d'une conservation du pédicule vasculaire tubo-ovarien et des variations de la vascularisation de la glande.

M. SCHWARTZ rapporte l'observation d'une femme atteinte d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur traitée par extension continue sous broche de Kirschner. Apparition de plaques de gangrène vers le 15e jour : on supprime l'extension continue et l'on fait reprendre à la jambe la position déclive ; réchauffement du pied, amélioration des troubles cutanés, ce qui permet d'attendre l'évolution des lésions et de faire seulement une amputation de Lisfranc.

M. WELTI prend la parole à propos des observations de Grinda, sur la **thyroïdectomie large,** et souligne les accidents post-opératoires d'insuffisance thyroïdienne observés par cet auteur.

M. RICHARD est partisan de **l'hystérectomie fundique,** avec conservation d'un ovaire et a pratiqué 41 fois cette intervention. Dans presque tous les cas, conservation des règles, absence de ménopause anticipée.

MM. GOSSET, GUTMANN et Ivan BERTRAND. — **Diagnostic précoce du cancer de l'estomac et exérèse précoce des cancers.** — Il semble qu'on ne puisse actuellement tirer de renseignements précis que d'études radiographiques minutieuses ; les aspects radiologiques du cancer au début doivent être contrôlés par des clichés faits après épreuve du traitement ; c'est la persistance de ces images qui doit faire craindre la nature maligne de la lésion ; et lorsque les signes cliniques et radiologiques concordent, même en l'absence de lésions visibles, il est légitime de pratiquer l'exérèse de l'estomac ; seul l'examen histologique vient affirmer la présence d'une lésion maligne au début. M. Gosset en montre quelques observations particulièrement suggestives.

M. IVAN BERTRAND insiste sur la nécessité de faire des coupes en série de toute une région de l'estomac, pour mettre en évidence la lésion histologiquement maligne ; il souligne le caractère diffus des lésions de gastrite.

M. SÉNÈQUE souligne l'intérêt de la collaboration médico-chirurgicale pour guider l'exérèse de ces lésions cancéreuses non visibles macroscopiquement. Dans un cas, il a été amené à faire une gastrotomie.

M. DE MARTEL est également partisan de la gastrotomie.

M. BRÉCHOT souligne la connaissance des lésions de gastrite chronique et considère que les faits rapportés par M. Gosset justifient les gastrectomies dans le traitement de ces lésions.

MM. BAZY et Sylvain BLONDIN rapportent leur statistique de 116 thyroïdectomies pour lésions du corps thyroïde. Un seul cas de mort. Les auteurs sont partisans des interventions subtotales larges dans la maladie de Basedow et les adénomes toxiques, ainsi que dans les cardio-thyréoses.

M. TRUFFERT rappelle les principes de la technique de Sebileau pour la thyroïdectomie.

M. DESPLAS présente un malade qui, à la suite d'une chute, a fait une luxation antérieure de l'axis. Quadriplégie. Pour rendre au malade de la sécurité, M. Desplas fait deux greffes postérieures superposées, la néarthrose faite entre les deux greffons laissant au rachis cervical une certaine mobilité.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1937)

M. Barré, *président*, prononce l'éloge funèbre des membres de la Société disparus au cours de l'année : MM. de Lapersonne, Lejeune, P. Schmitt, Noika, Muskens. Il félicite M. Roussy de sa nomination comme recteur de l'Université de Paris.

Syndrome d'Adie et migraine, par MM. J. Lhermitte et H. Eschbach (de Bourges). — Dans une précédente communication, M. Lhermitte avait insisté sur les relations qui rattachent la pupille tonique avec aréflexie et l'hémicranie. L'observation présente se signale par ce double fait que, chez la malade âgée de cinquante-sept ans et indemne absolument de syphilis, les crises migraineuses se localisaient du côté où l'œil montre la mydriase la plus assurée et où la pupille tonique est manifeste, et que, d'autre part, l'inégalité pupillaire a été exagérée par l'apparition d'une crise migraineuse particulièrement sévère. Enfin, l'installation de la pupille tonique a coïncidé avec la régression manifeste des crises douloureuses.

Syndrome d'Adie chez une malade atteinte de maladie de Basedow et de syndrome parkinsonien, par MM. J. Lhermitte et H. Eschbach (de Bourges). — Le mystère dont s'entoure la pupille myotonique avec aréflexie doit porter à ne négliger aucune indication clinique. Dans cette observation, particulièrement chargée, il existait un syndrome basedowien avec protrusion unilatérale de l'œil. Or l'œil gauche, qui était ménagé par l'exophtalmie, demeura le seul atteint par la perturbation irienne. D'autre part, l'inégalité pupillaire apparut seulement après un épisode infectieux qualifié de rhumatismal, à la suite duquel se développa un syndrome parkinsonien typique. Enfin, il faut marquer l'influence néfaste, sur le psychisme, d'un diagnostic trop insuffisamment étayé. La malade, ayant été considérée comme tabétique, est devenue une obsédée anxieuse, hantée par l'idée de la syphilis, malgré la négativité de toutes les réactions sérologiques, y compris celle du liquide céphalo-rachidien.

M. Schaefer observe qu'il existe des syndromes intermédiaires, dont le diagnostic est difficile, entre la pupille myotonique et le signe d'Argyll-Robertson typique.

Une observation de la forme korsakowienne des tumeurs du troisième ventricule, par MM. J. Lhermitte, Doussinet et de Ajuriaguerra.

Syndrome addisonien par tumeur de la moelle dorsale. — M. Laruelle présente les radiographies d'une malade qui présenta un état d'asthénie, de lipothymie, d'algidité, d'hypotension artérielle, comme dans un syndrome addisonien subaigu, que des vomissement vinrent compléter. L'épreuve du lipiodol permit de reconnaître la présence d'une tumeur étendue de D_2 à D_4. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un angiome tubéreux ; mais, la malade étant morte, la moelle se montra, sur les coupes sériées, complètement détruite en D_4, avec des lésions électives du centre végétatif de D_4 à D_2 (centre splanchnique).

Action de la prostiquinine dans la myasthénie. — M. Laruelle présente des films cinématographiques qui mettent en évidence, chez une myasthénique typique, la disparition des signes cliniques et électriques de l'affection, vingt minutes après une injection de prostiquinine.

M. Lhermitte a vu deux cas d'amélioration très nette de myopathies après l'injection de prostiquinine. Celle-ci détermine des fasciculations musculaires qui marquent bien l'électivité de son action sur le muscle.

Action de la quinine sur la myotonie. — Les films de M. Laruelle permettent encore de constater, chaz un malade atteint de myotonie atrophique, la disparition des caractères pathologiques de la contraction spontanée, mécanique et électrique du muscle, une heure après l'injection de 1 gramme de quinine, faite en deux fois.

Erections réflexes chez un enfant de sept ans. — M. André Thomas présente les photographies d'un enfant de sept ans, chez lequel s'est installée, à la suite de convulsions, une hémiplégie cérébrale infantile, accompagnée d'une arriération mentale très prononcée et de nystagmus. Le Bordet-Wassermann est positif dans le sang. Or, on note chez cet enfant un développement exagéré du pénis, alors que sa stature est plutôt grêle, et qu'il n'existe ni caractère sexuel secondaire, ni masturbation, ni manifestation d'appétit sexuel.

De plus, l'examen détermine, par toute une série d'excitations variées, une érection intense, avec pulsations, de la verge, que la mère avait remarquée depuis plusieurs années. Il n'existe aucun signe de lésion spinale, ni de spina-bifida, mais l'enfant avait présenté de la rétention d'urine à la naissance ; malgré sa profonde arriération, il est propre depuis deux ans. L'auteur analyse les modalités du réflexe, qui permettent de retrouver les caractères habituels de la « répercussivité sympathique ».

Les terminaisons névrogliques dans le névraxe. — MM. Quercy et Lachaux projettent une série de photographies qui montrent, par des préparations posées et colorées par des techniques classiques, les terminaisons en anse qu'ils ont décrites sur les fixées névrogliques des centres nerveux : cervelet cortex cérébral, bulbe olfactif, épiphyse.

MM. Lhermitte et Bertrand s'étonnent de n'avoir jamais observé ces images, en se servant des mêmes techniques.

Un cas de pachyméningite spinale staphylococcique. — MM. de Martel et Guillaume présentent un jeune homme qui, à la suite d'un panaris, présenta un œdème de la paroi thoracique, puis de vives douleurs radiculaires du même côté, ensuite de l'autre côté, qui durèrent six mois, et enfin, au bout d'un an, une reprise des mêmes douleurs avec une paralysie progressive des membres inférieurs, qui réalisa, en trois ans, une grande paraplégie spasmodique, avec esthésie non dissociée surmontée d'une zone algique. La ponction lombaire montrait une dissociation albumino-cytologique. L'intervention permit de découvrir un manchon épidural de 1 centimètre d'épaisseur sur 5 à 6 centimètres de haut ; la dure-mère fut libérée et protégée par une membrane amniotique. La propagation semble s'être faite ici par voie purement lymphatique, et toute lésion vertébrale faisait défaut.

Un cas de pinéalome avec dissémination spinale. — MM. Alajouanine, Horney et Thurel.

Méningite séreuse. Troubles cardiaques ayant disparu après l'intervention. — M. Schaefer.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Résultats opératoires éloignés. — MM. D. Petit-Dutaillis et J. Sigwald présentent une malade opérée d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux depuis six ans et demi. Les résultats fonctionnels sont bons ; avant l'intervention existaient d'importants troubles d'hypertension intracranienne, qui ont disparu ; la fonction cochléaire du côté de la tumeur s'est améliorée.

Œdème cérébral traumatique diffus. Intervention : guérison. Des rapports de l'œdème cérébral et de la méningite séreuse traumatique, par MM. P. Puech et Ed. Krebs. — Chez un traumatisé du crâne, sans fracture, dans le coma, et sans intervalle libre, les troubles des fonctions vitales s'aggravaient rapidement ; seule, la trépanoponction permit d'assurer le diagnostic d'œdème cérébral considérable. L'intervention, qui consistait à pratiquer un grand volet

osseux fronto-pariétal bilatéral, tel que le recommande Cl. Vincent, à laisser la dure-mère ouverte et à enlever le volet avant la fermeture des plans cutanés, amena la guérison. A l'œdème cérébral, seule complication du traumatisme, ne s'associait aucune méningite séreuse. Toutefois, en même temps que régressait l'œdème, au bout de trois semaines, se constitua une méningite séreuse, qui mit un mois à se résorber sous l'effet de ponctions transcutanées régulièrement répétées.

Les auteurs insistent sur le service que rend la trépanoponction pour le diagnostic de la complication du traumatisme ; sur l'efficacité du grand volet décompressif avec ablation du volet dans l'œdème cérébral diffus ; sur les rapports de succession de l'œdème cérébral et de la méningite séreuse chez leur patient, et sur leur portée pour éclairer la pathogénie d'un certain nombre de méningites séreuses.

Compression médullaire par épidurite consécutive à une infection staphylococcique du bras. Opération. Guérison. — MM. T. de Martel et J. Guillaume présentent un malade qui fit il y a 5 ans un panaris du pouce droit avec lymphangite du bras et de l'hémithorax droit. Au cours de cette infection apparut une algie radiculaire thoracique à droite, puis à gauche au même niveau, qui persista pendant plusieurs mois. Un an plus tard, cette même douleur survint, cependant que s'installait une parésie progressive des membres inférieurs aboutissant 3 mois avant l'intervention à une paraplégie complète avec anesthésie correspondante. La compression médullaire fut confirmée par lipiodol sous-occipital, qui s'arrêta à D. 3.

Une laminectomie permit aux auteurs l'ablation d'une gangue d'épidurite scléreuse. Le malade est actuellement complètement rétabli.

Les auteurs insistent sur la propagation de l'infection par voie lymphatique directe et sur l'absence de spondylite staphylococcique, contrairement à ce que l'on admet généralement.

Cataplexie-narcolepsie. Catalepsie. Arythmie extrasystolique. Stase papillaire. Méingite séreuse avec collection liquidienne importante au niveau du lac antérieur. Opération. Disparition des divers troubles. — MM. Schaefer, Martel et Guillaume présentent un malade chez lequel des attaques fréquentes de cataplexie-narcolepsie, une asthénie physique et psychique considérable et l'existence d'une stase papillaire modérée avec hémiachromatopsie bitemporale orientèrent vers le diagnostic de néo-formation de la région du 3e ventricule. Il existait en outre une arythmie extrasystolique très marquée, déjà signalée dans les tumeurs de cette région.

La ventriculographie montra l'intégrité du 3e ventricule, mais fit porter le diagnostic de méningite séreuse. L'intervention par volet frontal droit permit l'évacuation d'une collection liquide abondante sous-arachnoïdienne, en particulier au niveau du lac antérieur, et permit de vérifier qu'il n'existait aucune tumeur de la région sellaire.

Depuis l'intervention, le malade a repris une existence normale, les divers éléments du syndrome ayant disparu, y compris les extrasystoles.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 18 novembre 1937)

Choc traumatique grave par pneumothorax. — MM. Lacaux et Petchot Baque.

Fracture ouverte de l'humérus par balle de fusil, avec section du nerf radial. — MM. Perrignon de Troyes et du Bourguet.

A propos du traitement de l' « Hallux Valgus ». — Après un bref rappel de la question du traitement chirurgical de cette affection, M. Cosnier rapporte les différents temps de la technique employée. Son procédé consiste en une résection diaphysaire cunéiforme à base externe (par rapport à l'axe du pied) et en un enchevillement par greffon osseux des deux segments métatarsiens restants. La simplicité et la suppression de toute ostéosynthèse font l'originalité de ce procédé.

Un cas de tumeur volumineuse du nerf médian. — M. Cosnier présente l'observation d'un malade atteint d'un volumineux neurofibrome malin du médian au tiers inférieur de l'avant-bras. Cette observation concerne une résection du médian avec récidive locale moins de deux mois après l'intervention.

Anévrisme exclu du creux poplité en voie de dégénérescence. — M. Cosnier.

Une affection rare du genou. Lésion du cartilage du condyle interne. — M. Cosnier.

A propos du traitement de la sprue. — MM. Le Bourdelles et R. Henry relatent un cas de guérison d'une sprue très grave. Ils estiment que l'emploi de l'opothérapie gastro-hépatique constitue un important progrès dans le traitement de cette affection rebelle, aboutissant terminal de l'hypocrinie si fréquente en zone tropicale. Il est utile d'y ajouter une polyopothérapie digestive associée à la vitamine D et à la bactériothérapie.

Les réactions vaccinales au cours des vaccinations associées (suite de la discussion). — M. Le Bourdelles rappelle que l'intradermo-réaction aux filtrats culturaux T. A. B., si elle ne peut être utilisée comme test d'immunité antitoxique, donne par contre des indications utiles sur le mécanisme des réactions vaccinales. Cette intra-dermo réaction, positive chez les sujets neufs, ne lui a pas paru en effet présenter de variations appréciables chez les vaccinés, même après injections multiples. Elle ne lui a donc pas semblé traduire une sensibilisation de groupe, mais être la conséquence d'un simple choc protéinique lié à l'introduction parentérale des albumines microbiennes hétérologues. L'hypoderme réagit de façon analogue aux injections vaccinales, et il n'existe pas généralement sur un sujet donné, de différences appréciables entre les primo-vaccinations et les injections de rappel. Enfin, les réactions inflammatoires du derme sont plus intenses avec le filtrat para B, notion qu'il faut peut-être retenir pour le dosage du vaccin triple.

M. Jame discute la pathogénie des réactions vaccinales connues d'ailleurs depuis le début de la mise en pratique de la vaccination. Si l'on est autorisé à admettre, dans certains cas, l'hypothèse d'un intolérance le plus souvent acquise, il n'en reste pas moins vrai que la part la plus importante doit être réservée à l'agressivité du vaccin d'une part et à l'existence de tares organiques latentes d'autre part.

Hémorragie intestinale et vaccination triple associée. — A propos de trois cas d'hémorragie intestinale constatés dans un délai variant de cinq jours à un mois, après l'injection d'un vaccin triple associée, M. P. Raymond envisage les rapports qui peuvent exister entre cet incident pathologique et la vaccination. Dans les trois cas, les sujets avaient reçu antérieurement du sérum antitétanique.

Un cas de laxite de la trachée. — MM. Monloup et Bousquet.

La tension artérielle chez les amputés. — M. Benitte.

Un cas de septicémie à staphylocoque traitée par la vaccinothérapie et suivie de guérison. — M. Didier.

(Séance du 9 décembre 1937)

Kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires. — M. P. Raymond.

Septicémie à staphylocoques dorés. — MM. Feuillie et Poirier.

Otites provoquées dans un but de simulation. — M. P. Raymond.

Considérations pratiques à propos de la primo-infection tuberculeuse de l'adulte. — M. Boide. La recherche systématique des manifestations initiales de la tuberculose dans une petite collectivité militaire a permis de confirmer une notion déjà connue : la fréquence des formes bénignes. Le virage de la cuti-réaction est précédé ou accompagné de syndromes d'apparence banale : petit épisode fébrile, asthénie, chute pondérale sans modification sthétacoustique ni radiologique. Ces manifestations sont très heureusement influencées par le repos ; on aboutit à une guérison durable dans tous les cas.

Néphrite à la suite d'une vaccination triple. — MM. Boide et Simonin. Observation d'un jeune soldat qui présente une hématurie 48 heures après chacune des deux premières injections de vaccin triple. Puis surviennent deux nouvelles hématuries après deux infections pharyngées. Les signes de néphrite sont alors nets : albuminurie, cylindrurie, phénol sulfone phtaléine à 10 p. 100, urée sanguine à 0 gr. 98, petite rétention chlorurée. Guérison survenue dans un délai extrêmement court, et qui se maintient depuis un an.

Hématome sous-dural par contre-coups. — MM. Lacaux et Petehot-Bacque.

De quelques améliorations à apporter aux plans des infirmeries régimentaires. — M. Muffang.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 8 mars. — Jury : MM. Cunéo,président ; Lemaître, Nobécourt, Renard. — M. Dumont. Contribution à l'étude des affections susceptibles de modifier l'aspect du sillon naso-génien. — M. Ralaimihoatra. Contribution à l'étude de la chirurgie du phrénique dans les suppurations pleuro-pulmonaires non tuberculeuses. — Mlle Haaler. Taille et poids du nourrisson.

Mercredi 9 mars. — Jury : MM. Chiray, président ; Lemierre, Mathieu, Sézary. — M. Mardrus. Les fractures récentes fermées de l'extrémité inférieure du fémur chez l'adulte. Etude thérapeutique. — M. Kipfer. Les inégalités pupillaires d'origine sympathique dans les lésions du système nerveux central. — M. Doradille. Contribution à l'étude des scarlatines chirurgicales. — Mme Touati. Les ostéo-périostites typhiques.

Jeudi 10 mars. — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Gougerot, Catinel. — M. Maret. Les kystes aériens pulmonaires. — M. Lecaillarbe. La tuberculose chez l'homme après 40 ans.

Samedi 12 mars. — Jury : MM. Claude, président ; Tanon, Joannon, Mouquin. — M. Hervé. A propos de quelques cas d'analogies psychopathiques familiales. — M. Tessoulin. Etude sur la valeur alimentaire des poissons et des invertébrés marins. — M. Lebrun. Le chirurgien accoucheur René Levasseur, député à la Convention.

THESES VETERINAIRES

Lundi 7 mars. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Robin, Verge, Maignon, Panisset. — M. Monet. Essai de traitement de la gastro-entérite infectueuse du chat par carboxy-sulfamide-chysoïdine. — M. Roy. Etude comparative de la sensibilité des cobayes sains tuberculisés aux poisons du système nerveux végétatif. Influence de l'administration de diastases tissulaires de surrénales.

Mardi 8 mars. — Jury : MM. Tanon, président ; Bresson, Bourdelle. — M. Carpentier. Jardin zoologique de Meknès. Essai de réalisation, organisation, administration d'un jardin zoologique destiné à l'exposition et l'étude de la faune locale.

Mercredi 9 mars. — Jury : MM. Brumpt, président ; Henry, Lesbouyriès. — M. Sulpice. Des phénomènes d'immunité dans les infestations parasitaires par cestodes.

Samedi 12 mars. — Jury : MM. Gougerot, président ; Henry, Maignon, Robin. — M. Stevenin. Etude sur les teignes animales.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— Clinique médicale thérapeutique, La Pitié (professeur F. Rathery).

Mercredi 9 mars. — 9 heures. M. Grenet : Leçon de séméiologie nerveuse. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 10 mars. — 9 heures. M. de Traverse : Leçon de chimie biologique. — 10 h. 30. M. Rathery : Leçon clinique : Néphrite et syndrome lipido-protidique.

Vendredi 11 mars. — 9 heures. M. Bachmann : Leçon de séméiologie digestive. — 10 h. 30. M. Hurez : Présentation de malades. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 12 mars. — 9 heures. M. J. Ferroir : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Dimanche 13 mars. — 10 h. 30. Leçon du dimanche : « les Thérapeutiques nouvelles », M. Troisier : Traitement des spirochétoses.

PRATIQUE MÉDICALE

TUBERCULOSES INFLAMMATOIRES

Le docteur E. Godlevski, d'Avignon (1), apporte plusieurs observations nouvelles relatives à la tuberculose inflammatoire génitale (utérus et annexe), et conclut : Tous ces malades restent avant tout des tuberculeux et doivent être traités avant, pendant et après l'intervention au point de vue médical ; il est facile de rapprocher ces faits des observations de malades que l'on opère de l'appendicite chronique de nature douteuse et qui, quelques mois après, recommencent à souffrir, avec de la température et font des lésions de serite bacillémique, de tuberculose inflammatoire. Depuis quelques années, nous appliquons à toutes les tuberculoses inflammatoires la même règle de conduite : traitement médical d'abord, le plus important, thérapeutique ordinaire par le repos, par le sérum de Jousset ensuite qui nous a donné jusqu'à ce jour des résultats excellents et que nous complétons depuis un an par l'emploi des sels d'or.

Ce traitement médical amène toujours une grande amélioration et, dans tous les cas, permet d'obtenir un résultat complet par la thérapeutique chirurgicale si elle devient nécessaire.

(1) *La Provence médico-chirurgicale.*

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE (S. ET D.)

La syphilis est une cause fréquente d'hémiplégie chez le sujet jeune.

Tout l'intérêt de son étude réside dans la nécessité d'en établir précocement le diagnostic pour l'institution d'un traitement rapide, seul capable de limiter les lésions.

ETIOLOGIE

En règle, sujet jeune : 20-40 ans.

1° *Dans la syphilis acquise*, elle peut survenir à toutes les périodes, — mais surtout au début de la *période tertiaire* (3 à 12 ans après le chancre).

En fait : rôle surtout de l'insuffisance des traitements antérieurs suivis, bien que cette notion ne soit pas absolue.

2° *Dans l'hérédo-syphilis :*

Rôle majeur (établi par Fournier), de la syphilis dans les hémiplégies infantiles.

Elle est précoce : 1-3 ans après la naissance.

Rarement plus tardive : 7-9 ans.

CLINIQUE

Cette hémiplégie est dans la règle consécutive à des lésions *d'artérite cérébrale spécifiques*, — mais la pluralité même des localisations explique l'extrême difficulté qu'on éprouve à tracer un tableau précis.

Type : *hémiplégie par ramollissement sylvien superficil*. Cas fréquent.

Caractères généraux : essentiels.

— Longue phase prodromique.

— Installation lente et progressive de l'hémiplégie.

— Hémiplégie incomplète, non proportionnelle.

— Coexistence habituelle de signes méningés ou d'autres stigmates de syphilis.

I. *La phase prodromique.*

Elle est capitale, car si les manifestations auxquelles elle donne lieu peuvent être rattachées à leur vraie cause, on peut juguler très tôt les lésions, et en arrêter l'évolution.

Marquée par une série de signes subjectifs qui acquièrent de ce fait une grande valeur.

Le plus important de ces signes :

La céphalée : constante pour ainsi dire ;

Intense, gravative, continue ou par crises.

Généralisée le plus souvent à toute une région frontale ou occipitale, rebelle à tout antinervin.

Maxima *la nuit*, avec des *insomnies* tenaces.

Accompagnée parfois de *nausées* et de *troubles oculaires* pour réaliser un véritable tableau de migraine ophtalmique.

— Elle acquiert d'autant plus de valeur s'il s'y surajoute :

Des douleurs vagues, imprécises dans les membres, avec fourmillements. Engourdissements passagers.

Des troubles du caractère, variés d'ailleurs : tristesse, abattement, irritation, diminution de mémoire, ou petites absences, et surtout des signes plus nettement caractérisés que recherche systématiquement un examen neurologique chez le malade jeune.

Une paralysie oculaire : ptosis, strabisme, paralysie du III, du VI.

La notion de troubles moteurs fugaces et transitoires, tels que :

Un dérobement passager d'une jambe.

Un embarras momentané de la parole.

Une maladresse d'une main, d'un bras.

Ces manifestations s'échelonnent sur un temps variable avec les malades. Mais on ne doit pas en méconnaître la signification : pratiquer une ponction lombaire et un examen sanguin pour en connaître la vraie nature — et instituer, quasi d'urgence, un traitement adéquat.

Car, non traité, le malade est exposé à devenir un hémiplégique.

II. *L'hémiplégie.*

Son début : comme par à-coups.

Ou progressivement : une parésie qui devient paralysie.

Ou par monoplégies successives.

Généralement sans coma.

En quelques heures, et souvent la nuit.

Beaucoup plus rarement : un ictus, coma et réveil, ou un ictus résolutif : le malade assiste conscient à la paralysie brutale de tout un côté de son corps.

En période d'état : l'hémiplégie constituée est *flasque*, hypotonique.

Abolition des réflexes tendineux et cutanés. Signe de Babinski.

Partielle. Non proportionnelle, atteignant surtout le membre supérieur.

Incomplète : c'est plus une parésie qu'une vraie paralysie.

— *Les troubles de la sensibilité* y sont variables, mais généralement peu marqués.

— *L'aphasie est possible.* Type Broca, mais rarement pur, très souvent élément de Wernicke associé.

Mais surtout : à cette hémiplégie, s'associent dans la règle d'autres signes de syphilis nerveuse :

Des paralysies oculaires.

Un signe d'Argyll.

— Associés souvent à des *convulsions Bravais-Jacksonniennes.*

Les caractères cliniques de cette hémiplégie, à vrai dire bien spéciale, commandent qu'on fasse la preuve de son origine syphilitique,

Par une étude soigneuse des antécédents.

Par un B. W. dans le sang.

Surtout : *par l'examen du liquide céphalo-rachidien.*

1° Tantôt, les résultats sont très nets.

Albuminose, lymphocytose, B. W.+Benjoin + dans la zone syphilitique.

2° Bien souvent, il faudra se contenter de résultats partiels — et dans tous les cas, *même à titre d'épreuve*, instituer rapidement le traitement (cyanure de mercure ou arsenicaux), — à condition d'avoir préalablement fait le bilan viscéral du malade dans un double but :

Pronostique : importance fâcheuse des associations (aortite, hépatite ou autre).

Thérapeutique : état des reins, surtout pour juger de la valeur de cet émunctoire, importance primordiale avant tout traitement mercuriel.

III. *L'évolution* est fonction de la rapidité d'institution de ce traitement.

Fait suffisamment tôt, il permet parfois d'obtenir une *guérison complète* — ou *avec quelques séquelles* (parésie minime, Babinski).

Plus tard, les lésions organiques deviennent indélébiles, l'hémiplégie persiste, *passe à la spasmodicité*. Elle fait du malade un infirme.

Encore faut-il longtemps poursuivre ce traitement, pour éviter : *l'extension des lésions*, et surtout *l'hémiplégie double*, dont l'aboutissant presque fatal est un *syndrome pseudo-bulbaire*, avec troubles intellectuels importants, dont on conçoit toute la gravité chez ce malade encore jeune.

(A suivre.) G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 21 — SAMEDI 12 MARS 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat (oral).* — Séance du 9 mars (dernière séance) :

Mlle Heulot, 23 ; M. Hémeury, 15 ; Mlle de Larminat, 23 ; M. Lang, 18 ; Mlle Kahn, 15 ; MM. Kaeppelin, 22 ; Joublin, 22.

Questions données. — Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse de l'enfant. — Diagnostic des adénites cervicales chroniques.

Liste de nomination

Sont nommés internes : MM. Perrier (Robert), 71,5 ; Mantoux, 71 ; Mlle Darhovsky, 70,5 ; M. Lolmède, Mlle Grumbach, 70 ; MM. Tiret, Küss, 69,5 ; Castaigne, Mlle Hufnagel, 68,5 ; MM. Boudon, Poissonnet, Roy (Bernard), 68 ; Ben-Haïm, 67 ; Soulier, Desfossés, 66 ; Lange, Bareau, 65,5,

Minkowski, Toulouse, Verstraete, Bertrand (Jean), L'Hirondel, Bourlière, 65 ; Tétreau, Le Bozec, Lebovici, Salet, Mouton, 64 ; Gimault, 63,5 ; Langevin, Mlle Provendier, MM. Dubost, 63 ; Campagne, 62,5 ; Mlle Feder, 62 ; MM. Adam (Roger), Feldmann, 61,5 ; Blinder, Fénelon, Hertzog, Lecœur, Martinet, Léger (Bernard), Coury, 61 ; Alison, Dreyfus (Jean), 60,5 ; Mlle de Larminat, MM. Callerot, 60 ; Brault, Aupinel, 59,5 ; Blancard, Mlle Seyrig, MM. Rouault, Brisset, 59 ; Eudel, Lacroix (Pierre), Motte, 58,5,

Deprez, Hardel, Mlle Rist, MM. Bricaire, Huber (Jean), Mlles Lindeux, Lambert, MM. Piguet, Danel, Bolo, Mlle Wolfromm, MM. Cotillon, Mendelsohn, 58 ; Vernes (André), Etienne (Roger), Raynaud (Henri), Douville, Aharfi, Le Sourd (Maurice), Pointeau, Gandrille, Leroy (Marc), Ristelhueber, Compagnon (Lucien), Sterboul, 57,5,

Sont nommés externes en premier : MM. Rognon, Radzievsky, Galmiche, Albou, 57,5 ; Lecointe, Lacombe, Mlle Corre, MM. Caufment, Renault (Pierre), Thaon, Poussier, Mlle Meunier, MM. Chigot, Mattei, Ronsin, Lichnewsky, Hébert, Blanchon, Berthon, 57 ; Goury-Laffont, Jacquemin (Henri), Bourgine, 56,5 ; Granjon, Butzbach, Mlle Tourneville, MM. Roger (René), Gorin, 56 ; Bernard (Pierre), Mlle Heulot, 55,5 ; MM. Scebat, Audoly, Bachet, Joussemet, Rouget, Mlle Rosenkovitch, 55,

MM. Steinberg, Kreisler, Mlle Garnier, 54,5 ; MM. Froidefond, Prochiantz, Maignon, Baudon, Léandri, Mlle Haller, MM. Cossart, Delouche, Rometti, Serreau, Pérol, Lanvin, Mlle Laisney, 54 ; MM. Molimard, Liénard, Bauchart, Capron, Bastin, Marzet, Pluvinage, 53 ; Labayle, Ciaudo, 52,5 ; Delatour, Joinville, Toufesco, Moulle, Mlle Lefèvre, MM. Kropff, Sclafer, Carlotti, 52 ; Durupt, Mlle Lipmann, 51,5 ; MM. Sevileano, Joublin, Lasry, Tahar, Fortin, Butet, Azaïz, d'Œlsnitz, 51,

MM. Verriez, 50,5 ; Kaeppelin, Pruvot, Enel, Mlle Bournisien, 50 ; MM. Landau, 49,5 ; Roujon, Auregan, Fronville, Mlle Hahn, 49.

Hôpitaux de Lyon. — Après concours, M. le docteur Boudènes a été nommé électro-radiologiste des hôpitaux.

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES RÉCOMPENSÉES. — *Médailles d'argent.* Mlle Abadie, MM. Abaza, Aboulker-Kamoun, Arribehaute, Aubrun, Auzepy, Bardin, Bastien, Baumgartner, Bensaude, Bidou, Bioy, Bloch, Bosvieux, Boros, Boulle, Brehant, Brincourt, Brocard, Brouet, Mmes Brouet (née Sainton), Brunel, MM. Caby, Cachin, Mlle

Champy, MM. Chigot, Conte, Conjard, Debray, de Cagny, de Font-Réaulx, Delinotte, Del Regato y Manazno, d'Escrivan, Mme Derot (née Picquet), MM. de Sola, Desportes, Dreyfuss, Eck, Ferroir, Fontaine, Fortineau, Ghayour, Girault, Mlle Momes de Mattos, MM. Goudard, Grasset, Guillaumat, Hakim, Halley y Miralles, Hanaut, Hertz, Mlle Huguet, MM. Judet, Kreis, Mme Lejard (née Genty), MM. Lemaître, Lemant, Lemelletier, Leuret, Mme Loëve (née Lyon), M. Lemoine, Mlle Lorain, MM. Macrez, Mallarmé, Malgras, Malinsky, Martin, Matruchot, Mesbah, Meyer Heine, Morax, Mlle Morel, MM. Moreno, Nicolle, Nodet, Olivier Claude, Olivier Jean, Perreau, Rambert, Rasamoely, Mlle Raymond, MM. Roux, Sambron, Sauvain, Sergent, Simon, Simonnet, Sterin, Stewary, Terrasse, Thieffry, Tilitcheff, Mlle Tiphagne, MM. Varangot, Vial, Voisin, Wetterwald, Willot, Yovanovitch, Zha, Adraanopoulos.

Médailles de bronze. MM. Aghili, Adjuriaguerra y Ochandiano, Aknin, Mme Allin, M. Artisson, Mlle Aveline, MM. Bachelier, Barthelemy, Mlle Belot, MM. Blackman, Boivin, Borowski, Bouley, Bourdial, Braunberger, Cacault, Cante, Mlles Casalis, Cauchois, MM. Ciosi, Coste, Coullet, Courvoisier, Coussieu, Crépin, Daniel, David, Delorme, Destreicher, Desvignes, Dominici, Dupont, Esquirol, Fouassier, Galup, Ghoziand, Gigon, Guy, Mlle Harispe, Mme Hofmann (née Saguez), MM. Jacquet, Jacquet, Jeannopoulos, Klotz, Kouindjy, Lachmann, Latifi, Lazard, Leblois, Léger, Le Moniet, Lerich, Liron, Malet, Mannoni, Mlle Margueron, MM. Marlin, Martin, Maspetiol, Mekdjian, Menet, Meyer, Mignon, Miquel, Moayed-Hekmat, Nachroudi, Mme Paulin (née Rigolage), MM. Peristiany, Radulesco, Remy, Roucher, Saillant, Schefler, Schwartz, Soulignac, Soyer, Stern, Stora, Tardiveau, Mlle Tarrade, MM. Tissandie, Turlotte, Van Quaethem, Vassor, Vidart, Vivant, Weill, Wiehn, Zakin.

Mentions honorables. MM. Bardinon, Bouan du Chef du Bos, Deliberos, Ferdière, Garcia-Carrillo, Krevoer, Levi, Mauclaire, Meurin, Mlle Petit, M. Pinchenzon, Mlle Roche, MM. Tchehrazi, Touati.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Joseph Chalier, professeur de pathologie interne, est nommé, à compter du 1er avril 1938, professeur de clinique des maladies infectieuses à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (chaire créée).

Académie de médecine de Rome. — Le ministre de l'Education nationale a confirmé pour deux ans le professeur R. Alessandri comme Président, et le professeur C. Frugoni comme Vice-Président de l'Académie royale de médecine de Rome.

UMFIA. — L'Assemblée générale de l'UMFIA, Union médicale latine, a eu lieu le 19 février, au siège social, 81, rue de la Pompe, à Paris, sous la présidence de M. Louis Dartigues.

Après l'allocution du président, le docteur Molinéry, secrétaire général, a présenté son rapport annuel, et le docteur Cambiès, trésorier, l'exposé financier. M. Pierre Molinéry, interne des hôpitaux, secrétaire de la jeune UMFIA, exposa ensuite les vœux de ce groupe, qui affirme sa vitalité.

Enfin, M. Dartigues annonça la *prochaine Conférence des Voix latines.* M. le professeur Latarjet (de Lyon) parlera de ses *Missions au Mexique.* La conférence aura lieu le *mercredi 30 mars, à 21 heures,* à l'Hôtel de la Confédération, 60, boulevard de la Tour-Maubourg (Paris 7e), sous la présidence du chargé d'affaires du Mexique.

Notre confrère Chauvois parle enfin de la dernière croisière en Grèce.

Association de la Presse médicale française. — L'assemblée générale de l'Association vient d'avoir lieu sous la présidence de M. le professeur Loeper, président de l'Association. La plupart des membres parisiens étaient présents, notamment MM. les professeurs Hartmann et Fiessinger, le docteur Milian. De province étaient venus les professeurs Cruchet et Portmann (de Bordeaux) ; Minet (de Lille) ; Hamant (de Nancy).

Après l'allocution du président, G. Baillière, trésorier, fait approuver les comptes de l'Association. M. Gardette, secrétaire général donne lecture de son rapport annuel. Il montre l'activité de notre association et les efforts, souvent couronnés de succès, qui ont permis d'écarter plusieurs des dangers menaçant gravement la presse médicale. Il reste malheureusement beaucoup d'incertitude pour notre avenir immédiat. M. Georges Masson, fait un exposé des nouvelles dispositions fiscales. Il est chaleureusement applaudi pour le dévouement et la vigilance avec lesquels il est intervenu pendant ces derniers mois pour défendre l'existence même des journaux médicaux.

Enfin, après un deuxième exposé de Me Guérandel, notre conseil juridique, on procède aux élections statutaires. MM. Gardette, Masson et Noir sont réélus membres du Conseil d'administration. MM. Roulland, Biancani (Hugo) et de Parrel, membres de la Commission d'admission. MM. Talaman, Roger et Noir, membres du conseil de famille, MM. Bérillon et G. Doin, commissaires aux comptes ; M. Robert Gardette, enfin, est réélu secrétaire administratif.

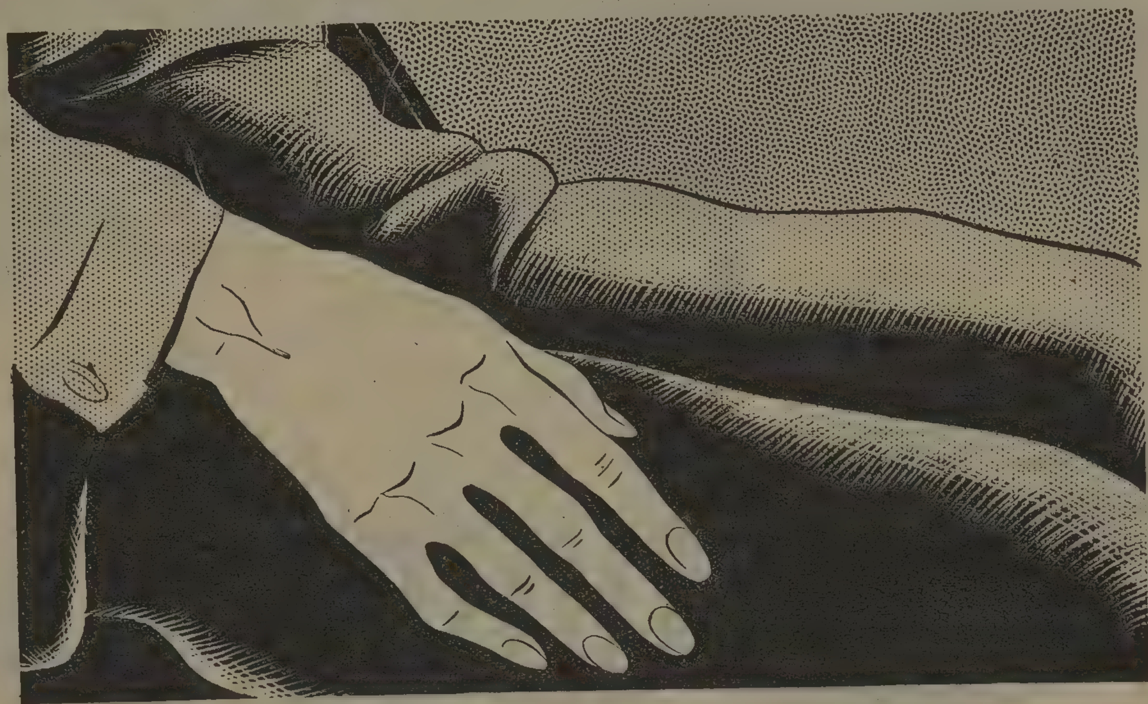
Société française de transfusion du sang. — La prochaine séance aura lieu le 15 mars 1938, à 20 h. 45, salle Pasteur, 60, boulevard La Tour-Maubourg.

Ordre du jour. — 1° Continuation de la discussion du rapport des docteurs Lardennois et Jube ; 2° Utilisation systématique du cathétérisme veineux à demeure pour certaines indications de transfusion sanguine — choix de la veine — (docteur Lardennois).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, le docteur Jube, 51, avenue Bugeaud (16e).

Nécrologie. — Le docteur Louyriac, de Lyon.

— Le docteur Pham Hu Chi, ancien interne des hôpitaux de Paris (1931), ancien chef de clinique de la Faculté, décédé à Saïgon.



REVUE GENERALE

LES TROUBLES PSYCHIQUES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

LA CÉRÉBROPATHIE DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

Par MM. JEAN LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA

Si la notion de rhumatisme cérébral est de date lointaine, et si peu d'auteurs contemporains discutent la nature rhumatismale de certains troubles psychiques qui accidentent plus souvent qu'on ne le croit et qu'on ne l'écrit dans les Traités généraux ou spécialisés, la maladie de Bouillaud, il s'en faut que tout ait été dit sur la matière. Aussi bien, puisque l'occasion nous a été fournie de suivre plusieurs malades atteints de perturbations mentales au cours ou au décours de la maladie de Bouillaud, nous avons pensé que ce n'était pas faire œuvre inutile que de rassembler quelques faits précis dans le but de mieux circonscrire les données du problème général que posent à tous les médecins la maladie rhumatismale aiguë et ses complications cérébrales.

Historique. — On nous pardonnera, croyons-nous, de ne pas reprendre, une fois de plus, l'étude chronologique des travaux portant sur les manifestations cérébrales du R.A.A. On en trouvera d'excellents exposés dans la thèse de Mlle R. Joffé et dans le remarquable travail publié par Bouchut, Roger Froment et G. Rouzier. Remarquons seulement que si, depuis l'observation célèbre de Guérin (1807), l'on ne parle plus « d'une humeur rhumatismale qui s'est jetée sur le cerveau », nous sommes à peine plus avancés pour ce qui a trait à la pathogénie des troubles cérébraux qui compliquent la maladie rhumatismale. Sommes-nous mieux avertis sur le chapitre de la clinique ? On peut hésiter à répondre par l'affirmative. En 1860, le grand clinicien Gubler décrivait quatre formes de rhumatisme cérébral : la céphalalgie congestive, le délire fonctionnel pouvant aller jusqu'à la folie rhumatismale, la méningo-encéphalite diffuse et l'apoplexie rhumatismale. Ainsi qu'on l'aperçoit dès le premier regard, cette division ne peut être maintenue puisque les critères sur lesquels on la base sont de nature diverse. La division proposée par Trousseau semble meilleure ; mais, en réalité, elle laisse prise à la même critique puisque Trousseau range, côte à côte, la forme hydrocéphalique et la forme délirante.

Les manifestations encéphaliques du R.A.A. montrant souvent une intrication propre à décourager les classificateurs, il nous semble que le plus simple et le plus exact consiste à prendre comme base l'évolution de la maladie et de décrire, ainsi que l'a réalisé Mlle Joffé, des formes suraiguë, aiguë et chronique.

Sans prétendre en rien à retracer toute la symptomatologie du rhumatisme dit cérébral, il nous faut cependant, pour bien poser le problème des perturbations spécifiquement mentales, indiquer à grands traits comment se présentent à l'observateur la complication encéphalique de la maladie de Bouillaud ; et cela d'autant plus que dans plusieurs ouvrages étrangers, et non des moindres, la question est à peine effleurée.

Dans la *forme suraiguë* qu'illustre le cas célèbre de Trousseau, le malade est pris soudainement d'un délire furieux alimenté par des troubles des perceptions, la sensation qu'il est aveugle et des hallucinations ; des cris, des vociférations, une agitation brouillonne, indiquent le désordre complet de l'esprit. Puis soudain, le malade s'affaisse ; il a succombé.

Très heureusement, la *forme aiguë* simple se montre beaucoup plus fréquente que la précédente dont l'extrême gravité n'a pas besoin d'être soulignée. Contrairement à celle-ci, des prodromes annoncent l'imminence de l'attaque cérébrale : d'abord la résolution ou l'atténuation des arthropathies, une céphalalgie anormale avec insomnie, une instabilité du caractère, enfin une altération des fonctions psychiques.

En général, le trouble mental affecte le type de la confusion avec onirisme, délire de rêve alimenté par de fausses perceptions, des illusions, des hallucinations et des identifications erronées, des fausses reconnaissances. Ce qui fait peut-être l'originalité du R.A.A. dans cette forme qui est, on l'a compris, le type même de tous les troubles psychiques des pyrexies et des infections, c'est que, à la suite d'une période dans laquelle le dynamisme apparaît exalté, survient une phase de dépression avec somnolence parfois inquiétante. Avant la convalescence définitive, des épisodes d'agitation et de dépression peuvent alterner.

La *forme chronique* du rhumatisme cérébral a été fort scrupuleusement étudiée par Benjamin Ball, lequel insiste sur le caractère dépressif, mélancolique des troubles mentaux, sur la fréquence de l'agitation musculaire de type choréique, enfin sur la coexistence habituelle de lésions cardiaques. Puisque nous reviendrons sur le problème des troubles mentaux, nous n'y insistons pas ici.

Simon, puis Peyser s'accordent avec Ball pour considérer la dépression mélancolique accompagnée de mutisme et parfois de stupeur comme une des caractéristiques de l'atteinte psychique du R.A.A. dans sa forme prolongée ou chronique.

Plus récemment, la question qui nous intéresse a fait l'objet de remarques pertinentes de la part de Kraepelin, de Knauer, de E. Dupré et Kahn, de Toulouse, Courtois et Pichard, de R. Targowla. Mais, ainsi que nous l'exprimions au seuil de cet article, il s'en faut que l'accord soit établi entre les auteurs sur les principaux points du problème que nous pose le Rhumatisme cérébral à forme psychopathique.

Voyons d'abord ce que nous montrent les observations que nous avons personnellement recueillies.

OBS. 1. — Mme Do..., âgée de 22 ans. Mariée, un enfant bien portant. Angines fréquentes. A 15 ans, première attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé avec angine. Amygdalectomie après la guérison de cette crise, dont la durée ne dépassa pas une quinzaine de jours.

Le 28 décembre 1935. Angine sérieuse avec abcès amygdalien, suivie de polyarthrite, d'emblée généralisée.

Le 17 janvier 1936. La malade est hospitalisée à Paul-Brousse et nous l'examinons. L'état général est excellent ; on note seulement un léger amaigrissement avec pâleur des téguments, des arthropathies multiples épargnant les petites articulations mais cependant ayant une tendance à les envahir. Les articles intéressés apparaissent gonflés, chauds, rouges et douloureux à la pression et à la mobilisation. La température centrale est de 39°-39°5. La malade transpire très abondamment. Aucune atteinte du système nerveux. Tous les réflexes sont normaux, de même que les fonctions iriennes. Aucun trouble psychique. Pouls rapide, en rapport avec la température. Hypotension artérielle, 7.9 à l'appareil de Vaquez.

A l'auscultation, on constate un assourdissement très net des bruits cardiaques, surtout au niveau de la pointe. Ni sucre ni albumine dans l'urine. Traitement : iodaseptine salicylée en injections endoveineuses, applications locales de baume salicylé.

Le 19 janvier. Par suite de l'oblitération antérieure des veines, on suspend les injections intra-veineuses et l'on donne le salicylate de soude *per os* à la dose de 4 gr. et en lavement 2 gr.

Le 22 janvier 1936. Amélioration des arthropathies, mais apparition de douleurs précordiales. Bruit mitral très assourdi.

Le 27 janvier. Souffle systolique à la pointe, légère dyspnée. Tension artérielle à 11.6. Bourdonnements d'oreilles, troubles de la vision en rapport avec une intoxication salicylée. On interrompt le salicylate.

Le 1er février. Frottement sec péricardique, souffle mitral marqué, pleurésie avec léger épanchement aux deux bases Aucun trouble psychique. La ponction pleurale donne issue à un liquide ambré ne contenant aucun germe, pas de bacilles de Koch.

Le 3 février. Tachycardie à 140 malgré l'administration de la digitaline pendant les jours précédents. Bruit de galop péricardique. Aucun symptôme objectif du côté du système nerveux, aucune anxiété, aucune agitation. Les yeux sont normaux ; fond de l'œil montre des vaisseaux un peu distendus. Pas d'œdème papillaire.

Le 7 février. Ponction pleurale, issue de 500 cm^3. Apparition des troubles psychiques à type dépressif avec anxiété.

La malade nous considère avec angoisse, elle semble terrifiée par la crainte. On va la tuer, dit-elle, la mettre au four crématoire, elle est indigne d'être mariée, indigne d'être mère. Son mari ne doit pas s'inquiéter d'elle, elle ne le mérite pas. Remarquons que le mari de cette malade vient chaque jour s'enquérir de sa santé. Pas d'hallucinations, ni d'illusions. Pas de confusion mentale ; la malade se montre très bien orientée dans le temps et dans l'espace. La mémoire est bonne ; l'identification des personnes de l'entourage correcte.

Le 14 février. Amélioration dans l'état général et local. Les arthropathies sont en voie de régression importante ; la température n'a pas atteint même le soir 38° depuis le 11 février. Aujourd'hui, elle oscille entre 37°9 et 37°. Pouls à 125. Tension artérielle à 12 1/2.7. Les signes stéthacoustiques cardiaques ne se sont pas modifiés, et l'on perçoit nettement le souffle systolique de la pointe et le frottement péricardique ; cependant ce dernier est d'une moindre intensité.

Les troubles mentaux persistent, gardant le même caractère mélancolique. La malade accuse maintenant des idées de dépréciation, de culpabilité avec auto-accusation. Tout en pleurant et en gémissant, elle déclare qu'elle a fait du mal à tout le monde, qu'elle va mourir, qu'elle doit mourir pour apaiser la justice, et demande qu'on lui fasse une piqûre pour abréger ses peines.

Pas de troubles psycho-sensoriels ; pas de confusion ni d'amnésie.

Les urines continuent d'être normales.

Le 25 février 1936. Amélioration très importante des fonctions cardiaques. Tachycardie moindre ; le frottement péricardique s'est effacé, mais le souffle mitral persiste. Les bases pulmonaires demeurent obscures, mais l'épanchement liquide a diminué nettement. La température ne dépasse plus 37°3. La malade continue à présenter les mêmes réactions mélancoliques, disant qu'elle est indigne de vivre, qu'elle doit mourir ; à ces idées se mêlent quelques sentiments de persécution et d'abandon : son mari ne l'aime plus, la délaisse ; de son côté, elle n'éprouve plus pour lui aucune tendresse. Enfin, les aliments qu'on lui sert ne sont pas bons, ils ont un drôle de goût.

Le 4 mars 1936. La malade quitte l'hospice P.-Brousse et rentre chez elle très améliorée à tous les points de vue, mais non pas guérie. On constate encore un gros souffle mitral, une obscurité des bases pulmonaires, un grand degré d'amaigrissement avec anémie ; enfin les troubles psychiques, quoique atténués, sont encore facilement décelables

Le 3 avril 1936. La convalescence se poursuit normalement ; la malade a repris du poids, le pouls est normal ainsi que la température ; le souffle mitral persiste. L'état mental s'est très naturellement amélioré, mais l'interrogatoire fait apparaître facilement encore les idées mélancoliques simples. La malade, toujours triste, n'éprouve aucune affection pour les siens, ne prend aucun goût à la vie.

Le 23 février 1937. Nous revoyons la malade qui, cette fois, est complètement guérie, alerte, gaie, pleine d'entrain. Le souffle mitral seul persiste.

***

Obs. II. — Mme Cat..., âgée de 40 ans, est prise le 3 mai 1937 par un état de confusion mentale avec dépression. Elle présente en effet, à cette époque, un épisode d'obnubilation psychique avec orientation difficile et imparfaite, traversé d'épisodes oniriques accompagnés d'anxiété. La malade rêve que sa fille, son mari et ses voisins sont morts ou en danger. L'agitation est vive, la patiente brise les vitres, etc. Cet ensemble de faits oblige son mari à l'envoyer à l'Infirmerie spéciale.

Les troubles psychiques sont apparus il y a 6 mois, lors de la convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu. A la suite de ce rhumatisme fébrile, la malade montre un état dépressif avec préoccupations hypocondriaques : crainte du cancer, de la tuberculose, etc., et exprime de vagues idées de persécution (crainte d'être empoisonnée). Insomnie.

A son entrée dans le service du docteur Capgras, on note un état stuporeux de la malade alternant avec des phases d'agitation anxieuse. La température oscille entre 38° et 39°. L'urée sanguine est de 0,67. Les urines sont normales. B.-W. négatif.

Un traitement par l'opothérapie rénale améliore rapidement la malade. Elle sort guérie le 30 mai 1937.

La malade part dans l'Aveyron où elle reste deux mois et demi, en apparence guérie ; mais le 11 octobre 1937, survient un nouvel épisode onirique avec anxiété et agitation nocturne.

Admise à l'hôpital Henri-Rousselle, la malade s'améliore très vite et sort le 7 novembre 1937. Pendant cette période, l'examen physique était normal. Aucun trouble neurologique n'a été décelé.

Obs. III. — Thi..., 18 ans, entre dans le service du docteur Capgras, à Sainte-Anne, avec le diagnostic d'agitation anxieuse.

Au point de vue héréditaire : gros antécédents psychopathiques : l'oncle de sa grand'mère maternelle a fait une

crise de mélancolie à l'âge de 50 ans, avec tentative de suicide ; grand-père mort de ramollissement cérébral ; la mère de la malade a présenté deux crises de dépression, à 5 ans d'intervalle, compliquées par deux tentatives de suicide, la première par le Dial, la seconde par le gaz d'éclairage.

Antécédents pathologiques : maladies infantiles : rougeole, coqueluche, varicelle, oreillons. En 1931 : rhumatisme polyarticulaire aigu suivi d'un épisode confuso-onirique qui dura une semaine ; on constata dans la suite une endocardite, une péricardite, ainsi qu'une complication pleurale. Quelques mois plus tard, au cours d'une nouvelle poussée articulaire, apparut une hémichorée gauche qui s'éteignit au bout de 3 mois.

Traité assez irrégulièrement par le salicylate, le malade garda une instabilité thermique ainsi que des algies erratiques.

Une semaine avant l'entrée dans le service, survient un état confusionnel avec grande agitation, paroles incohérentes, idées de suicide. Ce tableau était accompagné par une anxiété très marquée avec crainte de la mort. Cet état confusionnel dura 18 à 20 heures. Par la suite, l'agitation nocturne se poursuivit, avec épisodes oniriques : « Je voyais mon grand-père comme dans un cauchemar. » Céphalées pendant la journée.

Dans le service, le même état anxieux persiste, avec angoisses fréquentes, cauchemars et frayeurs nocturnes.

L'examen physique fait apparaître un souffle systolique à la pointe avec éréthisme cardiaque ; T. A. : 13-8 1/2 (Vaquez). Pas de lésions pulmonaires, une radiographie montre l'intégrité des poumons. Les réflexes tendineux sont normaux, ainsi que les réflexes photo-moteurs. On note comme vestige de l'hémi-chorée, des mouvement fibrillaires de la langue et une hypersensibilité musculaire à gauche. Le malade se plaint d'engourdissement au niveau des deux mains et de l'hémiface gauche. Par contre, on ne constate aucun trouble de la sensibilité objective.

Examen des urines : albumine 0 ; glucose et acétone, néant ; sels biliaires, traces.

Examen sérologique : B.-W., Meinicke et Kahn : 0.

Numération globulaire : rouges, 3.220.000; blancs, 7.200 ; lympho., 18 ; mononucléaires moyens, 5 ; grands, 5 ; polynucléaires neutrophiles, 70 ; éosinophiles, 2 ; hémoglobine, 65.

Obs. IV. — Lani., 13 ans 1/2. Première atteinte de rhumatisme polyarticulaire aigu à l'âge de 8 ans, de longue durée, prenant plusieurs articulations, avec anémie, fièvre, et suivie de péricardite rhumatismale.

Le sujet présente actuellement un rétrécissement mitral. On ne trouve rien d'autre dans ses antécédents. Les parents sont bien portants. L'examen somatique du malade ne montre rien d'autre que les symptômes de la lésion mitrale.

A certains moment (4 à 5 fois par an) survient une élévation thermique sans poussée articulaire, mais accompagnée de pâleur, de sueurs et d'un épisode confuso-onirique marqué par des troubles de la notion de l'espace et une impression de modifications du moi : « Les choses en ces moments s'éloignent et se rapprochent ; le lit est grand, grand, je ne vois pas l'autre bout du lit ; la lampe est très haute ; je vois la maison grande, grande comme un château ; l'édredon est gros, gros. Je crains qu'il ne m'écrase. »

Impression de modifications de son propre corps : « Mes doigts augmentent et diminuent ; je sens mes jambes lourdes comme si c'était du squelette ; je sens mes mains comme si c'était de l'os. J'entends des vrais bruits, mais qui sont très forts, ils font vibrer la chambre ; j'entends des bruits comme si la maison s'écroulait. »

En réalité, on ne retrouve pas de véritables hallucinations auditives ou visuelles, mais plutôt des illusions avec idées de transformation, de déformation dues à l'appoint anxieux important : « Cependant je résiste et je sais que ce n'est pas vrai. »

La crise confuse et anxieuse ne dépasse jamais 24 heures et peut parfois ne durer que 6 heures.

Ces manifestations psychopathiques disparaissent rapidement par le traitement salicylé.

L'examen pendant les crises ne montre rien d'anormal, si ce n'est une augmentation des troubles cardiaques.

Obs. V. — Or., Lucette, âgée de 15 ans, entre dans le service le 22 juin 1937, pour des troubles du caractère. Les parents sont morts de tuberculose pulmonaire et ont eu trois enfants ; le frère et la sœur de la malade sont bien portants. Elle est née à terme, après un accouchement normal.

Les troubles du caractère sont apparus il y a 2 ans, à la suite d'une crise de rhumatisme aigu suivie de chorée.

La scolarité a été bonne jusqu'à 13 ans. Si la fillette n'a pas obtenu le certificat d'études, elle a été dans la classe du certificat et notée comme bonne élève.

Depuis cette maladie, son caractère s'est modifié dans le sens de la malignité. Elle taquine ses camarades et se montre très coléreuse et impulsive, donne des coups de poing. Entêtée. Onycophagie. Pas de fugue. Pas de vol, pas de mythomanie.

Placée depuis 18 mois chez des religieuses, celles-ci ne veulent plus la garder en raison de l'intensité des troubles du caractère, lesquels s'exacerbent au moment et avant les règles. Réglée depuis 7 mois seulement.

La malade présente actuellement, et de temps en temps, des douleurs articulaires et de l'engourdissement du côté gauche.

L'examen neurologique ne montre qu'une légère hyperextensibilité musculaire à gauche.

Réactions de Bordet-Wassermann et de Menicke négatives.

Un traitement au salicylate améliore nettement ces troubles et permet d'envoyer la malade en convalescence.

*
* *

Ainsi qu'on peut en juger d'après les faits cliniques dont nous venons de donner le résumé, si les perturbations mentales engendrées par le R.A.A. ne peuvent s'insérer dans un cadre très étroit et identique pour tous, du moins il apparaît que les manifestations mentales de la maladie de Bouillaud se nuancent de teintes assez particulières pour permettre une identification.

En effet, de quoi s'agit-il ? Très évidemment nos observations laissent reconnaître pour la plupart d'entre elles un élément de confusion et d'obtusion intellectuelles, mais sous ce ralentissement des fonctions psychiques, sous le voile de l'incohérence des idées, du trouble du raisonnement, du flou des perceptions transparaît un élément, à notre sens beaucoup plus personnel à la maladie : le désordre de la sphère affective, la dépression mélancolique. Chez notre première malade, rappelons-le, ce qui primait dès le début de l'atteinte cérébrale, c'était les idées d'indignité, de culpabilité, le sentiment du manque d'affection et de tendresse de la malade pour ceux qu'elle devait le plus chérir. A ces idées parfaitement mélancoliques s'ajoutait une ébauche de sentiment de persécution, ainsi qu'il arrive fréquemment au cours de la mélancolie la mieux avérée.

On retrouve moins nettement, il est vrai, le même tableau dans notre deuxième observation où se mé-

langent et s'intriquent les idées hypocondriaques et les idées de persécution sur un fond de dépression et d'asthénie morales. Chez la troisième malade, l'anxiété se montre plus vive. Mais, ici encore, celle-ci était entraînée par un sentiment mélancolique accompagné d'une crainte effroyable de la mort. Qu'apercevons-nous, enfin, dans la quatrième observation ? Des idées hypocondriaques très accusées associées à un sentiment de transformation corporelle, ainsi qu'on l'observe journellement dans le syndrome mélancolique.

De la confusion avec obtusion psychique sur lesquelles tant d'auteurs s'attardent avec complaisance, qu'en était-il ? Ainsi qu'en font foi nos observations, le syndrome confusionnel s'il est fréquent n'est pas constant et, en conséquence, ne peut être tenu pour la cause, le fondement de l'état mélancolique. Si l'on en demandait une démonstration, nous demanderions que l'on veuille bien se reporter à notre première observation où l'on voit le sentiment mélancolique se développer en dehors de tout état confusionnel, d'une part, et à l'histoire de la 3e de nos malades où apparaît si clairement la disproportion entre l'incohérence très poussée des idées et la pauvreté des sentiments dépressifs. A ne considérer que les faits que nous avons pu récemment étudier, nous serions portés à conclure que la forme cérébrale prolongée du R.A.A. se spécifie, tout ensemble, par la confusion et la dépression mélancolique. Or c'est précisément à une conclusion de ce genre qu'était arrivé B. Ball dès 1866. Cet éminent psychiâtre marquait, parmi les caractères distinctifs du délire rhumatismal, d'un accent tout particulier la tendance mélancolique ou dépressive et l'affaiblissement intellectuel parallèle à celle-ci. Et peu de temps après la publication du mémoire de Ball, Peyser puis Simon (de Berlin) accordaient, eux aussi, une place prééminente à l'inquiétude, au mutisme, à la défiance des malades aux prises avec la forme cérébrale prolongée du R.A.A.

Sans être aussi formel, Kraepelin n'est pas sans remarquer l'importance et la fréquence de l'état stuporeux, l'éclosion de sentiments pénibles tristes ou vraiment mélancoliques dans le sens médical du terme, ainsi que l'abaissement de la tension psychologique ou mieux la réduction temporaire de toutes les fonctions psychiques.

Knauer, pour sa part, décrit avec une insistance particulière un état de conscience assez spécial chez des rhumatisants, en le qualifiant d'état « d'obnubilation léthargique », ou encore « d'état crépusculaire narcotique », grâce auquel le malade éprouve moins durement la réalité des douleurs dont les arthrites sont la source.

Knauer ajoute que l'incohérence des idées, le ralentissement des processus idéatifs, l'éloignement des perceptions, l'atonie psychique sont moins profonds que dans les autres types de confusion, avec ou sans onirisme, qui accidentent tant de pyrexies infectieuses. Cette dernière affirmation semble plus discutable ; et avec Ewald, nous nous garderions de rien affirmer de semblable, car nous avons, avec nombre de médecins, observé des manifestations confusionnelles très marquées au cours de la polyarthrite rhumatismale de Bouillaud. Nous n'avons pas non plus remarqué la fréquence de la catalepsie chez nos mélancoliques rhumatisants ainsi qu'y insiste Knauer : mais peut-être que sur ce point notre attention n'a pas été suffisamment éveillée.

Ainsi qu'on le sait depuis les mémoires publiés par Korsakoff sur la cérébropathie toxémique des polynévrites alcooliques, la confusion onirique s'accompagne souvent de fabulation et d'amnésie d'un type spécial puisque la disparition des souvenirs porte exclusivement sur les faits récents, alors que les données anciennes sont demeurées fraîches à la mémoire. Or, il semble bien, selon Knauer, Kraepelin et Simon, que dans la confusion du rhumatisant, il n'en est point ainsi et que, pendant la période de convalescence où le jugement du patient est redevenu presque normal, l'amnésie, lorsqu'elle existe, porte tout ensemble sur les événements les plus récents et aussi sur les souvenirs de l'enfance les plus lointains, et donc les mieux inscrits dans la mémoire de la personnalité. Parfois même le rhumatisant cérébral débarrassé de confusion présente un affaiblissement mnésique intéressant exclusivement les souvenirs anciens, et ménageant par conséquent la mémoire dite de fixation ou antérograde.

Forme anxieuse de la cérébropathie. — Rien de plus commun que l'association de l'anxiété, voire même de l'angoisse à la mélancolie la plus classique ; aussi ne devons-nous pas être surpris si, précisément, le syndrome anxieux est fréquemment relevé au cours de la dépression mélancolique du rhumatisme cérébral. Cependant, dans quelques cas, l'anxiété est si vive, cette manifestation prend le pas si nettement sur tous les autres symptômes qu'on est autorisé à en décrire une forme aiguë. Cette anxiété, nous la retrouvons dans plusieurs de nos observations (I et III surtout). Chez une de nos malades (III), l'anxiété fut si aiguë pendant quelques jours que celle-ci détermina une agitation dangereuse et suscita l'apparition d'hallucinations et d'illusions, lesquelles peuvent être comparées aux représentations affreusement angoissantes que réalisent certains rêves pénibles et surtout les cauchemars.

L'on retrouve, d'ailleurs, disséminés dans la littérature médicale plusieurs faits de même ordre ; et nous pouvons rappeler les observations publiées par Costedoat et Travail, de Dupré et Kahn, de Toulouse, Courtois et Pichard. Dans le fait observé par Costedoat et Travail, des mouvements choréiques apparurent en même temps qu'une confusion avec anxiété ; l'anxiété se montre à l'opposé, indépendante de tout élément confusionnel dans l'observation recueillie par E. Dupré et Kahn ; enfin chez la malade observée par Toulouse et ses collaborateurs, l'anxiété s'accompagnait d'une bouffée hallucinatoire.

Retenons donc, de tous ces faits, que l'anxiété de la psychose rhumatismale semble un épisode assez commun et assez personnel à la maladie pour qu'on y prenne garde et que d'autre part, cet orage de la vie affective s'avère indépendant du processus qui sous-tend et conditionne la confusion, la stupeur et l'onirisme.

(A suivre.)

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

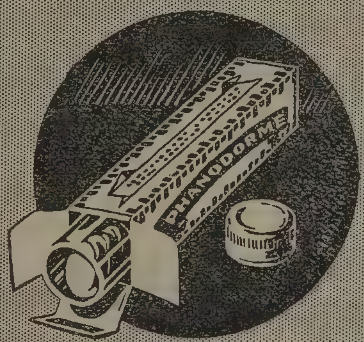
Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*


PHANODORME

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 9 MARS 1938)

L'examen médical des automobilistes. — Dans sa séance du 22 février 1938, M. TANON avait donné lecture d'un rapport fait au nom de la Commission de l'Automobile. Après une discussion à laquelle prennent part MM. FREDET, STROHL, LEGUEU, SOUQUES, MATHIS et Pierre DELBET, l'Académie adopte les conclusions de la commission et demande à M. le ministre des Travaux publics la constitution d'une commission en vue de l'établissement d'un examen médical pour les conducteurs de voitures de tourisme.

A propos du procès-verbal. — M. Emile SERGENT. « La communication de notre Président sur l'orientation actuelle de la lutte antituberculeuse a soulevé une intéressante discussion. Il est incontestable que les statistiques des cuti-réactions nous ont permis de constater que beaucoup plus d'adultes sont aujourd'hui indemnes de tuberculose. Mais cette constatation ne doit pas conduire à une généralisation excessive qui consisterait à considérer la tuberculose de l'adulte comme étant toujours une primo-infection.

Elle est le plus souvent une réinfection, autogène ou hétérogène, qui peut être favorisée par des circonstances occasionnelles (physiologiques ou pathologiques), lesquelles rompent l'état d'équilibre instable qu'est l'allergie, et favorisent la germination du bacille.

La lutte antituberculeuse doit donc continuer à s'orienter vers son double but : lutter contre les causes de contagion et contre les causes de déficience de la résistance du terrain. »

Abcès du poumon et tuberculose. — MM. F. BEZANÇON, R. AZOULAY, P. BERNAL et Cl. BRUNEL reviennent à nouveau sur les relations qui existent entre la tuberculose et les suppurations pulmonaires, et opposent les formes où il s'agit purement d'infection tuberculeuse constatée par la recherche systématique des bacilles de Koch dans l'expectoration, à celles où il s'agit de tuberculose pulmonaire maladie.

Ils rappellent, tout d'abord, la fréquence relative de l'association abcès du poumon et tuberculose, sur laquelle a bien insisté Sergent, et sont d'accord avec lui sur l'importance du facteur local dans le déterminisme du développement de la tuberculose.

Dans six de leurs observations, c'est sur le territoire même de l'abcès que se développe dans la suite la caverne tuberculeuse ; ils montrent dans certains cas l'intrication étroite qui peut exister entre le processus suppuratif et la tuberculose. Ces observations sont à distinguer de celles, peut-être plus nombreuses encore, où la tuberculose se développe longtemps après la période aiguë et se localise à distance du foyer ou se généralise.

Sans nier l'importance de l'état général comme facteur de l'association tuberculeuse, les auteurs considèrent qu'il faut attacher beaucoup moins d'importance au facteur local, soit que la suppuration ouvre ou réveille de vieux foyers de tuberculose latente, comme dans la tuberculose traumatique, soit que la sclérose pulmonaire, consécutive à la suppuration, facilite la pénétration des bacilles tuberculeux dans les parois de l'alvéole, comme elle facilite celle du lipiodol, comme Bezançon l'a montré avec Delarue.

La distinction entre la forme purement bactériologique de l'infection, dont les auteurs avec Braun et André Meyer ainsi que Ameuille ont montré l'importance, a non seulement un intérêt théorique, mais aussi un intérêt pratique : la constatation purement bactériologique du bacille ne contre-indique pas une intervention opératoire, comme le fait, d'après eux, la constatation de tuberculose maladie associée.

Les auteurs insistent, pour terminer, sur le danger pour les porteurs d'abcès chroniques de vivre au contact de tuberculeux, et sur l'utilité des cures climatiques (climat sec de Cerdagne, en particulier) pour les vieux porteurs de suppurations.

Sérums de convalescents. — M. BÉGUET décrit l'organisation d'un centre de récolte et de distribution de sérum de convalescents qui fonctionne à l'Institut Pasteur d'Algérie depuis trois ans.

Trois laboratoires volants dont le matériel est contenu dans des cantines, permettent d'aller procéder au prélèvement, à la décantation et à la mise en ampoules provisoires sur les lieux mêmes de l'épidémie, qui sont souvent éloignés de plusieurs centaines de kilomètres.

73 litres 500 de sang ont été prélevés et des réserves ont été faites, principalement pour le typhus exanthématique, la scarlatine et la rougeole. 19 litres de sérum ont été utilisés, avec des résultats très encourageants.

Essai sur la résection des premiers ganglions du système sympathique thoracique dans la tuberculose. — M. GAUDIER.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1937)

M. PECKER présente, au nom de M. Ichok, un livre intitulé : « *La mortalité à Paris et dans le Département de la Seine* ».

Immobilisation de la hanche flottante par une vis plantée dans la tête fémorale au travers du toit de la cavité cotyloïde. — M. DUPUY DE FRENELLE présente une observation dans laquelle la vis plantée au travers du toit de la cavité cotyloïde dans la tête fémorale est parfaitement tolérée depuis dix-sept mois, et n'a provoqué aucun dégât osseux malgré la marche à petits pas. Le vissage coxo-fémoral permet d'immobiliser la hanche et d'éviter l'appareil plâtré dans certains cas favorables. Dans le cas particulier, la vis devait être enlevée au bout de trois mois, mais la malade éprouve un tel soulagement qu'elle demande à conserver la vis en place.

M. René MARTIAL présente un travail intitué : « **L'apport de la race dans les maladies mentales.**

Contagion et hérédité de la tuberculose. — MM. P. REYNIER et Et. MAIGRE estiment que les théories de M. Aug. Lumière ne sont pas discutables quant à la contagion de la tuberculose. En ce qui concerne son hérédité, l'immunité de surinfection ou de refus, la sélection naturelle et les conditions ethniques sont matière à révision scientifique.

Présentation d'ampoules auto-injectables. — M. P.-A. DIGEON.

La possibilité de la pyélographie dans le diagnostic précoce du cancer du rein. — M. P. LE GAC.

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1937)

Avantages de l'urographie intraveineuse. — M. MARCEL, avec clichés à l'appui, fait ressortir les avantages de l'urographie intraveineuse, qui donne dans les affections rénales et pyéliques des résultats supérieurs mais restant complémentaires de la pyélographie.

Diagnostic clinique endocrinien et son application à l'hémocrinothérapie. — M. Marcel FILDERMAN insiste sur la nécessité d'individualiser le diagnostic, qui doit servir de base à tout traitement endocrinien, notamment à l'hémocrino-

thérapie. La seule clinique doit permettre au praticien de poser facilement un tel diagnostic dans la majorité des cas. Ces problèmes diagnostiques ont été compliqués par les nombreux petits signes accessoires sur lesquels on a trop insisté. Dans un exposé bref et schématique, l'auteur indique les principaux arguments sur lesquels le diagnostic doit se fonder : un examen approfondi s'attachera à préciser l'âge auquel sont apparues les toutes premières manifestations et les *circonstances pathologiques et physiologiques*, notamment en ce qui concerne la vie génitale, surtout chez la femme, qui ont précédé ou accompagné ce début.

Ces deux renseignements, joints au chiffre de la *tension artérielle*, forment la triade du diagnostic. Les manifestations physiologiques du trouble fonctionnel de telle ou telle glande viendront préciser et confirmer ce diagnostic. L'épreuve thérapeutique juge en dernier ressort.

Les acides de fermentation dans l'estomac à jeun, en l'absence de résidus alimentaires. — M. Pron, d'Alger.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1937 (CONSACRÉE AUX MALADIES DU SANG)

Les maladies du sang (Exposé de la question). — M. A. Becart, après avoir passé en revue la filiation des cellules sanguines, étudie :

A) *Les états anémiques*. Trois questions sont à résoudre :

1° Existe-t-il ou non une lésion grave des organes hémopoïétiques (états myélopathiques ou états hémopathiques) ?

2° A quel syndrome a-t-on affaire (hyperchrome et macrocytique et hypochrome et microcytique) ?

3° Quelle est la cause : hémorragique ? toxique ? infectieuse ? carentielle ?

B) *Les splénomégalies* s'accompagnant d'état anémique :

Anémie splénique : la compréhension de deux principales fonctions de la rate :

1° Celle de maintenir constamment le taux et des globules rouges et des plaquettes ;

2° De jouer le rôle de filtre vis-à-vis des microorganismes qu'elle élimine du sang, permet de comprendre les diverses splénopathies avec anémie, ictère hémolytique, purpura, et les diverses splénopathies inflammatoires (la rate devenant un habitat pour les bactéries, protozoaires, etc...).

C) *Les leucémies*, caractérisées par l'augmentation considérable des leucocytes, avec formes immatures.

Trois types : myéloïde, lymphoïde et aiguë, affection s'accompagnant de symptômes généraux graves, lésions buccales et prédominance de formes jeunes.

D) *Les syndromes hémorragiques*, dus à un trouble de la crase sanguine, posent un problème à multiples facettes : le sang, le foie, la rate ,la moelle osseuse et le système vasculaire entrent en jeu dans le processus d'arrêt de l'hémorragie et en clinique les différents symptômes se présentent soit isolément, soit en formant les trois grands syndromes suivants : le syndrome hémophilique, le syndrome hémogénique, le syndrome vasculaire.

L'agranulocytose médicamenteuse. — M. Ch. Aubertin.

La sprüe non tropicale. — Professeur docteur Naegli (de Zurich).

Sur le diagnostic des leucémies aiguës leucopéniques. — M. A. Ferrata (Pavie).

Peut-on considérer la lymphogranulomatose comme une maladie à début localisé ? Nécessité d'un diagnostic précoce. — M. E. Storti (Pavie).

Etudes cytologiques des adénopathies. — M. P. Emile Weil.

La formation du sang observée à l'état vivant dans les cultures de l'œuf de rat. — M. J. Jolly, professeur au Collége de France.

Adéno-lymphoïdite aiguë. — M. Paul Chevallier.

Le diagnostic des leucémies aiguës. — M. P. Lambin, professeur à l'Université de Louvain.

Le paludisme, maladie du globule rouge. — M. Rieux.

La méthode « Guttadiaphot » pour la détermination du sang malade. — Professeur Victor Shilling (de Munster).

De la place de la chlorose en pathologie interne. — M. Georges Rosenthal.

Traitement de l'anémie pernicieuse. — M. E. Joltrain.

Un nouveau médicament contre les hémorragies. — M. Feissly (de Lausanne).

Où en est l'autonomie du monocyte ? — M. Hugues Counelle.

L'arsenic thermal dans les états anémiques. — M. H. Jumon (de la Bourboule).

L'hématéxodie. — M. Waitz (de Strasbourg).

Utilité de l'hématologie pour le praticien. — M. Georges Minot, professeur de médecine à l'Université de Harward.

La lame de sang. — M. W. E. Cooke.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement et la prophylaxie du choléra infantile et des états cholériformes, par le docteur Marcel Lelong, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris (1).

L'importance pratique du problème soulevé par le choléra infantile est considérable. Depuis près d'un siècle, et dans le monde entier, des travaux innombrables ont été consacrés à son étude clinique, biologique, pathogénique, thérapeutique.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est efforcé de traiter cette question sur un plan bien net, et il a distingué dans le cadre général du syndrome cholériforme : d'une part le *choléra infantile* proprement dit, et d'autre part les *états cholériformes* qui, par leurs étiologies diverses, doivent être en bloc opposés au choléra infantile vrai.

Napoléon et l'Amour, par Octave Aubry. Un vol. gr. in-8° illustré par Bénito, édité par les laboratoires Deglaude, 15, boulevard Pasteur, Paris.

Les éditions des Laboratoires Deglaude à qui nous devions déjà la *Princesse Palatine*, par Paul Reboux ; *Sang gitane*, par Raymond Escholier ; *Le Jeu des 36 bêtes*, par André Demaison ; *Bug O'Shea*, par Paul Morand, viennent de nous offrir un nouveau livre de M. Octave Aubry, sur *Napoléon et l'Amour*. L'éminent écrivain auquel nous sommes redevables de tant d'œuvres historiques aussi documentées dans le fond qu'attachantes dans la forme nous apporte, une fois de plus, un ouvrage de haute valeur.

M. O. Aubry nous rappelle l'idylle de Valence, puis ce sont : la grande, la longue passion pour Joséphine, les distractions de l'empereur, son attachement pour la tendre Marie Walewska qui lui donna un fils ; enfin son orgueilleux amour pour Marie-Louise, qui lui donna un héritier...

Le livre, très beau, plaira à beaucoup, à ceux qui aiment la précision historique, à ceux que les beaux récits enchantent.

Edité avec un luxe de bon goût, illustré d'une façon charmante par Bénito, il fait le plus grand honneur à ses éditeurs les laboratoires Deglaude. F. L. S.

---

(1) Un volume gr. in-8° de 76 pages. Prix : 18 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR R. GRÉGOIRE

Quel est donc le diplomate qui a dit : « Je ne prépare pas de discours. Je ne prononce pas de discours. Je n'écoute pas de discours » ? Quelle eût été sa confusion en assistant à la réunion intime au cours de laquelle les amis et les élèves du prof. R. Grégoire lui offraient une médaille due à M. Ch. Pillet ! Il se serait aisément rendu compte qu'il y a discours et discours. Devant une assistance d'élite où nous avons reconnu, entre autres, M. le Recteur et M. le Doyen, M. Siredey, MM. les prof. Bezançon, Chevassu, Crouzon, Guillain, Hartmann, Hovelacque, J.-L. Faure, Laignel-Lavastine, Lenormant, Lereboullet, Mathieu, Terrien, MM. les médecins généraux inspecteurs Sieur, Dopter et Rouvillois, MM. Alglave, Brûlé, de Fourmestraux, Lance, Lardennois, Lian, Ed. Michon, Mondor, Pagniez, Touchard, Vignes, P.-E. Weill, le docteur Pamard (d'Avignon), M. le directeur de l'hôpital Saint-Antoine, M. Louis Michon prend la parole. Il évoque d'abord l'époque lointaine où il entrait comme interne chez Grégoire. Un peu rugueux, les premiers contacts... Mais bientôt, devant la virtuosité opératoire du Maître, devant sa conscience, devant son immense érudition, devant sa vocation pour l'enseignement, devant sa bonté, il ne tardait pas à comprendre que cette sévérité n'était qu'une forme de l'amour, et « dès lors, il eut la douceur d'aimer celui qu'il admirait ». Affection bien réciproque, puisque, à la fin de son internat, il devenait son assistant, et qu'il le serait encore si, entre temps, il n'avait été nommé chirurgien des hôpitaux ! Quelle fierté n'éprouve-t-il pas de lui exprimer aujourd'hui sa respectueuse reconnaissance et de lui remettre cette belle médaille ! Très ému, le prof. Grégoire lui répond, non sans lui avoir donné une chaleureuse accolade. Lui aussi, il fait allusion à ces années de jeunesse « dont le goût fut parfois si amer et dont le « souvenir reste si doux ». Son cœur vibre encore en se remémorant ces luttes acharnées, mais courtoises, d'autrefois, où, tont en regrettant de n'être pas nommé, on se réjouissait du succès d'un camarade, et où l'on finissait par triompher, sans que personne pût dire que la faveur l'avait fait autant que le mérite. Il s'épanche ensuite en remerciements : à ses chers patrons, Guyon, Hartmann, J.-L. Faure, sans oublier Poirier ; à ses élèves, qui ont réussi à prolonger sa jeunesse ; ils l'ont entouré d'une affection toujours vive, mais qui a redoublé lorsque, soudain, la douleur est venue frapper à sa porte ; à l'Administration, avec laquelle il avait eu l'idée d'un projet que d'autres chercheront un jour à réaliser ; à son personnel hospitalier, grâce au dévouement duquel ses opérés n'ont pas eu trop à souffrir des nouvelles lois sociales ; au graveur dont le talent a si habilement « masqué les imperfections de la nature » ; à ses amis qui ont organisé cette fête intime et qui, par la voix de L. Michon, lui ont si éloquemment dit leur tendresse sans l'accabler sous l'éloge.

Des applaudissements unanimes accueillent la fin de ces deux discours de qualité, régal pour l'esprit autant que pour le cœur. Ne célébraient-ils pas, l'un et l'autre, l'amitié ? Grégoire rappelait que La Fontaine l'a chantée en vers délicieux. Il est trop lettré pour ne pas connaître cette phrase des *Essais* qui, si bien, s'applique à lui : « En la vraye amitié, de laquelle je suis expert, je me donne à mon amy plus que je ne le tire à moy ? »

L. BABONNEIX.

Traité de psychologie médicale, par le docteur Henri Arthus. Un vol. de 263 pages. Prix : 35 fr., aux Archives hospitalières, 1, place d'Iéna, à Paris (16e), 1937.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 14 mars. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Loeper, Chabrol, Duvoir. — M. Gaultier. La créatinurie. Exploration fonctionnelle de la fibre striée. — M. Robin. Contribution à l'étude du traitement des algies rhumatismales par l'acide acéthyl-mono-iodo-salicylique. — M. Siguier. Modalités cliniques et évolutives de l'ictère chez les cirrhotiques.

Mardi 15 mars. — Jury : MM. Balthazard, président ; Bezançon, Laignel-Lavastine, Duvoir. — M. Sztejn. Essai d'une synthèse pathogénique de l'embolie gazeuse. — M. Leclercq. Rôle du surmenage mental dans l'étiologie de la démence précoce.

Mercredi 16 mars. — Jury : MM. Baudouin, président ; Gosset, Tanon, Petit-Dutaillis. — M. Piot. De quelques applications thérapeutiques de l'histamine. — M. Boisse. Sur les résultats éloignés de la gastrectomie pour cancer. — M. Dubois. L'origine traumatique des tumeurs.

Samedi 19 mars. — MM. Pierre Duval, président ; Mocquot, Fey, Vaudescal. — M. Banse. Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — M. Hanania. Contribution à l'étude du cloisonnement élargi du vagin à tous les degrés du prolapsus génital.

THESES VETERINAIRES

Vendredi 18 mars. — MM. Chiray, président ; Maignon, Robin. — M. Bessos. Influence de l'administration des diastases tissulaires de reins sur l'évolution de la néphrite expérimentale.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — Lundi 14 mars. — 9 h. M. Bargeton : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 10 h. 30. Mlle Dreyfus-Sée : Présentation de malades.

Mardi 15 mars. — 9 h. M. Sallet : Leçon de séméiologie cardio-vasculaire. — 10 h. 30. M. Mollaret : Présentation de malades. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 16 mars. — 9 h. M. Grenet : Leçon de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30. M. Bolsanski : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 17 mars. — 9 h. M. de Traverse : Leçon de chimie biologique. — 10 h. 30. M. F. Rathery : Leçon clinique : Cirrhose syphilitique.

Vendredi 18 mars. — 9 h. M. Bachman : Leçon de séméiologie digestive. — 10 h. 30. M. Julien Marie : Présentation de malades. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 19 mars. — 9 h. M. J. Ferroir : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Dimanche 20 mars. — 10 h. 30. Conférence : M. Cordier : Le traitement des brûlures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE

N° 22. — MERCREDI 16 MARS 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hospices civils de Bône (Algérie). — Un poste d'interne en chirurgie est vacant. Les candidats voudront bien adresser le plus tôt possible leur demande (accompagnée de certificats justifiant leurs connaissances) à M. le Directeur des hospices civils de Bône.

Hôpital Sadiki. Tunis. — Une vacance d'interne (oto-rhino-laryngologie ou radiographie) existe actuellement à l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Les conditions générales sont les suivantes : Nationalité française ou tunisienne, 20 inscriptions.

Le classement aura lieu sur titres.

Adresser les demandes à M. le Directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis, en joignant les pièces ci-après : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance ; les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes et titres ; les pièces établissant la situation du candidat au point de vue militaire.

Avantages accordés : Traitements : 1re année : 9.000 fr. ; 2e année : 10.000 fr. ; 3e et 4e années : 11.000 fr.

Une indemnité complémentaire annuelle de 2.000 fr. est allouée aux internes titulaires du diplôme de docteur en médecine d'une Université française. Logement, chauffage, éclairage, blanchissage.

Le prix de la traversée de Marseille à Tunis, en 2e classe, est remboursé après un an de fonctions effectives à l'hôpital, aux internes de nationalité française recrutés dans la Métropole. Le prix de la traversée de Tunis à Marseille, en 2e classe, est remboursé à ces mêmes internes, après deux ans de fonctions au moins, s'ils retournent se fixer en France pour y exercer leur profession.

Pour obtenir le remboursement de ces frais, il est nécessaire de retirer un reçu de la Compagnie de Navigation.

Faculté de médecine de Paris. — *Congé de la Mi-Carême* 1938. — Les cours, travaux pratiques et examens vaqueront le jeudi 24 mars. La bibliothèque sera également fermée. Les bureaux du Secrétariat seront ouverts de midi à 15 heures.

— *Examens de fin d'année (3e, 4e et 5e années).* — 3e année. Pathologie expérimentale, oral 4 avril, affichage 30 mars ;

Parasitologie, pratique 16 mai, oral 16 mai, affichage 11 mai ;

Anatomie pathologique, pratique 13 juin, oral 14 juin, affichage 8 juin ;

4e année. Accouchements, oral 25 avril, affichage 6 avril ;

Pharmacologie, pratique 2 mai, écrit 28 avril, oral 2 mai, affich. 8 avril ;

Médecine opératoire, prat. 16 mai, affich. 11 mai ;

Pathologie chirurgicale, oral 15 juin, affich. 10 juin ;

Pathologie médicale, oral 15 juin, affich. 10 juin.

5e année. Médecine légale, oral 2 mai, affich. 27 avril ;

Hygiène, oral 28 mai, affich. 24 mai.

Pharmacologie avec la 4e année.

Les dates de la bactériologie (3e année) et celles des épreuves de 1re et 2e années (A. R. et N. R.) seront affichées ultérieurement.

Distinctions honorifiques. — *Officier de l'Instruction publique.* — M. le docteur Roger Brandon, à Paris.

Officier d'Académie. — M. le docteur Ricaud, à Decazeville.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 9 mars publie un arrêté relatif au commerce des médicaments renfermant des substances vénéneuses à doses faibles.

— MM. Serge Gas, A. Cavaillon et X. Leclainche sont nommés, pour l'hygiène, vice-président et directeurs du Comité chargé de représenter le ministère à l'Exposition de New-York 1939.

Ministère de l'Education nationale. — Le *Journal officiel* du 8 mars 1938 publie un décret portant transformations et créations d'emplois dans les cadres des Universités.

Les emplois ci-dessous désignés de la Faculté de médecine de l'Université de Paris : deux chefs de travaux ; trois assistants, sont supprimés et remplacés par les emplois ci-après : deux agrégés ; trois agrégés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques, et pérennisés.

Les cadres des Facultés de l'Université de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit : cent cinquante-neuf professeurs (y compris deux chaires de fondation) ; quatorze agrégés pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques (médecine) ; vingt-deux agrégés (médecine) ; trente-six chefs de travaux (médecine, sciences et pharmacie) ; cent cinquante assistants (médecine, sciences, lettres et pharmacie).

Un emploi d'assistant est supprimé à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon et remplacé par une chaire de clinique des maladies infectieuses.

Les cadres des Universités des départements (non compris les Universités de Strasbourg et d'Alger ni la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille) sont modifiés ainsi qu'il suit : six cent onze professeurs titulaires (y compris quinze chaires de fondation) ; quatre-vingt-quatre maîtres de conférences (sciences, lettres et pharmacie) ; treize agrégés (droit) ; trente et un agrégés non pérennisés chargés d'enseignement ou de travaux pratiques (médecine) ; cent quatre-vingt-deux assistants et assistants agrégés (médecine, sciences, lettres et pharmacie).

Ministère des Pensions. — Le docteur Sureau, Secrétaire général de la Commission de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires bénéficiaires de la loi du 12 août 1933 (53, boulev. de la Tour-Maubourg, Paris (7e arrondissement), communique la note suivante :

Postes vacants pour l'année 1938, réservés *aux pensionnés de guerre :*

Ministère de l'Intérieur. — Médecin des mœurs dans la police d'Etat à Nice.

Ministère de la Justice. — Médecin maison d'arrêt de Nice. — Médecin maison d'arrêt d'Orléans. — médecin maison d'arrêt du Puy. — Médecin maison d'arrêt de Montluçon. — Médecin maison centrale de Nîmes.

Gouvernement général de l'Algérie. — Vétérinaire sanitaire (service de l'élevage). — Médecin lycée de jeunes filles de Constantine. — Médecin lycée de jeunes filles d'Oran. — Médecin collège de jeunes filles de Philippeville. — Médecin collège de jeunes filles de Bône. — Médecin suppléant collège de jeunes filles de Bône.

Ministère de l'Education nationale. — Chirurgien-dentiste lycée Louis-le-Grand à Paris. — Médecin titulaire lycée d'Aix. — Médecin adjoint lycée Périer Saint-Charles à Marseille. — Chirurgien-dentiste lycée Thiers à Marseille. — Médecin lycée de Besançon. — Médecin lycée de Belfort. — Médecin lycée de Lons-le-Saunier. — Médecin lycée d'Agen. — Médecin adjoint lycée de Caen. — Dentiste lycée du Mans. — Dentiste lycée de Rouen. — Chirurgien-dentiste lycée d'Aurillac. — Médecin lycée de Sens. — Dentiste lycée de Sens. — Chirurgien lycée de Charleville. — Médecin lycée de Valenciennes. — Médecin lycée de Bourg. — Médecin lycée de Quimper. — Dentiste lycée l'Albi. — Médecin adjoint lycée de Montauban. — Médecin adjoint lycée de Metz. — Médecin lycée de garçons à Bône. — Dentiste lycée de garçons de Bône.

Ministère de l'Agriculture. — Vétérinaire à l'abonnement au Haras de Pompadour (Corrèze). — Vétérinaire à l'abonnement au dépôt d'étalons de Rosières-aux-Salines (Meurthe-et-Moselle).

Ministère des Finances. — Deux médecins à l'Administration centrale. — Un médecin à l'Imprimerie nationale.

Association des microbiologistes de langue française. — L'Association des Microbiologistes de langue française vient de procéder à l'élection de son délégué permanent auprès de l'Association internationale des Microbiologistes. M. G. Ramon, sous-directeur de l'Institut Pasteur, a été élu par 143 voix sur 144 votants.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

BACTÉRIOLOGIE (Professeur : M. Robert DEBRÉ). — M. Pierre GASTINEL, agrégé, commencera une série de conférences, le vendredi 18 mars, à 18 h., amphithéâtre Vulpian, et les y continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Etudes sur la syphilis expérimentale et les ultravirus.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (Professeur : M. F. RATHERY).

Lundi 21 mars. — 9 h. M. BARGETON : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 10 h. 30. M. BACHMAN : Présentation de malades.

Mardi 22 mars. — 9 h. M. SALLET : Leçon de séméiologie cardio-vasculaire. — 10 h. 30. Mlle JAMMET : Présentation de malades. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée: M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 23 mars. — 9 h. M. GRENET : Leçon de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30. M. KOURILSKY : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies du rein.

Vendredi 25 mars. — 9 h. M. BACHMAN : Leçon de séméiologie digestive. — 10 h. 30. M. LARGEAU : Présentation de malades. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 26 mars. — 9 h. M. J. FERROIR : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Dimanche 27 mars. — 10 h. 30. Conférence : M. le professeur F. RATHERY : La thérapeutique de la maigreur.

Nécrologie. — Le docteur Jean Gré, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

UN CAS MORTEL D'EMPOISONNEMENT PAR LE GAZ DE MOUTARDE A L'ÉTAT LIQUIDE

Par le docteur TIBOR BODNAR,
assistant du docteur Th. HUTTL,
professeur de la clinique chirurgicale à l'Université de Debrecen (Hongrie).

Sur les maladies causées par le gaz et sur ses effets ultérieurs, les opinions — dans la littérature d'après-guerre — diffèrent assez sensiblement, elles sont souvent même contradictoires. De la riche expérience que nous offrit la Grande Guerre, on essaya de tirer en premier lieu des leçons qui pourraient servir à parer aux dangers de ce nouvel engin. L'effet pathologique même du gaz n'a pas été étudié pendant les années de guerre avec les soins que ce problème exigerait au point de vue scientifique. On n'avait guère approfondi l'examen de la pathologie des gaz toxiques et ce n'est que dans ces derniers temps que l'attention fut attirée par cette question. Aujourd'hui sans doute les engins marqués de la croix verte ou jaune sont l'objet de recherches très assidues de la part des cliniciens. Ce sont surtout ceux marqués de la croix jaune qui occupent l'attention, car il semble que ce sont ceux qui servent le mieux les buts actuels de la guerre.

Le prototype des gaz de la marque jaune, est le gaz de moutarde, que *Niemann* a produit en 1860. Les Français l'appellent « ypérite », les Allemands — d'après *Lommel* et *Steinkopf* — qui l'ont recommandé pour les buts militaires — l'appellent « Lost ». Dans la chimie il est connu sous le nom de dichlordiaéthylsulfide, dont la formule est :

$$S\begin{cases} CH_2 - CH_2\,Cl \\ CH_2 - CH_2\,Cl \end{cases}$$

C'est un composé parent de l'éther. Mais si nous remplaçons dans les molécules de l'éther l'O par S et si nous introduisons dans les deux racines du méthyle une et une dose de Cl nous obtenons la formule chimique du gaz de moutarde.

Le cas est encore plus frappant, si nous considérons le produit médian du gaz de moutarde, le *thiodiglycolle* :

$$S\begin{cases} CH_2 - CH_2\,OH \\ CH_2 - CH_2\,OH \end{cases}$$

Tel que, c'est une matière absolument inoffensive. Mais sous l'effet de l'acide chlorhydrique les deux racines OH se transforment en Cl. C'est par ce procédé que en 1886 *Victor Mayer* a obtenu le gaz de moutarde.

C'est une matière à l'état liquide, son point d'ébullition est +216°C, le point de fusion +13°C ; elle se solubilise dans l'eau dans les proportions de 1 : 1.000. Sous l'effet de l'eau, le gaz de moutarde en dégageant de l'acide chlorhydrique, se transforme en thiodiglycolle. Il se dissout dans le benzol, le chloroforme, l'éther, l'alcool et dans les graisses neutres. La valeur numérique de sa mortalité est marquée par « W » dans la littérature. Dans ce « W » il faut voir la composition de c×t où « c » signifie la quantité du gaz en milligr., « t » signifie le temps en minutes. Ses émanations respirées, pendant vingt minutes, dans un air infecté dans les proportions de 70 mgr : 1 m. cube sont mortelles. Au point de vue militaire on utilise ses propriétés suivantes : goutte à goutte ou en pluie, il brûle les vêtements et abîme les yeux ; à l'état de vapeur il traverse les voies respiratoires et exerce à l'intérieur du corps ses effets désastreux.

La victime de l'empoisonnement observée à notre clinique, était un garçon de laboratoire, âgé de trente ans, qui pour se suicider a bu du gaz de moutarde à l'état liquide. (Le gaz avait été mis à notre disposition pour les recherches scientifiques. Le but de nos expériences était d'observer l'effet du gaz de moutarde sur les tumeurs cancéreuses. Il serait encore prématuré de parler des résultats de nos observations.)

Le jeune homme — surtout en état d'ivresse — était hanté par des idées de suicide. Il y a dix ans, il voulut déjà se tuer et sa mère s'est pendue désespérée de son état d'incurabilité. Ce n'était pas un buveur invétéré et il remplissait sa tâche correctement. Le jour fatal il a fermé la porte du laboratoire au nez de sa femme, qui venait le chercher. Sur ses cris et ses pleurs deux ou trois minutes après, il rouvrit la porte, mais déclara aux gens assemblés, qu'il avait bu du gaz de moutarde.

Il ne laissa approcher personne et huit minutes après il commença à vomir. Le vomissement avait une odeur très caractéristique. En moins d'un quart d'heure, nous lui avons fait deux lavages d'estomac. Après cela, inanimé, il a uriné et puis vomi de nouveau. Il était couché, ses paupières se fermaient d'épuisement. Il ne répondit à nos questions que par des signes. Dans les deux heures qui suivirent, il vomit encore et de temps en temps il suait. La fréquence du pouls était 120 par minute, régulier, mais filiforme. La peau prit une teinte grise, bizarre. Les toniques du cœur, l'injection subcutanée d'un litre de sérum salin, sont restés sans effet. Le battement du cœur ralentit graduellement et à la fin ne fut plus perceptible. La respiration était courte, superficielle, intermittente et cinq heures après l'empoisonnement la victime s'est éteinte parmi les symptômes les plus nets de l'affaiblissement du cœur. Le vomissement projeté sur la main et les bras de l'infirmière et d'un garçon, qui assistaient aux soins que nous lui avons prodigués puisqu'on ne put se laver que 3/4 d'heures après, produisit des blessures de gaz de moutarde. Les blessés ont été amenés à la clinique des maladies cutanées et vénériennes du professeur *Neuber*, où M. *Preininger* a fait un compte rendu sur les observations qu'on a pu faire. Un autre assistant, atteint également par le vomissement, a pris dans le quart d'heure qui suivait, un bain d'hypermanganate et n'a pas eu de blessure.

L'autopsie faite par M. le professeur *Jankovich* a permis de constater les déformations pathologiques suivantes : une inflammation aiguë de la muqueuse stomacale : catarrhe de l'intestin grèle et de l'iléon, pharyngite aiguë et catarrhe de l'œsophage, dégénération du myocarde, du foie et des reins. Hyperémie dans le cerveau et dans la pie-mère ; également dans le foie, dans les reins et anémie de la rate. L'estomac contenait 200 cm³ de mucosités ; la membrane muqueuse était très gonflée, riche en suc, injectée, presque gélatineuse, parsemée de petites ecchymoses et

troublée. La couche sous-muqueuse était très succulente et œdémateuse. La paroi de l'estomac était gonflée et hyperémiée. *Par contre aucune corrosion ni ulcération n'était visible dans l'estomac.* Le cœur était un peu agrandi, son poids était 360 gr., sa musculature terne, troublée, avait une nuance brune. Le sang était partout très épais.

Toutes ces déformations, selon nous, sont les conséquences de l'absorption du gaz de moutarde. Le plus surprenant était que les catarrhes de l'œsophage et de l'estomac n'étaient pas aussi graves qu'on l'aurait cru.

Les catarrhes de l'estomac et des intestins dus aux empoisonnements par les voies respiratoires sont connus. *Loeper* a démontré à l'aide du microscope des saignements dans la membrane muqueuse de l'estomac, *Assmann* des ecchymoses toxiques, *Muntsch* une hémorragie dans le cerveau, *Pick* la dégénération du foie, *Reiche* des lésions dans les reins. *Heitzmann* prétend que l'hémosidérose visible dans le foie et dans la rate est due à la grande destruction intervasculaire des globules rouges. *Büscher* appuie sur le fait que dans les cas d'empoisonnement par le gaz de moutarde les blessés souffrent toujours du foie et en effet ces blessés ressemblent à ceux dont le foie est malade. En ce qui concerne l'épaississement du sang, la littérature nous offre encore peu de données. *Flury* et *Wieland* sont les premiers qui, par des expériences faites sur des animaux, ont constaté que par suite de l'intoxication par le gaz de moutarde, le sang devient épais. Un empoisonnement chronique peut produire aussi de l'anémie. Selon *Wachtel* et *Scheffer*, six heures après l'empoisonnement une augmentation sensible de leucocytes se produit. *Richter* a démontré l'existence avant la mort de l'érythropénie, de la neutropénie, de lymphocytose et de l'anéosinophilie, Dans les expériences de *Farrhaeus* et de *Linzenmeier* la faculté d'agglutination du sang a augmenté, le contenu de fibrine s'est accru et la coagulation s'est accélérée. *Lustig* voit dans l'hémolyse un symptôme caractéristique. Selon nous, l'hémolyse n'est pas un effet caractéristique du gaz de moutarde, mais le résultat de l'hydrolyse, c'est-à-dire qu'on peut le considérer comme l'effet de son produit hydrolytique, de l'acide chlorhydrique.

Le contenu de l'estomac et du sang fut examiné à l'Institut de Chimie Médicale dirigé par M. le professeur J. Bodnar et d'autre part à l'Institut Technique de la Guerre. L'examen n'a pu révéler du gaz de moutarde, ni dans le contenu de l'estomac, ni dans le sang. D'autre part nous avons aussi posé le contenu de l'estomac et de l'ouate trempée dans le sang du défunt sur la peau rasée des lapins. Il se produit une hyperémie qui dure 24 heures. Il se forme aussi des croûtes sur la peau qui tombent le cinquième jour.

C'est tout ce que nous avons pu constater. Il est certain qu'un seul cas ne peut donner des renseignements assez définitifs. Mais au point de vue des symptômes et des effets, nous voudrions faire quelques constatations :

L'enquête a pu établir que le suicide a été commis par 5 cm³ de gaz de moutarde à l'état liquide. Il est à supposer que les symptômes initiaux n'ont pas été causés par un effet local. On a pu constater également que les symptômes de l'absorption sont analogues à ceux de l'inhalation du gaz de moutarde. Leur temps, dit latent, est également le même, 8-10 minutes. L'effet du gaz de moutarde sur le sang fut examiné par des expériences faites sur des animaux. Il est curieux de noter que la résistance des animaux envers le gaz de moutarde est plutôt grande. Ce qui exige une certaine prudence dans l'établissement des résultats des expériences faites sur des animaux au point de vue de l'effet ou des symptômes. Mais l'appréciation des cas isolés n'est pas facile. Déjà *Victor Mayer* a pu remarquer à quel point l'effet du gaz de moutarde est individuel. Ses observations furent confirmées par *Brelet*, qui nous rend compte d'un grand nombre de guérisons des blessés de la peau. Selon *Marschall* les nègres montrent une grande résistance envers le gaz de moutarde.

Dans notre cas, les déformations constatées par la dissection, ne donnent aucune explication de la cause même de la mort et il est très probable que les recherches histologiques n'éclairciront pas davantage le problème. La supposition la plus probable est que la cause de la mort est à rechercher dans l'effet toxique et intercellulaire — encore peu éclairci — du gaz de moutarde ou de l'un de ses produits. Et il n'est pas impossible que ce soit l'hydrogène sulfuré. L'idée qu'il s'agit ici d'un effet d'empoisonnement peut être confirmée aussi par les troubles de conscience, si propres aux empoisonnés par le gaz de moutarde dont *Telbisz* a donné une description si vivante et si véridique, et que *Muntsch* attribue aux changements défavorables des conditions de la circulation du sang dans le cerveau. L'épaississement du sang n'est — selon notre opinion — que secondaire, car il est à supposer que le rendement des sels ionisés inorganiques des tissus se réduit en augmentant leur quantité dans l'appareil circulatoire, ce qui trouble le métabolisme de l'eau. Mais toutes les théories éventuelles sur la cause et sur les circonstances de la mort même, ne sont pour le moment que des suppositions. Le cas est unique dans la littérature et c'est pour cela que nous avons jugé utile de le faire connaître. Il pourra servir comme point de départ à d'autres expériences.

BIBLIOGRAPHIE

ASSMANN. *Med. Klin.*, 1932.
R. BICKERTON. *Med. Klin.*, 1935.
BLUM. *Ref. Bp. O. U.*, 1934.
BODNAR. *Orv. és Gyógysz.*, L., 1935.
K. FEIST-AVVE. *Med. Klin.*, 1934.
FLURY. *Münch. Med. Wosch.*, 1935.
M. A. FLURIAN. *Ref. Bp. O. U.*, 1929.
JÓSA. *Orv. és Gyógysz.* L., 1935.
KAYSER. *Med. Klin.*, 1932.
E. KÜCHLER. *Wien. Med. Wosch.*, 1934.
KUTHY. *Orv. és Gyógysz.* L. 1935.
MUNTSCH. *Ref. Bp. O. U.*, 1932.
MUNTSCH. *Klin. Wosch.*, 1935.
Price G. BASIL. *Ref. Zlo*, L.
RÓNA. *Gyógyászat*, 1933.
H. SCHOLTZ. *Med. Klin.*, 1932.
SUBAKOV. *Ref. Zlo*, LXIX.
TELBISZ. *Orv. Képz.*, 1932.
TELBISZ. *A harcgázok kór és vegytana.*

ACTUALITÉS

LA LUTTE CONTRE LE RAT

Même dans les milieux cultivés où son rôle de transmetteur de certaines maladies n'est pas plus ignoré que sa voracité ni l'ardeur à détruire, par plaisir semble-t-il, ce dont il ne saurait se nourrir, le rat ne paraît pas jusqu'ici un ennemi reconnu comme redoutable et l'aphorisme de Coutière que nous rappelons plus loin, passerait volontiers pour une exagération de spécialiste. A voir les choses de près, on ne peut que changer d'avis.

La pullulation du rat est en effet d'une abondance stupéfiante, toute tempérée qu'elle est par les lois inconnues de l'équilibre entre les espèces. Le rat vit 2 à 3 ans ; la femelle est dès ses deux mois apte à la reproduction et ne porte qu'un mois ; elle donne naissance à 5 à 20 petits. On compte donc que, dans une seule année, un couple donne effectivement naissance à plus de 800 rats ; si n'intervenait aucun déchet fortuit, un seul couple donnerait, mathématiquement, naissance à *un milliard* de sujets en 40 mois.

C'est devant une semblable constatation que M. le professeur Coutière a pu considérer le rat comme « l'un des maîtres possibles du monde ».

Tout en demeurant hors de ces effectifs astronomiques, les rats, réellement existants, ne sont pas, au point de vue économique, des déprédateurs à ignorer ; on a pu en 1907 évaluer leurs méfaits à 7 millions de couronnes pour le seul Danemark, à £ 15.000.000 pour l'Angleterre, à $ 100 millions pour les Etats-Unis ; estimations d'assureurs, donc certainement inférieures à la réalité.

Leur rôle de transmetteurs de maladies n'est qu'en partie déterminé, mais déjà d'une haute importance — comme porteur de puces infectées, l'importance du rat est connue de tous temps dans la transmission de la peste ; il s'est précisé en ces dernières années, depuis qu'on le sait dangereux et susceptible de transmettre la peste, alors même qu'il paraît sain ou n'est atteint que d'une forme bénigne de la maladie. Ce danger qu'a encore aggravé la rapidité croissante des moyens de transports n'est pas le seul, ni, sous nos latitudes le plus habituel. Quoique moins évidente, la nocivité du rat n'est pas moins réelle en ce qui concerne la rage, la lèpre, la tuberculose, certaines infections du groupe typho-paratyphique dues à des aliments que les rats ont souillés ; de même certaines teignes, la fièvre aphteuse, l'influenza des chevaux, le rouget du porc paraissent déterminés par le moyen du rat. Ses morsures enfin transmettent parfois une spirillose particulière, sodoku ou « rat-bite fever » non exceptionnelle en certains pays. On a également accusé le rat en matière de cancer. Cette énumération déjà longue sera sans doute complétée par les travaux futurs.

Durant des générations, les rats ont pu cependant vivre en commensaux tolérés, comme d'autres rongeurs, souris en particulier, que la lutte qui s'engage maintenant contre les rongeurs vise par les mêmes moyens de destruction.

Plus prolifique et plus dangereux, le rat demeure l'ennemi n° 1. Ses espèces sont diverses : « rats des champs », mulots et campagnols, plus destructeurs que contagionnants ; « rats de ville », les plus importants en matière d'hygiène et qui sont en nos pays de 2 races principales : le rat noir, rat de grenier, indigène, en disparition graduelle ; le rat gris, rat d'égout ou surmulot, plus vigoureux et plus hardi qui, apparu au XVIIe siècle, le remplace peu à peu. Pendant la guerre, les destructions des lieux habités et la propreté insuffisante des lieux habités par les combattants ont favorisé sa pullulation jusqu'à créer le réel danger actuel.

***

La connaissance de certaines conditions qui favorisent la pullulation murine est nécessaire pour l'efficacité des moyens de destruction.

Le rat est d'autant plus prolifique qu'il est plus tranquille en sa tanière et plus copieusement nourri. La négligence des habitants, leur habituel mépris de l'ordre et de la propreté sont donc favorables aux rongeurs. Dans le même sens agissent la vétusté et le mauvais état des bâtiments, le mauvais entretien des murs et des planchers, l'existence d'un sol de terre battue surtout dans des locaux fréquentés ou servant d'entrepôts, la présence de réduits obscurs ou peu accessibles ; à bord des navires, la complication dans les profils et les compartimentages. Dans les villes, les canalisations mal surveillées ou abandonnées, la communication trop aisée des égouts avec les caves ou sous-sols, les dépôts de denrées alimentaires, les installations de chaudières dans des caves non cimentées qui offrent aux rats des logis tranquilles et à l'abri des poursuites. Ces animaux, qui circulent de nuit, ne craignent pas de sortir au dehors, de grimper le long des canalisations extérieures, de câbles d'ascenseurs, de lierres revêtant les murs ; ils savent sauter d'une branche dans une gouttière proche et se frayer passage en rongeant des portes ou des boiseries.

Ce sont par ailleurs des animaux doués d'intelligence, de mémoire et d'une méfiance dont il faut tenir compte quand on veut les détruire.

Lorsqu'ils se sentent visés, ils n'hésitent pas à entreprendre de longs voyages puisque des rats, bagués, ont été, à peu de temps de là, capturés à plus de 100 kilomètres de distance ; ils savent aussi retrouver la route vers leur point de départ.

La lutte en ordre dispersé est donc insuffisante ; elle doit au contraire être coordonnée et logiquement comprise, au prix même d'ententes internationales sans doute aisées à établir.

***

Certaines mesures sont préventives et aussi nécessaires aux succès immédiats qu'aux succès durables. La propreté des lieux d'habitation et de la rue, une manutention logique des ordures ménagères, la couverture des poubelles, la suppression des dépôts de gadoues proches des lieux habités, la police des villages indigènes en pays de colonisation sont les mesures les plus simples.

Les destruction ou la remise en état des bâtiments anciens, le récrépissage des murs, le cimentage du sol des caves, le pavage des rez-de-chaussée, des entrepôts, la garniture métallique des parois de hangars, leur isolement suffisant du sol ont une efficacité partielle mais certaine.

En matière de constructions navales, les précautions sont peut-être encore plus importantes en raison des particularités d'architecture, du compartimentage intérieur, de la présence de marchandises en cale. L'ensemble de ces aménagements est désigné sous le nom de « rat-proofing » et prend une importance croissante auprès des assureurs maritimes. Tout doit être organisé pour empêcher la pénétration des animaux à bord durant les escales (pare-rats sur les aussières d'amarrage, isolement du quai, éclairage du flanc du navire, réduction ou suppression et surveillance continue des passerelles d'accostage) pour les empêcher de trouver sur le navire un logis confortable et une alimentation aisée. S'il est difficile de les empêcher de se dissimuler parmi les colis au moment du chargement, il est possible de supprimer les recoins inaccessibles, de garnir de métal en plaques ou en grillage les passages de conduites, de mettre à l'abri les substances alimentaires, d'examiner et de nettoyer soigneusement les cales lorsqu'elles sont vides. Les rats devront ainsi demeurer dans un périmètre

circonscrit et échapperont moins facilement à la famine et aux substances raticides.

Le nombre des hôtes indésirables ainsi limité ne peut cependant, même après dératisation, être absolument annulé, ni se maintenir définitivement bas si la surveillance se relâche

On devra donc examiner l'importance des dégâts éventuels, les traces de circulation aux points de passage obligé, l'abondance des excréments ; de plus, la capture de quelques animaux et leur examen bactériologique au point de vue peste est une technique courante actuellement et qui peut amener une dératisation préventive en dehors même de toute notion d'épidémie. La plupart des grands pays prescrivent la dératisation systématique des navires tous les 6 mois ; lorsque l'infestation est minime et que le navire n'a touché aucun pays contaminé ni transporté de malades à son bord, la dératisation peut être différée de 2 mois. Malgré les délais et les frais qu'elle représente, cette mesure est en général aisément acceptée par les armateurs qui en reconnaissent les avantages.

***

Procédés de destruction. — Très nombreux, ils sont tous efficaces s'ils sont correctement employés, mis en œuvre au bon moment et surtout s'ils se complètent les uns les autres.

Le plus récent en date repose sur la création d'épizooties murines qui atteignent non seulement les animaux qui ont absorbé les aliments infectants, mais encore ceux qui vivent auprès d'eux. Le microbe choisi doit être virulent pour les rongeurs (rats ou souris), mais pour eux seuls ; l'homme et les animaux, domestiques ou de basse-cour, doivent n'en rien craindre. Depuis les premiers travaux de Lœffler et les essais faits avec des souches type Gaertner ou type Aertrycke, les accidents observés ont fait préférer de façon exclusive soit le virus isolé par Danysz en 1893, soit la touche danoise de Neumaier dite Ratin. Les nombreuses années depuis lesquelles on les emploie n'ont nulle part été marquées par des accidents.

Un certain nombre de rats échappe pourtant du fait d'une immunité congénitale ou acquise ; les campagnes de virus doivent donc être à la fois rares et massives pour ne pas constituer artificiellement des clans de rats résistants.

Les poisons ont été employés de tous temps. Les plus récemment préconisés sont les gaz qui ne peuvent guère trouver leur emploi que dans les lieux clos ne servant pas à l'habitation (magasins, silos, navires). Parmi ceux qu'on a essayés, l'acétylène, le gaz carbonique, l'oxyde de carbone sont peu employés comme inflammables ou dangereux ou d'élimination difficile. La chloropicrine, lente d'action et difficile à chasser par ventilation s'emploie peu ; le phosgène agit rapidement mais est dangereux ; il perd rapidement son activité en présence d'humidité et attaque les métaux. On préfère actuellement l'acide cyanhydrique (Gaz Hora) ou en pulvérisations (Zyklon B) ou l'anhydride sulfureux mélangé ou non à l'anhydride sulfurique (Clayton). A la condition d'être employés correctement, ni l'un ni l'autre n'attaquent les métaux ni ne détériorent même les substances alimentaires ; leur odeur ou l'emploi de substances détectrices permet de vérifier la perfection de la ventilation. En se conformant aux lois de diffusion et de pénétration propres à chacun, les effets sont complets en 2 à 3 heures sous une concentration de 1 à 2 %.

L'empoisonnement des rats per os, pratiqué de tous temps, ne comporte plus l'emploi de strychnine que ces animaux dédaignent habituellement, ni de l'arsenic trop dangereux. Le phosphore, d'emploi classique, peut aussi en dehors de son inflammabilité s'il est mal conditionné, être dangereux pour d'autres que pour les rats. De même le thallium. La substance à conseiller semble la scille rouge dont les Danois (Ratinin) se sont avec raison faits les promoteurs. Bien présentée, elle est facilement absorbée par les rongeurs qui y sont très sensibles.

Il est enfin des procédés « naturels » que les progrès scientifiques ont sans doute trop fait dédaigner : la simple chasse par d'autres animaux. Les techniciens modernes (Loir) ont avec raison rappelé ce qu'on n'aurait jamais dû oublier. Le serpent familier n'est de mise que dans certains pays tropicaux. Le chien et le chat sont des auxiliaires en tous pays. Le chien ratier bien choisi et bien dressé a une valeur certaine mais souvent surfaite ; il est parfois fantasque, mais surtout trop bruyant et les rats l'évitent aisément. Le chat, quoi qu'on ait pensé et bien que le surmulot soit robuste et combatif, est pour Loir notre meilleur allié Tous les chats sont par nature ratiers, mais certaines races sont à préférer. Silencieux et patient, il sait garder l'affût et surprendre le rat sans s'être trahi. Mais il faut favoriser son activité par un minimum d'égards, de bons traitements et par une bonne alimentation : il chasse en effet par sport et non dans un but alimentaire et d'autant mieux que bien traité et en bon état physique. Ce sont des notions trop oubliées et que le Dr Loir a opportunément rappelées (1).

***

Si utiles que soient tous ces moyens, ils n'ont de bon rendement qu'employés en leur lieu et leur temps et selon une tactique logique.

L'animal chasseur peut à lui seul supprimer la pullulation en des lieux faiblement infestés ; il est inapte aux destructions massives. Les procédés de destruction en grand, par contre, s'ils sont employés à intervalles trop rapprochés, perdent le plus clair de leur puissance. Ils font des hécatombes mais ne peuvent jamais arriver à stérilisation totale ; même dans un vaisseau on n'arrive jamais à faire tomber la population murine au-dessous de 5 % ou au mieux 2 % de l'infestation première.

Il faut naturellement employer des moyens appropriés aux locaux à purger ; les gaz sont sans valeur dans les champs, les habitations, les lieux d'où les rats peuvent s'évader rapidement.

Si l'infestation est massive, on devra recourir aux procédés chimiques ou bactériologiques ; les aménagements préalables, le rat-proofing en particulier augmenteront l'efficacité de la lutte.

Sur les vaisseaux, les fumigations sont les premières indiquées moyennant recours à opérateurs spécialisés ; de même dans les docks, silos, entrepôts, magasins.

Ailleurs, la meilleure méthode semble la méthode danoise dont le Dr Louis Bahr, de Copenhague, a été le promoteur. Dans un premier temps, dispersion de virus spécial (Danysz ou Ratin) imbibant du pain enveloppé de papier journal, dont les rats apprécient l'encre, abondamment et judicieusement placé. On se rend ainsi facilement compte de l'appétit apporté au festin. Ne pas prolonger la distribution plus de 2 ou 3 jours, c'est inutile ou même nuisible. L'hécatombe est importante, cependant 10 à 20 % des rats y échappent. Il est nécessaire d'attendre 1 mois pour que l'entérite provoquée chez l'animal ait donné tous ses effets et que les victimes aient disparu. Alors seulement se place le second temps : distribution de scille rouge ; divers produits existent en dehors de la préparation de Bahr dénommée « Ratinin ». Les jours précédents, on aura attiré les rats par des appâts inoffensifs placés là où l'on mettra le poison ; on leur préparera des menus variés pour dissiper la méfiance ; les appâts toxiques ou non seront choisis

(1) Cf. *Gaz. Hôp.* 1938, n° 6.

parmi des aliments appétissants et différents de la provende habituelle et ne seront maniés qu'à la pince ou avec des gants pour éviter tout fumet humain. Pendant 2 ou 3 jours au plus, on donnera des aliments mêlés de scille. On ne reprendra de nouvelle offensive semblable qu'après 1 à 2 mois. La destruction devra se faire dans des zones aussi étendues que possible pour déjouer à la fois l'émigration temporaire à courte distance et la réinvasion partant de régions non traitées ; des journées de destruction simultanée dans un rayon de 20 km. telles qu'on les a faites en certains pays (Scandinavie, Europe Centrale) sont à recommander.

Malgré tout, quelques animaux échapperont encore ; c'est à ce moment que le piègeage — qui doit être intermittent et savamment camouflé — ou mieux la chasse par chiens ou chats, aura son heure.

Les faits ont montré dans de nombreux pays sous toute latitude que c'est par cette tactique que les résultats sont les meilleurs et les moins transitoires. Mais il ne faut jamais perdre de vue que la négligence les annule très vite.

Aussi les hygiénistes de tous pays (1) ont-ils insisté sur l'importance auprès de toutes les catégories sociales, d'une réglementation imposée sans tracasserie mais avec ténacité, de mesures nationales et même internationales pour renforcer la lutte. Le tract, l'affiche, la radiodiffusion, les conférences à l'école — et même à l'église en certains pays — les congrès internationaux, l'organisation de « Journées du rat » officieuses ou officielles, les primes à la destruction, les clauses spéciales d'assurances sont autant de moyens qui ont fait leurs preuves.

La connaissance de ce qui est un péril et une servitude doit aider l'homme à s'affranchir d'un joug peu ressenti mais réel, et qu'on ne doit pas laisser s'alourdir.

R. Levent

(1) Nous tenons à signaler à ce sujet un article très documenté de M. le professeur Gabriel Petit, membre de l'Académie de médecine paru dans le *Jour* du 16 janvier.
M. Gabriel Petit, dont les travaux sur la dératisation font autorité, préconise l'emploi des virus (4 virus Danysz, de l'Institut Pasteur et surtout le virus danois, Virus Ratin). Il demande surtout l'élaboration d'un plan d'ensemble, seul capable de résoudre le problème de la dératisation en masse. Ce plan s'impose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 7 janvier 1938)

Un cas de leucose aiguë ayant pris le masque d'une aleucie hémorragique. — MM. Halbron, Lenormand et Jais.

Staphylococcémies subaiguës avec purpura. — M. Thiodet (Alger). Deux observations de septicémie à staphylocoques ayant évolué très lentement (9 mois et 6 mois) et dont la symptomatologie a été dominée par un syndrome hémorragipare.

Dans les deux cas, hémocultures négatives, mais présence constante dans les urines de staphylocoques dorés.

Hématuries au décours d'une poliomyélite grave. — M. Ferru (Poitiers). Il s'est agi sans doute d'une hématurie lithiasique à raison d'une colique néphrétique survenue quelques jours avant.

Rupture de la vésicule biliaire au cours d'un cancer de la tête du pancréas. — MM. Olmer et Aubanel (Marseille).

Ataxie cérébelleuse associée à un syndrome de splénomégalie chronique avec anémie. — MM. Dumolard, Sarrouy et Portier (Alger). Malade de 22 ans, traité pour une ma-

ladie hémolytique, avec anémie et grosse rate, chez qui on observa des symptômes d'ataxie et d'asynergie cérébelleuse associés à des troubles pyramidaux frustes.

Psychose addisonienne au cours d'une staphylococcie insidieuse avec psoïtis. — M. Ferru (Poitiers). (Communication faite au nom des docteurs Arthur et Provost.) Homme de 28 ans, est atteint d'une psychose à forme confusionnelle débutant par un délire aigu. Ultérieurement, se développe un syndrome d'insuffisance surrénale du type addisonien, et se précise un état infectieux qui arrive à provoquer une pseudo-vomique, puis un abcès staphylococcique de la gaine du psoas droit.

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un syndrome de toxi-infection staphylococcique.

Erythème noueux au cours d'une tuberculose pulmonaire. Hyperallergie. — MM. E. Bernard, B. Kreis et Maude.

La para-aminophényl-sulfamide dans 44 cas de blennorragie. — MM. Ferrabouc, Herrion et Goulène. De cette étude il ressort 79 p. 100 de guérisons en un mois. Incidents thérapeutiques bénins.

Varicelle chez une grabataire n'ayant pu être contractée qu'au voisinage d'un zona. — MM. Weismann-Netter et Maurice Lévy.

Primo-infection tuberculeuse de la conjonctive (complexe primaire conjonctivo-pretrargien). — MM. Troisier, Renard, Bariéty, Nico et Gunner.

Thorio-nécrose osseuse. — MM. Louis Bazy et Coste. Observation d'un spondylosique ayant reçu 4 000 microgrammes de thorium X, qui fut atteint d'une nécrose osseuse en foyers localisés au bas des os de la jambe et au 5e métatarsien, entraînant des fractures spontanées. Il apparaît donc que les substances radio-actives à vie courte, comme le thorium X, peuvent déterminer des foyers de nécrose osseuse tardive.

Accidents graves après ponction lombaire chez les hypertendus artériels. — MM. Rise, Planques et Becq (Toulouse). Observation de 5 hypertendus artériels n'ayant pas supporté la rachicentèse.

a) Chez un malade, l'intervention détermina une chute de la tension artérielle jugulée par l'injection intra-veineuse de sérum adrénaliné intra-veineux.

b) Quatre malades succombèrent après rachicentèse. Dans la majorité des cas, on doit préférer à la rachicentèse des thérapeutiques pathogéniques de l'hypertension que présentent ces malades, et qui relèvent de facteurs mécaniques, toxiques et artéritiques. Le mécanisme des accidents doit être une rupture des équilibres tensionnels déterminant une poussée aiguë et massive de vaso-dilatation.

(Séance du 14 janvier 1938)

Hépatonéphrite aiguë d'origine saturnine. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, Mauric et Lemarit. Malade atteinte d'hépato-néphrite aiguë après absorption d'extrait de Saturne. L'atteinte du foie se manifeste par une hypertrophie, du subictère, et urobiline dans les urines. L'atteinte rénale fut caractérisée par une oligurie marquée, une élévation de la constante d'Ambard, et une épreuve de concentration urinaire défectueuse ; mais ni albuminurie, ni cylindrurie ; et élimination normale de la phénol-sulfo-neptalène. Le fonctionnement rénal redevint parfait.

Ictère commun mortel (hépatite ictérigène maligne primitive. — MM. Troisier, Albot et Netter. Un cas d'ictère commun mortel s'étant présenté sous la forme d'un ictère catarrhal aggravé. A l'autopsie, découverte d'une réticulose du lobule et d'une sclérose péri-portale à son stade initial. Les auteurs pensent que les ictères graves de ce type sont de même nature que l'ictère commun, dit catarrhal. Les lésions de sclérose rencontrées par eux leur font envisager les rapports des ictères communs mortels avec les ictères graves cirrhogènes. Les deux types s'opposent complètement et leur identification ne saurait être justifiée.

Syphilis gastrique avec estomac en sablier. — MM. Gutmann, Petit-Dutaillis, Wertheimer (Lyon) et Yvan Bertrand. Malade présentant depuis plusieurs années des douleurs xiphoïdiennes à l'alimentation, puis des vomissements à type immédiat. Il s'agissait à la radio d'un estomac en sablier avec réactions sérologiques de la syphilis positives. Un examen histologique après intervention montra une hypertrophie de la sous-muqueuse, avec infiltration plasmo-lymphocytaire péri-vasculaire, puis une cirrhose de la tunique musculaire avec sclérose interfasciculaire et infiltration réactionnelle.

Intoxication chronique professionnelle par le crésol. — MM. Duvoir, Hazemann, Desoille et Fallot. Examens d'ouvriers ayant respiré des vapeurs de crésol ; beaucoup d'entre eux ont présenté des symptômes semblables au « marasme phénique » des chirurgiens. L'examen des urines démontra la présence du crésol à un taux élevé, ce qui indique un début d'intoxication.

Dysostose cranio-faciale avec accidents oculaires graves. Malformations atypiques chez la mère. — MM. Giraud et Boudouresque (Marseille). On constate au crâne une surélévation de la région frontale avec crête interpariétale, impressions digitales très marquées et soudure prématurée des sutures, enfoncement de l'étage moyen. A la face, prognathisme inférieur, exophtalmie avec strabisme divergent, atrophie optique bilatérale. La mère présente un crâne atypique avec exophtalmie et strabisme divergent.

Erythème noueux au cours d'une tuberculose ancienne. — M. Comby rappelle un cas d'érythème noueux survenu chez une jeune fille de 21 ans, ayant présenté dans l'enfance une pleurésie séro-fibrineuse. L'érythème noueux peut survenir à toutes les phases de l'infection tuberculeuse.

Purpura infectieux. Septicémie méningococcique. Evolution apyrétique. — MM. Cathala, Auzépy et Brault. Evolution presque apyrétique d'un purpura infectieux à origine méningococcique établie par hémoculture, ensemencement du cavum et culture de vésico-pustules développées sur les éléments purpuriques.

Maladie de Besnier-Hœck-Schaumann affectant d'abord les voies respiratoires. Apparition successive de déterminations oculaires, puis cutanées et ganglionnaires. — MM. Troisier, Bariety, Hautefeuille et Ortholan.

Recherches sur le sort de l'antitoxine chez un tétanique traité par la sérothérapie spécifique associée à l'anesthésie générale. — MM. Sohier et Jude.

(Séance du 21 janvier 1938)

Intoxication massive par la digitaline. Etude électrocardiographique. — MM. Duvoir, Pollet, Desoille et Gaultier. Dans deux cas observés de cette intoxication, les auteurs ont recueilli des électrocardiogrammes qui reproduisent les types classiques de l'intolérance digitalique. Les premiers symptômes sont extra-cardiaques ; la bradycardie et le bigéminisme sont plus tardifs. Les électrocardiogrammes montrent une atteinte profonde du cœur, même au cas de latence clinique. Le fait le plus frappant est le remaniement incessant du rythme cardiaque.

Septicémie aiguë à staphylocoques. Traitement par l'anatoxine et le sérum antistaphylococcique. Guérison. — MM. Jean Berger et Worms. Un cas de staphylococcémie, consé-

cutive à un panaris s'étant accompagné d'une épididymite et de déterminations pulmonaires multiples. Traitement par l'anatoxine et le sérum antistaphylococcique antitoxique. Désarticulation du doigt infecté, qui ne suffit pas à arrêter le cours de la maladie, qui ne céda qu'à la séro-vaccinothérapie.

MM. Lemierre, Debré et Paraf sont plus sceptiques sur la valeur de la sérothérapie.

Acide ascorbique dans un cas de maladie d'Addison. — MM. Loederich, Worms, Pavet et Meutzer. Observation d'une maladie d'Addison traitée par l'acide ascorbique à la dose de 1 gr. par jour. Cette observation démontre, comme l'ont fait des observations étrangères, que l'insuffisance surrénale peut s'accompagner d'une carence vitaminique. Cette vitaminothérapie amena très rapidement une amélioration sensible de l'état général, à savoir disparition de l'asthénie, des troubles digestifs, des troubles génitaux.

Grands anévrismes aortiques accompagnant une endocardite maligne de Jaccoud-Osler chez une enfant de 10 ans. — MM. Armand-Delille, Tiffeneau et Wolinetz.

Myasthénie d'Erb-Goldflamm. Recherches biologiques et thérapeutiques. — MM. Duvoir, Pollet, Layani et Gaultier. Chez une malade atteinte de myasthénie typique, les auteurs ont pratiqué des recherches biologiques qui n'ont révélé aucun trouble du métabolisme des glucides, de la créatine ni du phosphore. Le traitement par la prostigmine a amené une notable amélioration.

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1938)

Pneumoconiose silicotique.— MM. Rist, Pasteur-Vallery-Radot, Lement et Mlle Gauthier-Villars. Homme de 42 ans, ébarbeur de fonte, ayant respiré des quantités importantes de poussières de fer et de silice et qui toussait fréquemment. Son état général vint à fléchir, l'amaigrissement se prononça, la radiographie montra un semis de taches miliaires et une condensation de la base gauche. Pas de B. K. On pensa à une granulie froide associée à une pneumoconiose silicotique. Au bout de 3 ans, il fit un pneumothrax spontané partiel droit. Mort par défaillance cardiaque. A l'autopsie, poumon carnifié, dur à la coupe, grenu au toucher. La mort résulte d'une insuffisance cardiaque liée à la sclérose pulmonaire. Les auteurs croient que l'inhalation des poussières ne crée pas la pneumoconiose. L'autre facteur nécessaire est le plus souvent la tuberculose.

Syndrome de vaso-dilatation hémicéphalique d'origine sympathique. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, Blamoutier, Mauric et Mahoudeau. Homme de 26 ans présentant des crises de vaso-dilatation au niveau de la face et de la conjonctive à droite, avec du même côté de l'hydrorrhée, du larmoiement et de l'exophtalmie. Les crises de vaso-dilatation hémicéphalique étaient dues à une atteinte des sinus maxillaire et sphénoïdal du même côté, avec ethmoïdite postérieure.

Syndrome agranulocytaire consécutif à une cholécystite et terminé par guérison. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Delafontaine et Mahoudeau.

Ictère grave sérique. Atrophie grise aiguë du foie. Biopsie hépatique. Cholécystostomie. Guérison. — M. J. Caroli.

Linite plastique de l'estomac d'origine syphilitique. — M. Le Noir Observation d'un malade de 52 ans, porteur depuis 18 ans, d'une fistule gastrique résultant d'une gastrostomie faite pour sténose du cardia. A l'intervention, l'estomac apparaît petit, ratatiné avec une infiltration jusqu'au cardia : seule restait intacte une petite zone pylorique. Le traitement antisyphilitique institué amena la guérison.

Migraine préictérique. — M. Caroli. Trois observations d'hépatite ictérigène à début marqué par des céphalalgies très douloureuses, et rebelles à tous les médicaments. Cette migraine préictérique est à rapprocher des arthralgies et des urticaires prodromiques, dont elle a la même signification physio-patholgique. A noter l'effet sédatif de l'ictère, dès son apparition.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PROSTIGMINE EN CHIRURGIE ABDOMINALE (1)

par le docteur P. Masini

L'auteur étudie longuement l'action de la prostigmine au cours de l'atonie intestinale post-opératoire. L'injection sous-cutanée d'une ampoule de 1 cc. de prostigmine provoque, en effet, au bout d'une heure, une émission de gaz ou des évacuations alvines, si une demi-heure après l'injection on a donné un lavement de 200 cc. d'une solution glycérinée à 10 p. 100. Une ampoule suffit dans la grande majorité des cas ; si le résultat ne se produit pas, on peut refaire une injection 4 à 5 heures après la première. Ajoutons que l'on n'a jamais constaté d'incident quelconque après l'injection, qui est indolore et absolument atoxique.

L'emploi de la prostigmine dans le traitement de la *myasthénie* est une acquisition relativement récente, puisque c'est en 1935 seulement que M. B. Walker publia ses premiers travaux sur cette application thérapeutique. D'autres études ont été également faites sur ce sujet par MM. Boisseau, Cazalis, Couderc, Rivoire d'une part, par MM. G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler d'autre part, enfin par MM. R. Lemieux, G. Leblond, H. Nadeau et plus récemment par M. le docteur de Sèze (*Rev. méd. franç.*, mai 1937, n° 5).

Dans les myopathies et surtout dans la myasthénie, la prostigmine s'administre à des doses variant de 2 à 5 cc., doses à répéter deux à trois fois par jour ; quelques minutes après l'injection, l'effet se fait sentir, les symptômes d'asthénie musculaire disparaissent progressivement, en même temps que le malade ressent des frémissements dans les muscles et dans les orbites ; l'effet dure 4 à 5 heures ; on peut compléter le traitement par l'administration quotidienne de glycocolle par voie buccale à la dose de 10 à 15 grammes par jour.

Cette application de la prostigmine est excessivement intéressante, car son administration paraît être dénuée de toute toxicité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement des brûlures, par M. le professeur Henri Hartmann, membre de l'Académie de médecine. Travail original, d'ordre pratique. — *L'Entente médicale*, n° 5, 5 décembre 1937. 149, rue Montmartre, Paris.

Antiseptiques essentiels. (Emploi des huiles essentielles pour la prophylaxie des maladies contagieuses.), par R.-M. Gattefossé, ingénieur chimiste. — Un volume de 94 pages. Prix : 10 francs. Girardot et Cie, éditeurs, 27, quai des Grands-Augustins, Paris.

(1) *Sud médical et chirurgical*, Marseille, 15 février 1936. (Voir aussi : Lemieux, Leblond et Nadeau, *Laval médical*, septembre 1937 ; P. Roques et Dejou, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1937, n° 4, et surtout *Rev. Méd. Franç.*, mai 1937, n° 5.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HÉMIPLÉGIE SYPHILITIQUE (S. ET D.) (1)

FORMES CLINIQUES

Les autres aspects cliniques des hémiplégies syphilitiques sont variés à l'infini, tant peuvent être multiples les lésions rencontrées.

1° *Certaines n'ont pas grande spécificité.*

— *Un ramollissement sylvien central*, avec hémiplégie massive et proportionnelle.

— *Un ramollissement sylvien postérieur* où prédominent les troubles de la sensibilité superficielle et les troubles de la parole (Wernicke, apraxie), avec hémianopsie.

— *Un syndrome thalamique*, où l'hémiplégie est fruste, avec ses troubles subjectifs (douleurs) intenses.

Ses troubles de la sensibilité profonde.

Ses mouvements choréo-athétosiques.

2° *D'autres par contre, doivent éveiller d'emblée l'idée de syphilis.*

Ce sont les *syndromes alternes*, qui donnent lieu, suivant la hauteur des lésions :

A un syndrome pédonculaire : du pied (S. de Weber), ou de la calotte (S. de Benedict).

A un syndrome protubérantiel : type syndrome de Milhard-Gübler.

A un syndrome bulbaire, dont on sait l'extrême multiplicité, suivant la prédominance de telle ou telle manifestation (troubles de la prononciation, de la mastication, déglutition, respiration, etc...).

Mais *toutes ces hémiplégies par artérite*, aussi variées soient-elles, présentent les mêmes caractères généraux que celle prise pour type de description, toutes ont cette phase prodromique, en particulier, dont nous rappelons à nouveau l'importance thérapeutique.

— *En regard de ces lésions d'artérite.*

La syphilis est susceptible — quoique beaucoup plus rarement — de réaliser des syndromes hémiplégiques par d'autres processus.

Leur expression clinique n'est pas superposable à celle du tableau décrit, et leur diagnostic en est beaucoup plus difficilement affirmé.

Telles sont les hémiplégies syphilitiques :

1° *Par hémorragie cérébrale, ou cérébro-méningée.*

Ictus et coma.

Liquide sanglant, ou xanthochromique à la ponction lombaire.

Gravité extrême.

2° *Par hémorragie méningée pure,*

Ne se voit que chez les hypertendus,

L'hémiplégie est en général peu accusée.

3° *Survenant au cours d'une méningite syphilitique.*

— L'hémiplégie est très discrète dans les méningites aiguës.

— Elle est généralement incomplète dans les méningites chroniques et s'y constitue très progressivement.

4° *Au cours d'une P. G...,*

Elle est toujours fugace et transitoire, en rapport avec une poussée congestive, elle guérit, et sans séquelles.

5° *Au cours d'un tabès*, rare, de diagnostic délicat.

Enfin : l'hémiplégie hérédo-syphilitique s'accompagne de lésions extrêmement multiples, défiant toute schématisation.

Paralysies des paires craniennes (VIII, VII, III) ; accès épileptiques, mouvements choréiques, et surtout : *gros troubles intellectuels*, dont le pronostic est, dans tous les cas, extrêmement grave.

DIAGNOSTIC

De l'hémiplégie : examen neurologique soigneux, en présence de ces hémiplégies incomplètes, pour écarter l'*hystérie.*

C'est au début qu'il faudrait le poser, et en présence de tout signe anormal en évoquant l'idée, mettre tout en œuvre pour en faire la preuve.

Quand elle est constituée, *trois problèmes essentiels sont à résoudre :*

1° *Une embolie cérébrale.*

Dans les cas types : un début brutal, pas de paralysies oculaires, et surtout : une *cardiopathie embolisante associée* (R. M. + +).

Mais le diagnostic est souvent difficile.

2° *Une méningite tuberculeuse.*

— Chez l'adulte, elle revêt souvent, on le sait, la forme hémiplégique.

— L'installation de la paralysie s'y fait aussi progressivement.

— Elle est à type cortical le plus souvent.

Ici : importance primordiale des *résultats de la ponction lombaire.*

3° *Une tumeur cérébrale.*

— Elle a des prodromes identiques (céphalées, vertiges, etc., etc.).

— L'hémiplégie se constitue aussi progressivement, mais il existe des signes d'hypertension intra-cranienne.

A rechercher systématiquement (pouls, *fond d'œil* surtout).

En fait, c'est très souvent un diagnostic très délicat.

Ce sont là les diagnostics majeurs à discuter.

Nous ne ferons que citer les autres plus rares :

D'artérite infectieuse (grippe, typhoïde),

D'abcès du cerveau,

D'athérome, se posant chez les malades âgés, encore qu'il faille en discuter l'origine syphilitique.

D'encéphalite épidémique,

Ou de *sclérose en plaques.*

Qu'en général, le contexte clinique, et surtout les examens du liquide céphalo-rachidien font éliminer.

— *Enfin :* même si la syphilis est avérée, d'autres problèmes peuvent encore se poser :

Entre artérite et méningite gommeuse, et plus tard, entre *syndrome pseudo-bulbaire et P. G.*

Au total : en présence d'une hémiplégie survenant chez un sujet jeune, il faut systématiquement suspecter son origine syphilitique, mettre en œuvre rapidement tous les moyens de diagnostic et, la preuve faite, instituer, sous le couvert des précautions habituelles, un traitement quasi d'urgence, seule façon, sinon de faire complètement rétrocéder, du moins, de *fixer* les lésions à un stade encore possible fonctionnellement.

G. LE SUEUR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 20, du 9 mars 1938, p. 326.

Les splénomégalies. Diagnostic, traitement, par Victor CORDIER, médecin à l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, et Pierre CROIZAT, médecin des hôpitaux de Lyon, chef de travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lyon. — Un vol. in-8° de 90 pages avec 16 figures hors texte avec schémas explicatifs. 35 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 23. — SAMEDI 19 MARS 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — M. Fey, agrégé, en congé de longue durée, a été réintégré dans ses fonctions.

Faculté de médecine de Marseille. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Malméjac, agrégé pérennisé.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le professeur sénateur Nicolà Pende (de Rome), a été nommé docteur *honoris causa* de l'Université de Montpellier.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Naulleau, professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et obstétricale est chargé en outre du cours de pathologie externe.

Ecole de médecine de Nantes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de clinique ophtalmologique à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira, le lundi 24 octobre 1938, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et d'histologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira, le jeudi 27 octobre 1938, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Distinctions honorifiques. — *Médaille d'honneur de l'Assistance publique.* — La médaille d'or est décernée à MM. les docteurs Guillermin (de Chambéry) et Philippe (de Saint-Dié).

Médaille des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en or, a été décernée, à titre posthume à M. Tran-Van-Khaï, externe des hôpitaux de Lyon, décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Ministère des Pensions. — Le *Journal officel* du 8 mars publie un décret concernant les vérifications médicales ordonnées par la Commission supérieure de révision des pensions.

Institution nationale des jeunes aveugles. — M. le professeur Lemaître et M. le docteur Victor Delaunay ont été nommés membres de la Commission consultative de l'institution nationale des jeunes aveugles.

Croix Rouge Française. — M. de Lillers, président de la S. S. B. M., est nommé président du Conseil national de la Croix Rouge française.

M. Serge Gas, directeur général de l'hygiène et de l'Assistance ; M. le docteur Cavaillon, inspecteur général technique, et Mlle Vernières, sont nommés membres du Conseil national, en qualité de représentants du ministre de la Santé publique.

Assemblée générale de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Belgique. — Le 26 février, la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Belgique tenait son assemblée générale annuelle à la Maison des Médecins, à Bruxelles.

Cette séance comportait une conférence sur le « thermoclimatisme social » par le docteur Molinéry, directeur technique des Etablissements thermaux de Luchon et secrétaire général de l'Union Médicale Latine, à Paris. Elle a été fort applaudie. On procéda ensuite à la constitution de la Fédération des Stations thermales, climatiques, maritimes et balnéaires de Belgique.

Dans l'assistance : MM. Vinck, vice-président du Sénat ; Sand, secrétaire général du ministère de la Santé publique ; Rigaux, représentant M. le Ministre des Transports et du Tourisme ; Messinne, représentant M. le Ministre de la Santé publique ; MM. Gaillard, docteur Haibe, Bauduin et Claeys, représentaient respectivement le baron Houtart, gouverneur du Brabant ; Bovesse, gouverneur de la Province de Namur ; Mathieu, gouverneur de la Province de Liége, et Baels, gouverneur de la Flandre occidentale. On notait également la présence de M. Pulinx, administrateur-délégué de l'Office National du Tourisme, du docteur Delchef, directeur du *Scalpel*, et du professeur Brouha, directeur de *Liége médical*.

Le Bureau était présidé par le docteur Terwagne, entouré du conférencier, des vice-présidents docteur Van Beneden et Verhaeghe de Naeyer et du secrétaire général E.-J. Prost-Buchler.

Union des médecins mutilés de guerre. — L'assemblée générale annuelle des médecins mutilés de guerre a eu lieu le mardi 8 mars, à 18 h. 45, au domicile du docteur de Parrel, président, 78, boulevard Malesherbes, à Paris, et a été suivie d'un dîner à 20 heures.

L'ordre du jour comportait : le compte rendu de la précédente assemblée générale ; le rapport du secrétaire général : docteur Masmonteil ; le rapport du trésorier : docteur Beau.

On s'est occupé des adhésions nouvelles et une discussion importante a eu lieu au sujet de la Caisse de secours ainsi qu'à propos des emplois réservés aux médecins mutilés et pensionnés de guerre.

L'assemblée a particulièrement félicité les docteurs Sureau et Masmonteil, de leurs efforts dans ce sens.

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 mars 1938. Ordre du jour. — M. Dufourmentel : les angiomes caverneux de la face. Discussion : M. Degrais. — M. Lhermitte : la prématuration sexuelle ou maladie de Pellizzi. — M. Jolly : transit d'un volumineux corps étranger du tube digestif chez le nourrisson. — M. Montant : sur un énorme calcul silencieux de la vésicule biliaire. — Inscrits pour présentations diverses : MM. Sédillot, Grimberg, Rodriguez Ramos.

Caisse mutuelle de retraites des Journalistes médicaux français. Le Bureau est constitué comme suit pour 1938 :

Président : M. Molinéry ; vice-président : M. R. Jodin ; secrétaire général : M. Pierre Labignette ; secrétaire général adjoint : M. R. Lehmann ; trésorier : M. Albert Garrigues ; administrateurs : MM. J. Crouzat, J. Minet et H. Signoret.

Institut français de Prague (Section médicale). — Avant l'époque des vacances universitaires, il convient de rappeler l'existence de la Section médicale, créée il y a plusieurs mois à l'Institut français de Prague, émanation de l'Université de Paris. Outre l'enseignement qu'elle organise pour les jeunes médecins et les étudiants, cette section a pour but de faciliter et d'intensifier les relations entre les milieux médicaux français et tchécoslovaques. La réalisation de voyages d'études, de stages et de séjours d'échange, dans l'un et l'autre pays, en collaboration avec la Société médicale franco-tchécoslovaque et l'A.D.R.M., représente donc l'un de ses objectifs principaux.

Les médecins, les internes et les externes des hôpitaux, les étudiants en médecine à la fin de leur scolarité, que tente le projet d'un séjour en Bohême, en Moravie ou en Slovaquie, peuvent écrire pour renseignements complémentaires à l'Institut français Ernest-Denis, Section médicale, 37, Stépanská ul. Prague-II.

Pour le bon pain. — *Le premier Congrès National du « Bon Pain »*. — La Fédération de Provence du Bon Pain (Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Gard, Hérault, Vaucluse, Var, Corse) et la Commission d'études et de propagande du Bon Pain, avec le concours du Comité National de Propagande pour le blé, la farine et le pain, organisent ce Congrès.

M. le sénateur Marcel Donon, président de la Commission sénatoriale de l'Agriculture et du Comité National de propagande, a accepté la présidence d'honneur effective.

De nombreux rapports seront présentés (blé, farine, panification), etc. La date limite pour l'inscription des communications est fixée au 1er mai.

Le Congrès se propose de réaliser la synthèse des travaux et recherches et de favoriser la consommation du pain par l'amélioration toujours plus grande de la qualité. Il sera complété par une exposition. Un programme de distractions et d'excursions est prévu. Un banquet réunira les congressistes et leurs familles.

Pour tous renseignements concernant l'organisation générale, s'adresser à M. Robert Septembre, secrétaire général, 16, rue de l'Hôtel-des-Postes, à Nice (Tél. : 808-64).

Pour les questions d'ordre technique, communications, etc. : à Nice, au docteur Gruzu, président de la Commission du Bon Pain des Alpes-Maritimes ;

A Marseille, au docteur Romant, président de la Fédération de Provence du « Bon Pain », et secrétaire général du Comité National de Propagande, 73, boulevard Longchamp.

COURS ET CONFÉRENCES

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — COURS DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES OSTÉO-ARTICULAIRES, par M. André RICHARD, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage, avec la collaboration de MM. M. MOZER, chef de laboratoire ; A. DELAHAYE et L. ALLARD, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime ; du 28 mars au 6 avril 1938.
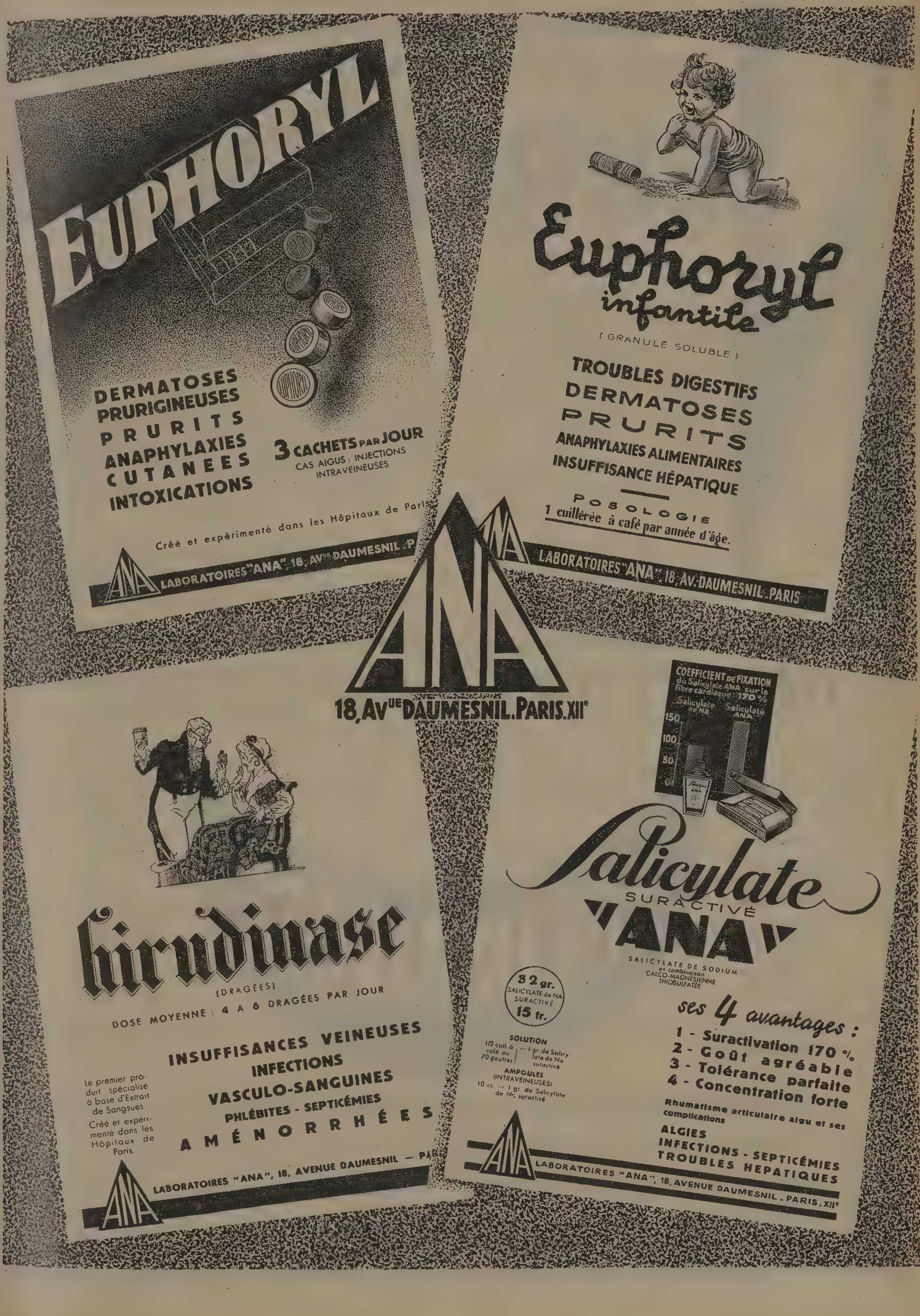
Les matinées seront consacrées aux opérations de grande chirurgie, aux ponctions et à la confection d'appareils plâtrés. Les après-midi, aux visites et présentations de malades. La leçon sera faite chaque jour à 14 heures. La première réunion aura lieu le lundi matin 28 mars, à 9 heures, et sera suivie d'une visite des différents services de l'Hôpital maritime.

Les droits à verser sont de 300 francs. (Les internes en exercice dans les hôpitaux de Paris en sont dispensés.)

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, à l'Hôpital maritime, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Nécrologie. — Le docteur Pierre Constant, de Felletin, victime du devoir professionnel.

— Le docteur René de Langenhagen, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris (1880).


EUPHORYL
DERMATOSES
PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES
CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS
INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, AVUE DAUMESNIL. P
Euphoryl
infantile
(GRANULÉ SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillerée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA", 18, Av. DAUMESNIL. PARIS
ANA
18, AvUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe
hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate
SURACTIVÉ
"ANA"
SALICYLATE DE SODIUM
en combinaison
CALCO-MAGNÉSIENNE
THIOSULFATÉE
82 gr.
SALICYLATE de NA
SURACTIVÉ
15 fr.
SOLUTION
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes — 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
AMPOULES
(INTRAVEINEUSES)
10 cc. — 1 gr. de Salicylate de Na suractivé
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HEPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

REVUE GÉNÉRALE

LES TROUBLES PSYCHIQUES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU (1)

LA CÉRÉBROPATHIE DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

Par MM. JEAN LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA

FORME KORSAKOWIENNE. — Il a été établi depuis fort longtemps que la maladie de Bouillaud, le rhumatisme aigu franc, était capable, à lui seul, nous voulons dire sans qu'il fût besoin de faire intervenir une infection associée, ni une intoxication surajoutée telle que l'alcoolisme, de déterminer la production de polynévrites. Ainsi que le rappellent dans leur récent et très complet mémoire sur les complications névritiques, méningées et médullaires de la maladie rhumatismale, Bouchut, R. Froment et Rouzier, les polynévrites s'accusent en clinique tantôt sous la forme diffuse, tantôt sous l'aspect de la paraplégie flasque, aréflexique, telle que nous l'offre si fréquemment chez la femme la polynévrite éthylique. Parfois même, le processus se limite à tel ou tel segment d'un plexus ou encore se restreint à un seul tronc nerveux réalisant ainsi la mononévrite rhumatismale.

Les névrites, de même que les plexites localisées, ne rentrent pas dans le plan de notre objectif puisque les perturbations mentales sont exclues de leur tableau sémiologique. L'étude des paraplégies accompagnées de troubles mentaux seule retiendra notre attention. Mais ici une double remarque préalable s'impose. La clinique nous montre que le R.A.A. le plus franc est capable de déterminer une paraplégie accompagnée de perturbations psychiques, et ainsi de réaliser un tel ensemble symptomatique que le diagnostic avec la cérébropathie toxémique de Korsakoff, la polynévrite avec confusion onirique, doit être soigneusement établi. En second lieu, la survenance d'une paraplégie chez un rhumatisant aigu n'impose pas le diagnostic de polynévrite rhumatismale, car l'on sait que le virus de la maladie de Bouillaud peut se fixer dans la moelle et y développer des lésions susceptibles de rendre compte de telle et telle paraplégie. Nos confrères lyonnais ont très justement insisté sur ce point en rappelant les observations très suggestives de myélopathies rhumatismales spécifiées par une évolution oscillante, à rechutes, assez semblable à toutes les autres déterminations de la polyarthrite aiguë.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, avec MM. Capgras et Doussinet, un cas de syndrome paraplégique avec confusion onirique qui nous semble illustrer assez bien cette forme korsakowoïde de la cérébropathie rhumatismale.

OBS. VI. — Mme Auz., âgée de 42 ans, bonne à tout faire, accuse quelques excès de boisson (surtout de bière). On relève dans ses antécédents un épisode dépressif imprécis avec idées de suicide *en* 1929.

En décembre 1935, la malade est hospitalisée pour néoplasme de l'utérus et traitée par la radiumthérapie. A partir de cette date, la malade a toujours été hospitalisée et, par conséquent, ne fut plus en mesure de suivre son penchant pour la boisson.

Dans les premiers jours *d'avril* 1937, une poussée de rhumatisme articulaire aigu se déclare : les arthralgies sont discrètes, mais les manifestations endocarditiques d'emblée apparaissent dominantes et graves.

Dans le même temps, apparaissent des troubles mentaux légers, où prédominent les idées de persécution et d'empoisonnement qui n'entraînent d'autres réactions au début qu'un refus de soins et de médication.

L'accentuation rapide de cette opposition jointe au développement d'un état confusionnel de type onirique, rend nécessaire le transfert dans un service d'isolement, vers le *huitième* jour de la maladie.

Le diagnostic de *psychose polynévritique* est alors porté, car la marche et la station debout sont impossibles et les réflexes tendineux paraissent abolis aux membres inférieurs.

Le syndrome confusionnel évolue vers un état de prostration diurne avec exagération de l'onirisme nocturne. Aux souffles endocardiaques du début, s'ajoutent maintenant des frottements péricardiques et des troubles du rythme réalisant malgré le traitement salicylé une véritable pancardite.

Le 19 *avril*, l'internement dans un asile d'aliénés est décidé.

Le 22 *avril*, la température s'élève à 39°.

La malade prend difficilement de petites quantités de liquide ; on note du subictère des conjonctives, du tremblement des extrémités, les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis, ceux des membres supérieurs sont conservés. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. L'atrophie des masses musculaires est nettement marquée aux membres inférieurs, mais la force musculaire paraît néanmoins assez bien conservée.

La motilité des membres inférieurs, la malade étant allongée sur le lit, paraît conservée ; les sensibilités tactiles et douloureuses sont nettement émoussées ; la sensibilité thermique est conservée, de même que la sensibilité profonde.

On ne note pas d'atteinte des nerfs craniens, non plus que de signes méningés.

Le syndrome mental est fait de confusion avec désorientation temporelle et spatiale, amnésie de fixation, fausses reconnaissances spontanées et manifestations oniriques discrètes. On note l'absence complète de fabulation même provoquée. La malade manifeste de vagues idées délirantes de persécution et d'empoisonnement, elle s'oppose aux soins médicaux et refuse notamment d'absorber une solution de salicylate de soude.

La matité cardiaque est considérablement augmentée, débordant à droite le bord sternal de trois travers de doigt. Les bruits du cœur sont sourds, très arythmiques, on note la présence d'un souffle systolique de la pointe, intense, râpeux, à propagation axillaire et des frottements péricardiques variables dans le temps, mais fixés dans leur localisation.

Le pouls est à 120, la tension artérielle ne dépasse pas 9 — 5 au Vaquez. L'urée sanguine est à 0 gr. 60, les réactions de Wassermann et de Meinicke sont négatives.

A partir de cette date, l'évolution mortelle vers le collapsus se fit *en sept jours* exactement. Celle-ci fut marquée, au point de vue mental, par l'accentuation progressive de l'obnubilation et de la prostration. Dès le 23 avril, la malade ne répondait plus aux questions. Le tableau était fait en outre de manifestations d'onirisme tranquille et de quelques fausses reconnaissances spontanées. L'opposition de moins en moins consciente et active s'atténua jusqu'à disparaître le 26.

L'évolution de la paraplégie fut marquée, au contraire par une variabilité assez singulière des réflexes tendineux,

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 21, du 12 mars 1938.

paraissant se modifier d'un jour à l'autre et même d'une heure à l'autre.

Le 22 avril, les réflexes achilléens et rotuliens paraissaient complètement abolis des deux côtés.

Le 23 avril, vers 11 heures, même constatation. Vers 13 heures, on constate toujours l'abolition des rotuliens, mais la présence des deux achilléens est, par contre, manifeste.

Le 24 avril, vers 11 heures, les réflexes achilléens sont toujours nets et le réflexe rotulien droit peut seul être mis en évidence. Vers 13 heures, les rotuliens se montrent extrêmement affaiblis, sinon éteints. On ne constate aucune contraction du quadriceps à droite, et seulement une très légère contraction du quadriceps à gauche.

L'action du salicylate de soude administré à la fois par voie intraveineuse et par voie buccale à la dose théorique de 14 grammes par jour, mais pratiquement inférieure, étant donnée la difficulté de l'alimentation, fut en apparence sans effet sur l'évolution des signes cardiaques et du syndrome mental. Certaines modifications des réflexes ont pu paraître consécutives à l'injection intraveineuse de salicylate, mais sans pouvoir toutefois entraîner la conviction.

Le malade succomba le 26 avril, dans l'adynamie, sans avoir présenté de symptôme nouveau.

Ainsi qu'en fait foi cette observation, l'association d'une paraplégie flasque avec des troubles mentaux ressortissant au type de la confusion onirique rend compte de la difficulté qu'il peut y avoir parfois à différencier la psycho-polynévrite de Korsakoff d'avec une complication nerveuse du R.A.A. Dans un cas comme dans l'autre, les réflexes sont abolis, l'amyotrophie apparaît nette (ce qui ne signifie pas que celle-ci soit toujours d'origine exclusivement myélitique ou polynévritique), enfin les perturbations mentales évoluent sur le même fonds de confusion. Il faut noter cependant que, contrairement au véritable syndrome korsakowien, les rhumatisants présentent une tendance moins poussée à la confabulation.

Toutefois, si l'on peut admettre la réalité d'une polynévrite rhumatismale compliquée de troubles psychiques confusionnels ainsi qu'on la trouve reproduite dans une observation de Charcot, reconnaissons qu'il s'agit de cas très exceptionnels et que, bien souvent, le lit est préparé à la polynévrite par une intoxication alcoolique de longue date. Il conviendrait donc de dénommer plutôt de pareils cas polynévrites éthylo-rhumatismales que p. rhumatismales, ainsi que le proposent d'ailleurs nos confrères lyonnais.

Ainsi que nous l'avons vu, le syndrome de paraplégie avec confusion peut en imposer, dans une certaine mesure, pour une maladie de Korsakoff, mais on peut et l'on doit se demander si l'analyse clinique ne permet pas de mettre au jour quelques discordances entre ces deux syndromes.

Si l'on regarde attentivement les faits, il semble bien qu'une scrupuleuse analyse sémiologique autorise cette discrimination dont il est superflu de souligner l'intérêt clinique, pronostique et thérapeutique.

Certes, nous ne songeons pas à nous insurger contre l'opinion d'un neuro-psychiatre aussi éminent que Pick, et nous ne prétendons point que la confusion mentale des rhumatisants est faite sur un autre modèle que celle des infectés et des intoxiqués ; la confusion garde les caractères d'incohérence idéique, d'inhibition psychologique, ralentissement des perceptions, sans lesquels elle ne serait plus confusion ; mais, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, le manque de cohésion des idées, l'obnubilation, la dysmnésie apparaissent moins profonds chez les rhumatisants que chez les typhiques, par exemple, ou les intoxiqués, car chez les uns comme chez les autres, le foie est gravement lésé, ce qui n'est pas toujours le cas chez les rhumatisants aigus ; l'amnésie de fixation est aussi moins pure ou même peut manquer.. Enfin, comment ne pas tenir compte de la tendance à la dépression psychique, à la mélancolie que laissent voir la majorité des malades affectés de cérébropathie rhumatismale ? Mais il y a plus, et à cet égard, l'observation personnelle que nous avons rapportée plus haut doit être retenue et méditée. Ce qui spécifie bien souvent la qualité rhumatismale des symptômes, c'est leur tendance à osciller, à se modifier soit spontanément, soit sous l'influence de la thérapeutique spécifique salicylée. Chez notre malade, précisément, un fait nous a vivement frappés : les modifications rapides et imprévisibles du régime des réflexes tendineux, lesquels s'atténuaient brusquement jusqu'à s'éteindre pour, peu de temps après, reparaître nettement. Rien que par cette constatation, on peut formellement récuser l'hypothèse d'une polynévrite éthylique.

Il n'est point besoin de rappeler que la notion d'arthropathies aiguës antérieures, de même que la constatation d'une endocardite en évolution forment des points d'appui d'une solidité éprouvée ; il en est de même, quoique à un degré un peu moindre, des mouvements choréiques. Cependant Ball et Trousseau signalaient l'incidence très commune du désordre choréique dans les cas de folie rhumatismale.

Forme psychique primitive. La cérébropathie rhumatismale d'emblée. — Tous les pédiatres savent aujourd'hui combien se montre fréquente l'endocardite rhumatismale primitive, c'est-à-dire la localisation endocardiaque du virus de la maladie de Bouillaud non précédée de fluxions articulaires apparentes tout au moins. On pouvait donc se demander, connaissant l'affinité du virus pour le système nerveux de certains sujets, si ce même virus ne serait point capable de se fixer sur le névraxe en ménageant les articulations. M. Targowla n'hésite pas à répondre à cette question par l'affirmative et cet auteur décrit sous la rubrique de la psycho-encéphalite rhumatismale une forme de rhumatisme cérébral d'emblée.

1. — L'observation rapportée par Targowla se résume dans les traits suivants : femme âgée de 29 ans, chez laquelle soudainement survient une confusion mentale avec anxiété évoluant de manière saccadée et semée de périodes de rémissions et de reprises. La malade ayant présenté deux crises de polyarthrite rhumatismale, dont la dernière 6 mois avant la survenance de la psychopathie, d'une part, et la cérébropathie s'étant accompagnée d'une légère hyperthermie avec albuminurie, azotémie, frottement péricardique. Targowla estime être en droit de rattacher à la maladie rhumatismale l'atteinte du névraxe, tout en remarquant que, dans le cas présent, l'insuffisance hépatique est patente et que, d'ailleurs, la patiente accuse des antécédents éthyliques.

A priori, il est impossible de dénier au virus rhumatismal la possibilité de se fixer, d'emblée, au cours d'une de ses attaques, sur le système nerveux ; aussi nous gardons-nous de récuser sans preuves la validité de la thèse défendue par M. Targowla. Toutefois, on peut faire observer d'abord que la forme psychopathique primitive de la maladie de Bouillaud, à supposer qu'elle soit, se montre vraiment très exceptionnelle ; ensuite que les arguments biologiques et microbiologiques qui permettraient de retrouver la source originelle de la cérébropathie nous font aujourd'hui encore complètement défaut. D'avoir remarqué que la malade avait été atteinte de polyarthrites aiguës 6 mois avant l'incidence de la cérébropathie, ne nous semble pas suffisant pour justifier l'hypothèse assurément séduisante que nous propose Targowla.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Si la détermination cérébrale du rhumatisme de Bouillaud demeure toujours de pronostic réservé, la terminaison mortelle est exceptionnelle. Aussi les caractères des lésions de la cérébropathie rhumatismale gardent une grande imprécision. Il suffit pour s'en rendre compte de jeter un regard sur les ouvrages les plus récents. Le grand ouvrage de Bumke ne nous fournit pas sur ce point la moindre indication. Essayons donc de glaner dans la littérature quelques résultats histo-pathologiques épars.

Pour les premiers observateurs, le rhumatisme cérébral s'accusait par une congestion et un œdème des méninges, des hémorragies sous-pie mériennes, une augmentation de la quantité de liquide dans les ventricules. Il serait vain de s'arrêter à de telles constatations qui sont la banalité même dans toutes les infections et les intoxications.

Une des constatations anatomiques les plus précises, est celle qui fut faite en 1903 par Josué et Salomon. Non seulement ces auteurs n'ont observé aucune infiltration cellulaire dans les méninges ni dans le parenchyme cérébral, mais ils n'ont relevé aucune altération du réseau vasculaire : ni hémorragie, ni thrombose, ni embolie. Ce que le microscope révélait, c'était une altération diffuse et, semble-t-il, assez profonde de toutes les cellules nerveuses encéphaliques, sans prédominance régionale. La lésion s'affirmait par le gonflement du cytoplasme, la dissolution des corps tigroïdes de Nissl, l'accumulation de lipochrome ; autour de certaines cellules dégénérées s'accumulaient des cellules névrogliques proliférées (Neuronophagie ou nécrophagie de Marinesco). La seule lésion viscérale intéressante était la dégénération graisseuse du foie. C'est à une constatation analogue sinon identique qu'aboutissent en 1905 Gandy et Bornait-Legueule. Dans ce fait, nulle infiltration méningée, pas d'œdème cérébral ni pie-mérien, pas trace de foyers microscopiques d'hémorragie ou de ramollissement. Tout comme les auteurs précédents, Gandy et Bornait-Legueule remarquent la diffusion et la profondeur de la chromolyse sans grande altération des noyaux. Contrairement au cas précédent, la prolifération des cellules satellites s'avérait de très peu d'intensité.

Chez un rhumatisant aigu, malheureusement entaché d'éthylisme et ayant succombé au sixième jour de cérébropathie, Mignot et Marchand relèvent une teinte sanglante du liquide C.R., une congestion marquée des lepto-méninges, mais nulle infiltration cellulaire. Dans le cortex, les cellules pyramidales les plus volumineuses présentent la chromolyse classique, mais nul phénomène de neurophagie. En bref, concluent ces auteurs, les lésions de la cérébropathie rhumatismale ressemblent à s'y méprendre à celles du délire aigu.

C'est encore la dégénération chromolytique, la cytolyse diffuse des cellules corticales que nous retrouvons dans une observation publiée par Toulouse, Marchand et Courtois, à l'exception cependant de lésions vasculaires marquées dans le bulbe rachidien où les vaisseaux apparaissent thrombosés et même engainés par des « cellules rondes embryonnaires ».

En raison de la parenté qui semble unir la chorée de Sydenham au R.A.A., bien des histo-pathologistes ont pensé réunir dans une même description les lésions de la chorée « rhumatismale » et celles de la cérébropathie délirante. A notre sens, pareille assimilation n'est pas justifiée pour plusieurs raisons que le cadre de ce travail ne nous permet pas de développer. Ainsi que Lhermitte et Ph. Pagniez l'ont montré, les chorées aiguës se départagent du point de vue anatomique en deux grands groupes : le premier dont le caractère foncier est d'exclure toute altération vasculaire de nature thrombosique, hémorragique, diapédétique ou proliférative, le second marqué, tout à l'opposé, par des infiltrations vasculaires étendues mais prédominant toutefois sur les corps striés. C'est évidemment à ce dernier groupe que ressortit le cas publié par Omato Casamajor où l'on voit une endocardite évolutive du type rhumatismal s'accompagner de chorée mortelle. Ici, les lésions s'affirment surtout d'ordre vasculaire infiltratif et se montrent avec le maximum d'éclat dans les segments putamino-caudés. Fait très intéressant, car il spécifie mieux que tout commentaire cette cérébropathie choréique, les cellules nerveuses elles-mêmes ne laissent reconnaître que fort peu de modifications ; toutes les grosses cellules pyramidales dont le virus rhumatismal détermine, nous l'avons vu, la fonte et la dissolution se montrent préservées avec leurs corps chromophiles intacts.

Dans un important travail récent, Winkelman et Eckel ont publié l'étude de 5 cas de cérébropathie rhumatismale dont deux avec chorée. Voici leurs conclusions : jamais on n'observe de nodules d'Aschoff dans le cerveau mais fréquemment l'œdème, la dilatation des espaces périneuroniques, le gonflement des endothéliums et même l'endartérite productive, des foyers de dévastation cellulaire dans le cortex se montraient dans un cas. La constatation la plus curieuse tient selon ces auteurs dans l'observation de nodules intra-corticaux formés par l'accumulation autour des vaisseaux de cellules de microglie et de corps granuleux, spécifiant un processus de désintégration très avancé et assez grossier.

Selon notre opinion, les nodules décrits par nos confrères américains ne peuvent être tenus pour la marque de la cérébropathie rhumatismale, lésion diffuse et nullement nécrobiotique ; sans doute de tels foyers doivent être rattachés à l'essaimage d'embolies microscopiques dérivées du cœur gauche et ayant

leur source dans l'effritement de coagulations fibrineuses déposées sur la valve mitrale.

Si l'on veut prendre une vue exacte des modifications histologiques qu'apporte la cérébropathie de la maladie de Bouillaud, il convient essentiellement de s'adresser à des cas purs, authentiques et non compliqués de désordre choréique. C'est pourquoi avec MM. Capgras et Doussinet, nous avons poursuivi l'étude histo-pathologique du cas que nous avions observé cliniquement et dont le dénouement fut la mort vers le 25e jour de la cérébropathie. Rappelons tout d'abord que l'empreinte spécifique du rhumatisme aigu de Bouillaud s'affirmait sur le myocarde par la présence d'un semis de nombreux nodules d'Aschoff à des degrés divers de développement.

Pour ce qui est du névraxe, nos examens ont porté systématiquement sur toutes les régions de l'encéphale, depuis le cortex jusqu'au bulbe inclusivement. Il serait certes fastidieux de reprendre l'exposé des résultats que nous avons recueillis et nous nous contenterons d'en ramasser dans un bref résumé les traits les plus expressifs.

Tout d'abord, il apparaît que les lésions profondes que nous avons appréhendées se limitent strictement un seul tissu ectodermique (tissu neuro-épithélial de Renaut) et ménagent complètement les éléments conjonctivo-vasculaires ; ensuite le fait le plus frappant tient dans la diffusion des altérations parenchymateuses. Aucune région, aucun segment du tronc cérébral n'est épargné par le processus morbide.

Celui-ci, quelle en est la nature ? Essentiellement dégénérative. En effet, cette dernière se marque par des modifications très profondes du cytoplasme des cellules nerveuses et n'entraîne pas de notables réactions de la névroglie. Les changements de structure consistent essentiellement dans le gonflement hydropique du cytoplasme, la fonte, la dissolution des corps tigroïdes de Nissl, la fragmentation du noyau et parfois du nucléole, enfin l'acolorabilité de la cellule qui n'est plus figurée que par une ombre (Zellenschatten des Allemands). De-ci de-là, on observe bien quelques amas de cellules satellites périneuroniques, mais les figures de neurophagie sont très exceptionnelles.

Ces modifications pathologiques déjà profondes sur la corticalité s'accusent encore sur les corps mamillaires et enfin sur les groupements cellulaires des centres végétatifs hypothalamiques ; si la couche optique se montre relativement moins atteinte, le cervelet dans ses cellules de Purkinje offre de profondes altérations. Un grand nombre d'éléments purkinjiens ont disparu totalement et ceux qui restent sont en dégénération chromolytique, cytolytique et caryolytique. Signalons, pour être complets, que, dans le bulbe, le noyau dorsal du vague présente des altérations aussi intenses que les groupements corticaux.

Ce simple résumé de nos constatations dénonce assez clairement les caractères histologiques de la cérébropathie rhumatismale pour nous dispenser d'insister.

Conclusions. — Ainsi donc, en dernière analyse, de l'étude précédente il appert que le rhumatisme articulaire aigu de Bouillaud ne confine pas ses méfaits aux articulations, aux séreuses et au myocarde, mais qu'il lèse, et profondément parfois, le système nerveux central. La cérébropathie rhumatismale non seulement est une réalité, mais un syndrome pourvu de traits sémiologiques et morphologiques assez particuliers pour légitimer une différenciation, tout ensemble, clinique et anatomique. Quant à dire le pourquoi de la localisation encéphalique du processus rhumatismal, l'état de nos connaissances ne le permet pas encore.

En est-il de même de la pathogénie des lésions cérébrales que nous avons rappelées et sommes-nous en mesure de décider s'il s'agit d'une infection des centres nerveux ou d'une réaction du type allergique ? Tel est le problème que nous ne pouvons pas ne pas poser, encore que sa solution ne puisse qu'être approchée. A l'heure actuelle, deux thèses s'affrontent : selon la première, à laquelle se rallie Gräff, le rhumatisme, maladie spécifique, détermine des réactions biologiques et morphologiques spécifiques ; au contraire, d'après Klinger, les analogies que l'on retrouve entre les lésions rhumatismales et les altérations de la maladie sérique plaident en faveur de la nature allergique, non spécifique des lésions de la maladie de Bouillaud.

On le voit, le problème que pose l'encéphalopathie rhumatismale est le même que celui devant lequel nous nous trouvons lorsque nous étudions les encéphalites des fièvres éruptives. Est-il besoin que nous rappelions, à ce propos, que Ludo van Bogaert, auquel nous devons de très pénétrantes études sur les encéphalopathies des fièvres éruptives et de l'encéphalite vaccinale, reconnaît encore aujourd'hui (novembre 1937) « avoir quelque faiblesse pour une conception allergique parce qu'elle satisfait l'esprit pour un certain nombre d'observations ».

Sans chercher à nous engager dans le domaine de la pathogénie des cérébropathies soi-disant allergiques telles qu'on les observe dans la rougeole, la scarlatine, la vaccine par exemple, nous ferons remarquer que l'encéphalopathie rhumatismale, de par ses lésions, se différencie absolument de l'encéphalite morbilleuse ou vaccinale pour ne prendre que deux exemples démonstratifs. Dans le premier cas, ainsi que Babonneix et Lhermitte y ont insisté à propos d'une observation anatomo-clinique, les altérations sont commandées par la distribution des vaisseaux et consistent d'une part en des foyers de démyélinisation et, d'autre part, en une prolifération de cellules névrogliques (microgliques) très intense dans les aires marquées par la dégénération myélinique. Rien de plus opposé au processus cytolytique diffus et à l'absence de toute topographie vasculaire qui spécifient le tableau anatomique de l'encéphalopathie rhumatismale.

La cérébropathie de la maladie de Bouillaud nous apparaît donc bien plutôt comme le résultat de l'extension au névraxe du virus encore inconnu du rhumatisme aigu que comme la traduction d'une réaction allergique. La manière dont l'atteinte cérébrale répond à la médication salicylée s'inscrit dans le même sens, et si le vieil adage « *naturam morborum curationes ostendunt* » n'est pas toujours une vérité, ce pré-

cepte poli par l'expérience garde cependant la valeur d'une présomption.

BIBLIOGRAPHIE

B. BALL. Du rhumatisme cérébral, *Thèse d'agrégation*, 1860.

BOUCHUT, R. FROMENT. Les complications névritiques, méningées et médullaires de la maladie de Bouillaud, *Journ. de méd. de Lyon*, 1937, p. 315.

BLACHEZ. Rhumatisme cérébral. *Gazette hebd.*, 1875, Nos 7 et 8.

BOURLON. Rhumatisme cérébral chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1912.

CRACIUN, VISINEANU, GINGOLD et URSU. Les lésions de la maladie de Bouillaud. *Annales d'anat. pathol.*, janvier 1933.

OMATO CASAMAJOR. Méningo-encéphalite associée à une endocardite rhumatismale. *Arch. of Neurol. and Psychiatry*, N° 5, 1924.

R. JOFFÉ. Essai sur le rhumatisme cérébral. *Thèse Paris*, 1908.

J. LHERMITTE et Ph. PAGNIEZ. *Anatomie et physiologie pathologiques de la chorée de Sydenham*. Encéphale, 1930, et *Les lésions cérébrales de la chorée de Syndenham à forme aiguë*. Soc. méd. des Hôpitaux, juin 1929.

J. LHERMITTE. Accidents nerveux du rhumatisme articulaire aigu franc. *Soc. de neurologie*, 1904, 9 juillet.

R. MIGNOT et MARCHAND. Un cas de rhumatisme cérébral.

PEYSER. Ueber die protrahierte Form der rheumatischen Hirnaffektion. *Thèse Berlin*, 1867.

POTAIN. Rhumatisme cérébral à forme lente. *Journ. de méd. et de chirurgie*, 1880.

SIMON. Geistesstörungen im Verlaufe des akuten Gelenkrheumatismus. *Arch. f. Psychiatrie*, 1866.

SOUQUES et CASTAIGNE. Contribution à la pathogénie du rhumatisme cérébral. *Société méd. des hôpitaux*, 9 juin 1899.

STERTZ. Infektiöse Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks. *Handbuch der Neurologie de Bumke et O. Foerster*, 1937, Vol. XII, p. 1.

R. TARGOWLA. Psycho-encéphalite rhumatismale. *Presse médicale*, 1er mai 1929.

TOULOUSE, MARCHAND, COURTOIS. Rhumatisme aigue cérébral. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 22 juin 1931.

VANDEQUITTE. Sur un cas de rhumatisme cérébral. *Nord médical*, 1903, p. 78.

WAREMBOURG et LAINE. Les troubles neurovégétatifs du rhumatisme articulaire aigu. *Gazette des Hôpitaux*, 26 mai 1937.

WEIMANN. Infecktionen. *Handbuch der Geisteskrankeiten*, Vol. XI, f. VII, p. 97.

WINKELMAN et ECKEL. The Brain in acute Rheumatic fever. *Archiv. of Neur. and Psychiatry*, Vol. 28, 1932, p. 844.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Congrès international de l'insuffisance hépatique. — Vichy. 1937.

Le volume des comptes rendus, discussion et communications diverses vient de paraître. Nous tenons à féliciter le docteur J. Aimard, secrétaire général, d'avoir battu tous les records pour cette publication, comme il l'avait déjà fait pour la publication des rapports. Ce nouveau volume comprend 755 pages, c'est dire le tour de force qui a été réalisé.

(Imprimerie Wallon, 44, rue de Romainville, à Paris.)

L'estomac des diabétiques, par le docteur Jean FERBOIR. 1 vol. in-8°, J.-B. Baillière et fils, éditeurs à Paris, 1937.

QUELS TROUBLES MENTAUX SONT ATTRIBUABLES A DES PERTURBATIONS RÉACTIONNELLES ?

Par M. Louis ALQUIER

Les réactions nerveuses peuvent, soit créer certains troubles mentaux, soit exaspérer ceux qui relèvent d'autres causes. L'étude objective des réactions nerveuses devient nécessaire, dès qu'on essaie de mieux connaître leur influence pathogène sur l'esprit. Réduites aux seules réactions vaso-motrices, nos constatations s'avéraient insuffisantes ; l'étude du neurotonus rétractile décelable dans les tissus interstitiels apporte un élément nouveau et la réflexothérapie étendue aux deux ordres de réactions permet une appréciation plus exacte des troubles mentaux liés aux perturbations réactionnelles.

Cette recherche, faite en grande série, sur tous les malades soumis à notre examen, montre que, si les syndromes réactionnels varient à l'infini leur répercussion sur le psychisme ne peut être précisée que dans un schéma d'ensemble. Chacun réagit suivant sa constitution propre aux innombrables causes morbides qui superposent et entremêlent leur action. Cependant, la coexistence de certains troubles mentaux avec des perturbations réactionnelles nettement caractérisées par leurs signes objectifs, et l'accalmie des troubles mentaux dès que l'équilibre réactionnel est suffisamment rétabli, autorisent aux conclusions générales que nous résumons brièvement :

1° TROUBLES IRRITATIFS. — Aux crises vaso-motrices et aux spasmes tissulaires qui caractérisent l'irritation, répond l'excitation mentale. Le professeur Potain disait, à propos de la maladie de Basedów, que l'un des principaux caractères de la maladie est le mauvais caractère des malades. Emotivité, irrascibilité, instabilité ne manquent guère chez les sujets atteints de crises vaso-motrices, et se retrouvent dans les états basedowoïdes, et dans toutes les formes de la névrose vaso-motrice, avec ou sans symptômes thyroïdiens. Certains sujets présentent, en outre, de brusques élévations transitoires de la tension artérielle maxima attribuables, semble-t-il, au spasme aortique, et qui cessent dès que le bruit systolique du cœur perd l'intensité et l'éclat qui lui donnaient les caractères d'un véritable coup de gong. Ayant pu observer de semblables crises, que l'on peut provoquer par toute excitation capable de déterminer un spasme aigu cervico-thoracique, en même temps que le spasme aortique, j'ai constaté la coexistence habituelle d'une crise d'angoisse, d'idées noires, ou, tout au moins, de tristesse, qui s'apaisait avec la détente des spasmes et l'accalmie de l'excitation cardio-aortique.

De même, les crises d'éréthisme cardio-vasculaire avec tachycardie, arythmie, exagération de la pulsatilité artérielle, s'accompagnent fréquemment d'un véritable affolement nerveux, avec cris, gesticulations, impulsions motrices irrésistibles, accès de fureur, dont le patient a conscience, mais qu'il ne peut dominer.

et dont il dit mal saisir la raison, à moins d'interprétations délirantes. La réflexothérapie de détente calme rapidement crise réactionnelle et troubles mentaux, et plusieurs de mes malades ont été, par elle, tirés d'un véritable état démentiel, ayant nécessité parfois l'internement, ou des mesures de protection. Le rétablissement de l'équilibre réactionnel amène la disparition définitive des troubles mentaux, lorsque ceux-ci n'ont d'autre cause que l'irritation nerveuse.

2° Syndromes dépressifs. — Dans tous les états de dépression mentale, depuis la simple fatigabilité jusqu'à la dépression profonde, avec ou sans phobies, idées noires, obsessions, certaines modalités réactionnelles entretiennent l'état d'intoxication générale, ou peuvent gêner le fonctionnement du cerveau en troublant la nutrition sanguine et lymphatique. La détente des enraidissements profonds du cou dégage les tissus périvasculaires, et amène la résorption des bouffissures occipito-nucales ; en même temps que disparaissent céphalée en casque et gêne des mouvements du cou, le malade constate avec satisfaction plus d'entrain, de vivacité intellectuelle, une idéation meilleure, moins de fatigabilité cérébro-sensorielle. Si la réflexothérapie produit une détente étendue aux spasmes et enraidissements thoraco-abdominaux, l'activation des circulations sanguine et lymphatique entraîne l'euphorie, la frilosité fait place à un agréable réchauffement général avec bien-être, disparition des bouffissures, régularisation de la vaso-motricité, avec meilleur fonctionnement viscéral, en particulier hépato-digestif et endocrinien. Ce retour à la santé physique s'accompagne toujours d'une amélioration de toutes les fonctions mentales. En particulier, dès que chaque digestion n'est plus la cause d'une poussée nouvelle d'intoxication avec congestion, périviscérite œdémateuse et spasmes tissulaires ainsi que de troubles du péristaltisme du tractus digestif, la gaieté reparaît, le sommeil s'améliore, et le patient cesse d'être alourdi après chaque repas. De même, la suppression des crises de congestion et bouffissures menstruelles est, d'ordinaire, accompagnée d'une notable amélioration des troubles mentaux divers que pouvait présenter la malade.

Rappelons que tout déséquilibre des réactions vasomotrices et de la rétractilité neurotonique tissulaire cède moins à la réflexothérapie visant directement les troubles vaso-moteurs qu'à la détente des spasmes et enraidissements cellulitiques, qui caractérisent l'hypertonie tissulaire. Cette détente rétablit le drainage lymphatique, fait disparaître les exsudats intégrés à la lymphe, et supprime l'irritation nerveuse que causaient, en divers points du corps, le conflit entre rétraction et gonflement congestif et exsudatif. Ainsi s'apaisent d'innombrables troubles irritatifs : douleur, spasmes, crampes, tics et contractures et rigidité s'atténuent ; enfin, l'irritation que causait l'engorgement lymphatique périvasculaire cessant, vaso-motricité et réactions vago-sympathiques dans leur ensemble recouvrent un équilibre meilleur. La réflexothérapie de détente doit être assez prudente pour éviter toute irritation immédiate ou dans les heures consécutives à chaque séance. L'activation trop brusquée du drainage lymphatique est, elle aussi, à éviter, des décharges excessives de lymphe toxique dans le sang des veines sous-clavières pouvant déterminer de fâcheuses crises de toxémie avec fatigue et recrudescence de la dépression mentale ; la mobilisation trop rapide d'exsudats peut irriter des points réflexogènes d'où crise d'excitation mentale. Le début du traitement est donc à surveiller étroitement et exige l'observation attentive de tous les troubles réactionnels.

3° Inquiétude causée par les troubles réactionnels. — Les troubles réactionnels entretiennent le malade dans un état d'inquiétude permanente, par l'imprévu, la multiplicité et la nature des malaises qui les accompagnent.

Ils éclatent à tous moments, surprenant le malade, qui ne peut faire aucun projet, dans l'attente des malaises qui l'assaillent continuellement, et dont il ne peut prévoir ni l'heure, ni la nature, ni l'intensité.

Certains sont, par eux-mêmes, particulièrement inquiétants : les crises de dyspnée, d'angoisse précordiale, les palpitations de cœur avec tachycardie et arythmie, font craindre une maladie grave ; les insomnies, avec leur cortège d'idées noires, les réveils au milieu de rêves terrifiants sont peu faits pour engendrer l'optimisme.

Enfin, le malade perd confiance en lui-même, se sentant diminué de deux façons : avant tout, sa fatigabilité intellectuelle l'impressionne : idées et mots répondent mal à l'appel de sa volonté ; l'attention se fixe mal et se disperse rapidement, il en résulte le doute de soi-même, et la difficulté à prendre des décisions. En second lieu, le déséquilibre des réactions et leur violence faussent, à chaque instant, l'expression des sentiments, qui ne correspond plus aux désirs réels, et le malade souffre de paroles, de gestes qu'il regrette sans pouvoir les changer ou en atténuer l'effet, si contraire à ses désirs réels.

Contre les troubles mentaux relevant de perturbations réactionnelles, la volonté ne peut réagir, mais, seulement, réaliser la résignation et l'adaptation à cet état dont le malade, plus conscient que son entourage, souhaite ardemment la délivrance.

Dès que, grâce à la réflexothérapie, le malade a compris la véritable signification de ses troubles mentaux, il cesse de craindre autant des malaises qu'il sait dus à des réactions transitoires échappant à sa volonté, et dont il n'est plus responsable.

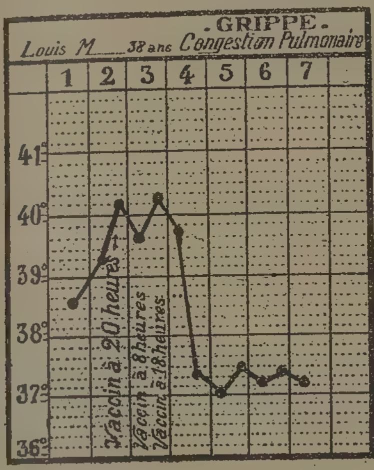
Mais, la disparition de ce qui, dans les troubles mentaux, est dû au déséquilibre réactionnel, ne peut être obtenue que par le retour à l'équilibre. Or, les meilleures médications s'adaptent difficilement à la variabilité des réactions nerveuses, et la réflexothérapie de ces réactions vient heureusement aujourd'hui, s'ajouter aux moyens thérapeutiques, encore si insuffisants, dont nous disposons.

Apologie du sourcier, par E. Christophe (Recherche des disparus, homéopathie, électro-culture, etc., la téléradiesthésie, procédés opératoires pour la détection à distance ; la prospection sur plan et sur photographie). Un vol. de 240 pages avec 9 illustrations. Prix : 30 fr., chez Mignard, 38, rue Saint-Sulpice, à Paris (6e), 1937.

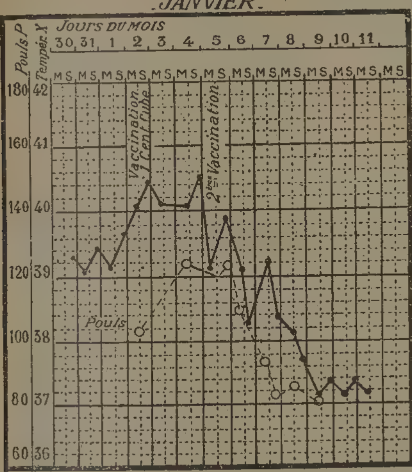
Traitement des affections pulmonaires aigües et chroniques de l'appareil respiratoire

par les VACCINS du Professeur MINET

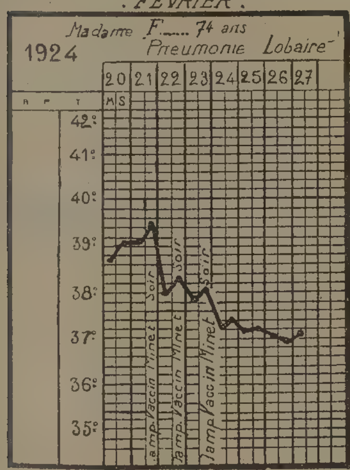
La grippe, affection microbienne dont l'agent causal n'est pas encore parfaitement déterminé, ne présente de réelle gravité que dans ses complications.



JANVIER



FEVRIER



En effet, le rôle des « infections secondaires », « des microbes de sortie » est aujourd'hui bien précisé. On sait que, sur le terrain préparé par le virus grippal inconnu, les hôtes banals des voies respiratoires se développent avec une facilité et une rapidité souvent surprenantes ; en réalité c'est eux qui, dans la majorité des cas, font la gravité de la maladie. Cette notion n'a pas échappé aux auteurs qui ont utilisé des sérums antistreptococciques, antipneumoniques, ni à ceux qui, à titre prophylactique ou à titre curatif, se sont servis de vaccins microbiens.

Depuis plusieurs années, le professeur MINET utilise systématiquement un vaccin polyvalent dans le traitement de la grippe.

L'action de ce vaccin anti-grippal se manifeste de façon différente selon les cas.

Tout sujet qui, au cours d'une épidémie de grippe, **présente une élévation soudaine de température,** est justiciable d'une injection de vaccin antigrippal. C'est le meilleur moyen pour arrêter net l'évolution de la maladie.

Chez les sujets déjà en pleine évolution de la grippe sévère, sans complications pulmonaires importantes, tantôt l'évolution de l'affection est singulièrement raccourcie, la température tombant en quelques heures ou en un jour ou deux après l'injection vaccinale et la guérison survenant en même temps ; tantôt la durée de la maladie ne paraît pas influencée, mais l'état général s'améliore, le faciès est moins terreux, la langue se nettoie et le patient fait les frais d'une infection à laquelle il paraissait ne pas devoir résister.

Chez les grippés avec complications pulmonaires, on observe tantôt une réaction générale avec expectoration suivie, avec une extraordinaire rapidité de la guérison complète ; tantôt l'action est tout aussi rapide, mais on n'observe aucune expectoration et les voies respiratoires sont, en quelque sorte, brusquement asséchées.

Dans d'autres cas, enfin, on n'observe pas d'action immédiate évidente, mais l'état général des patients n'en a pas moins bénéficié de la thérapeutique vaccinale, et celle-ci leur permet de conduire jusqu'au bout, avec une sorte d'euphorie vraiment remarquable, des pneumonies ou des broncho-pneumonies grippales en apparence extrêmement graves.

Chez les grippés avec complications telles que : otite, mastoïdite, sinusite, pleurésie, etc., le vaccin anti-grippal donne les mêmes résultats, et agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur le traitement des otites inflammatoires ou purulentes dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

MODE D'EMPLOI

En présence d'une grippe sérieuse, avec ou sans localisation pulmonaire, mais sans complication cardiaque ni rénale, injecter 1 centimètre cube de vaccin antigrippal (le point d'élection est la région dorsale, au-dessus de l'épine de l'omoplate, dans l'espace inter-scapulo-thoracique, ou vers la base du thorax). Répéter l'injection tous les deux jours ou tous les jours, selon la gravité du cas, jusqu'à guérison.

Il y a lieu de réduire la première dose à 1/4 de centimètre cube avant 3 ans, et à 1/2 centimètre cube de 3 à 10 ans. Augmenter jusqu'à 1 centimètre cube, quel que soit l'âge, si la tolérance est bonne.

RESULTATS

Au cours des grippes simples, la vaccinothérapie agit à titre *préventif, évitant* presqu'à coup sûr, *les infections secondaires* qui font, le plus souvent, toute la gravité de la maladie. Au cours de la grippe sérieuse, compliquée ou non d'accidents pulmonaires, ou d'otite, ou d'autre manifestation, elle agit soit en provoquant la résolution rapide des signes locaux, soit en donnant à l'organisme une résistance à l'infection que les thérapeutiques anciennes ne nous ont pas accoutumés à observer. La vaccinothérapie, capable non seulement d'agir sur les infections et complications secondaires, mais encore d'en prévenir la venue et d'abréger par là même l'évolution de la grippe, constitue une arme d'un maniement remarquablement facile et d'une incomparable puissance. Le vaccin anti-grippal ne peut amener aucun accident. Sa conservation est d'une durée illimitée.

Le vaccin anti-grippal donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne ; le pourcentage des guérisons dépasse 90 %. Le vaccin anti-grippal Minet est employé à « titre préventif » de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin antiasthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur Minet, la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur Minet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France et à l'étranger depuis plus de 10 ans, par un bon nombre de cliniciens.

Ces vaccins présentent *le grand avantage de ne jamais amener d'accidents.* Leur conservation est indéfinie. Ils sont mis en vente par les Laboratoires Sténé, 2, place des Vosges, Paris (4e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1938)

Action de l'adrénaline sur les coronaires et la circulation générale après les diéthylamino-méthylbenzodioxan (883 F). — MM. Daniel DANIELOPOLU et Ion MARCOU. Il résulte des recherches des auteurs que :

1° Le 883 F diminue le débit coronarien par vasoconstriction des coronaires, augmente le débit veineux fémoral par vasodilatation dans la circulation générale ;

2° Le 883 F atténue considérablement l'action vasoconstrictrice de l'adrénaline (et, par conséquent, son action hypertensive), ainsi que l'action vasodilatatrice de l'adrénaline sur les coronaires.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 15 MARS 1938)

Les jus de fruits. — L'Académie vote sans modifications les conclusions du rapport présenté il y a quinze jours par M. Henri Labbé.

La dénomination « jus de fruit » sera définitivement réservée à un produit naturel, non alcoolique, directement obtenu *sans aucune addition.*

Etude sur le métabolisme de base des enfants porteurs de goitre. — M. G. MOURIQUAND, Mme J. ENSELME et M. J. ENSELME. Les investigations des auteurs ont porté sur cinquante enfants atteints de goitre typique.

Le métabolisme de base a été normal dans 34 p. 100 des cas. Il a été augmenté dans 40 p. 100 des cas, mais cette augmentation a été soit minime (et de peu de valeur pratique) au-dessous de + 10 p. 100, soit moyenne de 10 à 20 pour 100, soit assez forte et s'associant à d'autres signes d'hyperthyroïdie (au-dessus de + 20 p. 100), dans 12 p. 100 des cas. Dans 26 p. 100 des cas, ils ont au contraire noté un abaissement du métabolisme basal d'importance moyenne, ne dépassant pas — 30 dans le cas le plus marqué. Ces cas s'accompagnaient des signes cliniques attribués à l'hypothyroïdie.

Le sexe féminin a fourni 86 p. 100 des cas.

Contre la dépopulation. — M. BOVERAT fait une importante communication.

Après avoir rappelé que le nombre des naissances est tombé de 1.022.000 en 1876 à 620.000 en 1937, et que 60 départements comptent actuellement plus de cercueils que de berceaux, l'auteur montre qu'il est nécessaire de faire appel à toutes les forces morales de la nation pour rendre à la jeunesse un idéal familial, et qu'il est indispensable de réduire l'écart inadmissible qui sépare actuellement le niveau d'existence des pères et mères de famille de celui des Français sans enfants ; dans ce but, les allocations familiales professionnelles doivent être généralisées et développées.

Il insiste en outre sur la nécessité de combattre énergiquement l'avortement, en appliquant la loi sans faiblesse et en mettant la population féminine en garde contre les conséquences immédiates lointaines de l'interruption de la grossesse.

M. SIREDEY insiste, une fois de plus, sur l'importance vitale pour notre pays de ce problème. Il rappelle qu'il est avant tout un problème d'ordre moral.

Action des différentes radiations ultra-violettes sur l'œil. — MM. DOGNON et MAWAS.

Les Commissions des prix en 1938. — *Composition.* — *Prix généraux :* Prix de l'Académie Alvarenga-Larrey. — MM. Claude, Laignel-Lavastine, Sieur, Bezançon, Dopter.

Prix Monbinne, Pannetier, Sabatier, Saintour. — MM. Pettit, Levaditi, Ribadeau-Dumas, Weinberg, Dopter, Pettit, Strohl, Carnot, Lemierre, Tiffeneau, Loeper, Guillain, Lapicque, Barrier, Mauclaire, Béclère, Regaud.

Prix Desnos, Laval, Otterbourg. — MM. Hartmann, Béclère, Rist, Tiffeneau.

Médecine générale : Prix Argut, Barbier, Daudet, Desportes, Dieulafoy, Dutens, Godard, Guéretin, Guzmann, Hadot, Herpin (de Metz). Orfila, Roger. — MM. Ribadeau-Dumas, Loeper, Villaret, Laignel-Lavastine, Sergent, Rathery, Lereboullet, Rist, Carnot, Souques, Vallery-Radot, Debré, Lesné, Renault, Roussy, Brumpt, Martel, Ramon.

Maladies de la nutrition : Prix Cailleret, Maurel, Ricaux. — MM. Loeper, Rathery, Le Noir, Brouardel.

Neuro-psychiatrie : Prix Baillarger, Boullard, Civrieux, Day, Gustave Durante, Herpin (de Genève). Lefèvre, Leveau, Lorquet. — MM. Laignel-Lavastine, Claude, Crouzon, Guillain, Roussy, Souques, Laubry, Auvray, Vallery-Radot, Debré.

Dermatologie : Fondation anonyme. Prix Gaucher. — MM. Darier, Lereboullet.

Hygiène et maladies contagieuses et exotiques : Prix Boulongne, Brault, Clarens, Guillaumet, Guinchard, A.-J. Martin, Stanski, Vernois, Zambaco. — MM. Villaret, Sergent, Bezançon, Nobécourt, Crouzon, Lesné, Renault, Debré, Lesage, Sacquépée, Béclère, Pettit, Marchoux, Ramon, Martel, Lemierre.

Tuberculose : Prix Audiffred, Merzbach, Ricaux (tuberculose). — MM. Sergent, Rist, Nobécourt, Lereboullet, Ribadeau-Dumas, Debré, Lesné, Mauclaire, Ombrédanne, Bezançon, Béclère.

Cancer : Prix Berraute, Bruninghaus, Chevillon, Combe, Marmottan. — MM. Roussy, Guillain, Carnot, Hartmann, Gosset, Brumpt, Champy.

Chirurgie générale : Prix Amussat, Campbell-Dupierris, Labbé, Laborie, Péan. — MM. Hartmann, Sieur, Delbet, Legueu, Faure, Mauclaire, Duval, Auvray, Gosset, Rouvillois, Cunéo, Ombrédanne, Marion, Lenormant, Fredet, Grégoire.

Obstétrique et gynécologie : Prix anonyme. Barthélemy, Tarnier. — MM. Lenormant, Couvelaire, Brindeau, Jeannin, Marchoux.

Spécialités chirurgicales : Prix Philippe Durante, Magitot, Meynot, Tremblay. — MM. Lenormant, Lemaître, Terrien, Sieur, Legueu, Marion, Gosset, Champy, Dumas.

Anatomie et physiologie : Prix Bourceret, Pourat. — MM. d'Arsonval, Lapicque, Mayer, Portier, Tiffeneau, Rouvière, Lenormant, Ribadeau-Dumas.

Physique et chimie : Prix Apostoli, Buignet. — MM. Béclère, Strohl, Regaud, Pouchet, Tiffeneau, Desgrez.

Pharmacie : Prix Demarle, Nativelle. — MM. Léger, Perrot, Bougault, Coutière, Fourneau, Goris, Délépine, Lapicque.

Eaux minérales : Prix Capuron, Lefort, Robin. — MM. Rathery, Siredey, Le Noir, Pouchet, Tiffeneau, Delépine, Goris.

Anatomie pathologique : Prix Portal, Saint-Léger. — Néant (pas de candidat).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 24. — MERCREDI 23 MARS 1938. 111e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hospices civils de Reims. — Un concours pour une place de chirurgien suppléant des hôpitaux de Reims s'ouvrira à l'hôpital civil de Reims, dans la seconde quinzaine d'avril 1938 et un concours pour une place de médecin suppléant des dits hôpitaux dans la seconde quinzaine de mai 1938.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat des Hospices, 1, place Museux, à Reims, jusqu'au 10 avril pour le concours de chirurgien suppléant et jusqu'au 10 mai 1938 pour celui de médecin suppléant.

Hôpital psychiâtrique de Toulouse. — Le concours pour la nomination de deux internes titulaires à l'hôpital psychiâtrique Marchant, qui devait avoir lieu le 11 avril 1938 à 8 heures du matin, est reporté au 3 mai 1938 à la même heure.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Louis Merklen, agrégé pérennisé, est nommé professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie. Dernier titulaire : M. Santenoise.

Guerre. — M. le médecin général de Vezeaux de Lavergne a été placé, par anticipation, sur sa demande, à compter du 20 mars 1938, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

L'assemblée générale annuelle de l'Association Confraternelle des Médecins Français, Société mutuelle de secours au décès, a eu lieu le 9 mars à Paris, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence de M. le professeur Vanverts, de Lille, son président. 650 sociétaires étaient présents ou représentés.

Le docteur Barlerin, trésorier, a donné lecture du rapport moral et financier de l'année 1937, qui a été approuvé à l'unanimité. L'association qui, en octobre prochain, aura 30 ans d'existence, groupe actuellement 1900 médecins ou femmes de sociétaires ; elle a distribué en 1937 340.000 fr. de secours, soit plus de 3 millions depuis sa fondation.

La Confraternelle, qui fait partie de l'Office de liaison des œuvres médicales d'entr'aide, est ouverte à tous les médecins français en bonne santé ayant moins de 45 ans, et aux femmes des sociétaires dans les mêmes conditions ; elle accorde un secours *immédiat* de 10.000 fr. en cas de décès ou à 70 ans, après 25 ans de sociétariat.

Pour tous renseignements, écrire au siège social, 10, rue de Strasbourg, à Paris, chez le docteur P. Barlerin, trésorier.

Neuvième conférence médicale d'Aix-les-Bains. — La Société médicale d'Aix-les-Bains tiendra le dimanche 22 mai à 10 heures du matin, dans le nouvel établissement, une séance consacrée aux *Névralgies sciatiques et leur traitement thermal.* Rapporteur : docteur Jacques Forestier.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Lelong, secrétaire de la Société médicale, rue de Liége, à Aix-les-Bains (Savoie).

Les médecins étrangers en Angleterre. — Le gouvernement anglais a décidé d'apporter des restrictions au séjour des étrangers en Angleterre, et spécialement en ce qui concerne les médecins, dentistes et étudiants. Ces derniers pourront poursuivre leurs études en vue de l'attribution des di-

plômes anglais, mais ils ne pourront exercer dans le Royaume-Uni. Cette mesure a été rendue nécessaire par le grand nombre de médecins étrangers qui sont venus se fixer en Angleterre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

Les membres de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, réunis en assemblée générale le 18 mars 1938, après avoir pris connaissance des deux propositions de loi qui leur ont été exposées par le délégué permanent M. Mordagne, ont voté les deux résolutions suivantes :

I. — *La proposition de loi Pomaret.* — Contre les nouvelles dispositions de la *proposition de loi Pomaret* promettant que la prise de retraite serait *facultative* pour les professions libérales et pour les médecins en particulier, mais précisant que les versements seraient *obligatoires* jusqu'à l'âge auquel on prendrait cette retraite, l'Assemblée a vivement protesté.

Les futurs médecins ne veulent pas se soumettre aux difficiles études médicales d'une durée minima de *sept année* pour se voir retirer à 60 ou 65 ans leur diplôme de docteur en médecine, car rien ne prouve que le Parlement ne votera pas le caractère *obligatoire* de ladite retraite.

Accepter une pareille mesure équivaut à accepter la fonctionnarisation de la médecine, dont les étudiants en médecine ne veulent à aucun prix.

De plus, ceux-ci se refusent à envisager des versements qui pendant trente-cinq ans environ, constitueront pour eux l'aliénation d'un capital considérable. Ils estiment enfin par trop dérisoire la retraite qui leur serait octroyée à ce prix pourtant élevé.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris repousse les nouvelles promesses de M. le député Pomaret, et demande respectueusement au Parlement d'en faire autant.

II. — *Le doctorat en médecine à mentions.* — L'étude de la proposition de loi de M. Sellier relative à l'*adjonction de mentions de spécialités au diplôme de docteur en médecine* déposée au Sénat le 2 mars 1938, a montré que sa conséquence sera le *démembrement* du doctorat en médecine. Si cette loi est votée, nul ne pourra à l'avenir être qualifié spécialiste, s'il n'est titulaire de la mention correspondant à sa spécialité.

Ce projet obligera les étudiants, au bout d'une partie de leur scolarité, à opter pour telle mention de leur choix et à négliger fatalement la culture générale médicale. Il se produira à la Faculté de Médecine ce qui se produit depuis l'institution des 3 sections du baccalauréat dans les lycées où l'élève est obligé, dès la 6e, de choisir la section qui le préparera plus spécialement à sa future carrière.

En outre, l'Association corporative proteste avec véhémence contre une phrase de *l'exposé des motifs*, injurieuse pour les *jeunes praticiens*, la déclare erronée et la signale à la vigilance des syndicats médicaux, seuls qualifiés pour juger les médecins dans leurs conseils de famille.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris dénonce la manœuvre qui a permis de renvoyer à la Commission d'Hygiène ce projet que seule la Commission d'Enseignement est qualifiée pour discuter, et proteste à nouveau contre la création du titre injustifié de docteur-dentiste au mépris de l'article 259 du Code pénal.

L'Association corporative compte sur la sagesse du Sénat pour ne pas donner suite à une proposition de loi qui, en créant des mentions, laisse à l'Administration le droit de les dénombrer et de les dénommer.

(*Communiqué.*)

COURS ET CONFÉRENCES

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie. (professeur : M. Maurice Chiray). — M. L. Justin-Besançon, agrégé, commencera ses conférences et démonstrations cliniques du semestre d'été le lundi 2 mai, à 11 heures, à la clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (professeur Maurice Villaret) et les continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences et des démonstrations : *Maladies justiciables d'un traitement thermal ou climatique. Hydroclimatologie sociale. Acquisitions récentes en clinique crénoclimatique.*

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie. — M. le professeur M. Chiray commencera ses cours et démonstrations cliniques du semestre d'été le mardi 3 mai, à 10 heures du matin, dans son service de l'hôpital Bichat et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours et des démonstrations : *Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la nutrition : actualités cliniques et hydro-climatiques.*

Nécrologie. — Le docteur Marthe Odoul, à Paris.

— Le docteur Frederico Lleras, professeur à l'Université de Colombie, décédé à Marseille.

— Le docteur Fernand Linarès, médecin colonel honoraire, décédé à Limeuil (Dordogne).

— Le docteur Serge Persky, ancien médecin militaire pendant la guerre, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Nice.

— Le docteur Paul-Emile Noury (de Rouen).

RENSEIGNEMENTS

Dame ayant eu place assistante chez docteur, demi-journée, réception clientèle, téléphone, aseptisation instruments, secrétariat, cherche emploi similaire.

Excellentes références. Déplanche, 39, boulevard de la Gare, Chelles (Seine-et-Marne).

Institut de Pathologie spéciale médicale et de Méthodologie clinique
de l'Université royale de Pérouse

VALEUR PRONOSTIQUE DE LA PTYALO-RÉACTION DE ZAMBRINI DANS LA TUBERCULOSE (1)

Par M. le Professeur L. RICCITELLI, directeur
et MM. les Docteurs N. NICITA, assistant, et A. CURZI

Les essais destinés à déterminer l'état de résistance des malades vis-à-vis des infections sont très nombreux.

En ce qui concerne la Tuberculose pulmonaire, longue serait la liste des réactions biologiques étudiées dans ce but, à savoir la mesure des pouvoirs de défense du tuberculeux, ce qui doit se traduire pratiquement par l'établissement d'un pronostic exact touchant la marche de la maladie et son évolution finale.

Parmi les recherches les plus récentes et les plus usitées il y a celles de la vitesse de sédimentation des Hématies ; et vraiment dans un très grand nombre de cas, nous voyons que cette vitesse de sédimentation des Hématies marche de pair avec les phases d'aggravation ou de recrudescence du processus T.B.C., ainsi qu'avec les phases d'atténuation ou de bonne défense.

Dans ce travail, nous avons entrepris d'examiner une réaction colorimétrique, la Ptyalo-Réaction de Zambrini, que le Prof. d'Arsonval, pour sa rapidité et sa sensibilité exquise, a dénommée « Le Thermomètre de la résistance vitale » (2).

Nous avons été amenés à faire ces expériences parce que les travaux sur cette épreuve démontrent son importance pratique réelle, et parce qu'elle est d'une application si facile, que si vraiment les résultats correspondent aux promesses, comme nous le verrons dans la suite de ces recherches, elle est appelée à devenir d'un usage courant ; elle viendrait grandement appuyer les données du pronostic de l'état du tuberculeux que nous demandons à l'examen clinique, à l'exploration radiologique et à tous autres éléments que tout médecin connaît assez pour que nous n'ayons pas besoin de nous étendre.

***

Le principe sur lequel s'est basé Zambrini, pour sa géniale Réaction, tire son origine de la conception galénique et hippocratique de la Médecine, à savoir que les changements qui adviennent au sein des liquides, des humeurs de l'organisme, sont le reflet des conditions normales ou pathologiques de l'organisme lui-même.

Que doit-on entendre par Humeurs de l'organisme ? A. Lumière va nous le dire : « Les humeurs sont tous les liquides de l'organisme ; en premier lieu, le Plasma, dans lequel sont en suspension les éléments cellulaires ; les globules rouges et les blancs ; puis tous les liquides interstitiels et lacunaires qui baignent et entourent les tissus et les organes. L'ensemble représenterait pour les cellules qui composent les organismes ce qu'est pour les individus l'atmosphère, dont ils extraient l'oxygène vivifiant, et dans lequel se déversent les produits toxiques de la respiration ; de même qu'on peut savoir d'après l'étude de l'ambiance dans laquelle vit un groupe d'individus si les conditions sont pour lui favorables ou non, de même, on peut avec certitude, par l'examen des humeurs qui le composent, savoir s'ils se trouvent ou non dans les meilleures conditions. »

On sait que la composition des humeurs de l'organisme humain est pour ainsi dire constante, mais il est certain, d'autre part, que les variations, bien que limitées dans des frontières restreintes, n'en sont pas moins décelables en quelque façon.

En outre, dans tout trouble effectif ou toxique, c'est dans les humeurs que se retrouvent les facteurs nécessaires à la défense, ou les signes de la défaite de l'organisme ; et, dit Richet, « de même que l'individu conserve le souvenir psychique de tous les faits qui ont frappé sa conscience, de même persistent les traces humorales de toutes les infections antérieures ».

***

Zambrini est arrivé à la conviction que dans la salive se trouvent représentés les composants de toutes les humeurs pathologiques ou physiologiques de l'organisme : une pareille conviction ne saurait être, en théorie, loin de la vérité. Nous savons que la salive est le produit du Plasma élaboré par les glandes salivaires ; mais elle contient aussi l'ensemble des humeurs de tout le système lacunaire, qui parvient à la bouche à travers les nombreuses glandules de la muqueuse buccale (palatines, gingivales, labiales, pharyngées), et nous pouvons par là considérer la salive totale comme un mélange contenant des éléments qui proviennent de toutes les humeurs de l'organisme lui-même.

Zambrini en comparant systématiquement les analyses de la salive faites par les chercheurs les plus éminents, est arrivé à la conclusion que parmi les constituants de celle-ci se trouvent l'eau, les substances albuminoïdes, le chlorure de sodium, le chlorure de potassium, le phosphate de soude, des carbonates alcalins, le carbonate de magnésie, le sulfocyanure de potassium, le sulfocyanure de soude, le lactate de potasse, des graisses phosphorées, de la ptyaline, des débris épithéliaux variés, de la globuline, des débris cellulaires, des leucocytes, de la leucine, mucine, pepsine, une peroxydase, du nitrate d'ammonium, de l'acide carbonique, de l'oxygène, de l'azote, de l'urée, une folliculine, des hormones sexuelles du lobe antérieur de l'hypophyse : comme on le voit, bien peu de composants de l'organisme qui ne soient représentés dans la salive.

Mais il y a plus : dans la salive on a rencontré, et avec une grande rapidité, beaucoup de substances

(1) Au docteur Nicita revient l'exposé du travail et le déroulement, ainsi que le contrôle des recherches. Au docteur Curzi le travail patient de l'exécution des recherches et l'étude clinique et radiologique des malades. — L. RICCITELLI.

(2) Faust ZAMBRINI. Le thermomètre de la résistance vitale. Chez Maloine, éditeur.

introduites dans un but thérapeutique par voie parentérale : iode, arsenic ; et dans les cas de saturnisme, le plomb. Roux et Nocard ont trouvé virulente la salive d'individus atteints de rage. Fels a trouvé des hormones ovariennes dans la salive des femmes enceintes, et dans certains cas de forte hyperglycémie on a même rencontré le glucose, bien que cette dernière constatation ait été combattue par beaucoup.

Tout ceci confirme le concept de Zambrini qui, s'il n'est pas pleinement démontré, est certainement consolidé par toutes ces recherches.

***

A la Ptyalo-Réaction de Zambrini on a fait des objections, à savoir que tous les processus de défense ne sont pas reflétés dans les humeurs, et que, en second lieu, certains dénient qu'ils soient représentés dans la salive.

A ces objections d'ordre purement théorique, on peut opposer les expérimentations qui sont plus que probantes, étant donné que Zambrini s'appuie sur plus de 200.000 épreuves, dans lesquelles sa réaction a toujours été exacte, quelles que fussent les suppositions et les conceptions théoriques.

L'importance que Zambrini donne à sa réaction est très grande, car il affirme qu'elle trouve son application, en dehors du champ clinique, dans lequel elle apporte des renseignements utiles pour le pronostic, dans le domaine de la prophylaxie, comme étant capable de mettre en évidence des états pathologiques héréditaires aptes à constituer des terrains propices au développement des maladies.

D'une étude de Grenet et Isaac Georges (1) il résulterait cependant que les applications de la Ptyalo-Réaction seraient plus limitées, en ce sens qu'elle pourrait fournir seulement des renseignements utiles touchant l'état actuel du malade.

Par contre, Castillon soutient les avantages qui découleraient de l'adoption de la réaction comme test au moment de l'incorporation des soldats. (Nous citons simplement ces discussions sans porter un jugement, car elles n'ont rien à voir avec l'objet de nos recherches.)

L'explication que Zambrini donne de sa réaction est des plus séduisantes : il affirme que pour l'organisme l'état de souffrance est toujours caractérisé par une rupture de l'équilibre acido-basique des humeurs, et que ledit équilibre est parfaitement mis en évidence par sa réaction.

Ceci admis, la conséquence logique est que même dans les formes à évolution chronique, comme le sont généralement les lésions pulmonaires, le médecin pourra tirer profit de la Réaction Zambrini, parce que c'est précisément dans ces cas que les moyens cliniques d'investigation ont besoin de l'appui des épreuves de laboratoire pour compléter l'opinion sur l'évolution de la maladie.

(1) H. Grenet et P. Isaac-Georges. La réaction de Zambrini dans la pratique pédiatrique. *Gaz. Hôp.*, 1935, n° 3, p. 37.

Technique de la réaction

La technique de la réaction est très simple et c'est là encore un de ces caractères précieux, car elle peut être pratiquée au lit même du patient.

Technique. — On prélève, dans un tube en verre neutre, environ 1 cc. de salive, après avoir fait rincer la bouche du sujet trois ou quatre fois avec de l'eau distillée ; à la salive on ajoute 15 à 20 gouttes du réactif et on agite plusieurs fois.

Le réactif consiste en une solution dans l'alcool à 95° des produits suivants : Dioxyanthraquinone 7 gr., Trioxyanthraquinone 1 gr., Rubia tinctorum 1 gr. 30, Carmin de Cochenille 1 gr., alcool à 95° 1.000 gr.

La lecture et l'interprétation sont également simples et rapides. Zambrini a établi une échelle colorimétrique de 16 couleurs allant du jaune pâle au violet foncé, et plus les couleurs se rapprochent du violet, plus la résistance du sujet doit être considérée comme forte.

Si la réaction présente un aspect trouble, il faut attendre qu'elle dépose, et tenir compte que la présence du sédiment tendrait à indiquer une altération humorale due à des faits héréditaires ou à des infections antérieures (nous nous occuperons plus tard de cette question).

Parfois, à la limite supérieure du liquide, se forme un anneau (ceci demande une certaine expérience), anneau qu'il faudrait interpréter comme le signe d'une maladie organique.

Les renseignements que la Réaction Zambrini peut fournir au praticien seraient nombreux et pleins d'intérêt, selon l'auteur, puisqu'elle serait capable d'éclairer le côté anamnèse, en ce sens que la présence du sédiment, comme nous l'avons dit plus haut, renseigne sur la gravité des maladies antérieures et sur l'affaiblissement qui en est résulté ; de même la coloration plus ou moins voisine d'une extrémité ou l'autre de l'échelle, nous informe sur le mode et l'intensité avec lesquels l'organisme se défend contre la maladie actuelle.

La poursuite systématique des réactions, au cours des maladies, est très importante, car de cette façon on peut parfois déceler une complication que la clinique n'a pas encore mise en évidence.

Exposé de nos recherches

Nos recherches, nous le répétons, ont eu pour objet un champ beaucoup plus réduit, mais qui peut devenir important pour le phtisiologue : celui d'établir un parallèle entre les variations de la Ptyalo-Réaction, et les conditions actuelles du malade, en choisissant des malades, chez qui par d'autres moyens et surtout par l'examen clinique et radiologique, on pouvait avoir une idée précise de leur état de résistance et par là sur le pronostic de leur affection, de manière à nous rendre compte de la valeur réelle de la Ptyalo-Réaction.

Une fois confirmée la valeur de celle-ci, il est, selon nous, évident, qu'il faudra lui attribuer l'impor-

tance qu'elle mérite, c'est-à-dire ni la surévaluer par avance, ni non plus la sous-évaluer, sachant qu'aucune des autres réactions biologiques connues n'est capable de nous renseigner entièrement sur la résistance d'un organisme, ni de se substituer complètement à l'investigation clinique.

Nous avons pris pour cela comme étude 120 malades, nous les avons suivis pendant longtemps avec la réaction, ainsi que par l'examen clinique et radiologique, et nous avons confronté les résultats obtenus par l'un ou l'autre de ces moyens d'étude.

***

En passant en revue les 120 observations recueillies, nous notons clairement le parallélisme entre l'activité des lésions pulmonaires, la gravité de l'état général, et les valeurs de la Ptyalo-Réaction. Les valeurs les plus basses ont toujours été obtenues chez les sujets les plus graves et chez ceux en voie d'aggravation par chute rapide des conditions générales ou par extension ou par recrudescence du processus T.B.C.

Dans certaines observations, nous avons pu noter une modalité particulière et intéressante de la réaction.

Ayant vu baisser la valeur de celle-ci, sans que les signes objectifs ne pussent encore nous révéler des changements cliniques évidents, nous avons pu voir par la suite à un ou deux jours de distance se déclarer une augmentation de température, signe d'une poussée évolutive devenue ensuite manifeste ou d'une complication.

Parmi les cas dans lesquels nous avons eu à observer cette façon d'être de la Ptyalo-Réaction qui précédait l'apparition des phénomènes objectifs, nous signalerons le cas d'un malade atteint de T.B.C. pulmonaire, à type d'infiltration au début, chez lequel on pratiquait depuis quelque temps un pneumothorax dont l'action efficace se caractérisait par une amélioration aussi bien de l'état général que de l'état pulmonaire.

Les valeurs de la Réaction étaient hautes, mais à un certain moment elles présentèrent une chute brusque vers les plus basses. Le seul fait qui pouvait expliquer cela, mais partiellement, était un léger état d'inappétence qui débutait ainsi qu'une légère asthénie. Bien vite les signes cliniques révélèrent une complication du pneumothorax insoupçonnée jusqu'alors parce qu'évoluant presque sans douleur : une pleurésie exsudative.

D'autres cas se sont comportés de même façon, comme par exemple une ptyalo-réaction à valeur basse précédant une hémoptysie qui indiquait le début du ramollissement d'un petit foyer exsudatif. Sans prolonger ce commentaire, nous désirons affirmer que nos recherches démontrent comment, en réalité, l'alarme d'une aggravation peut être donnée par la Ptyalo-Réaction qui, d'ailleurs, comme nous l'avons vu, peut être, par l'élévation de sa valeur, le premier signal d'une amélioration nette, que les symptômes objectifs n'auraient pas permis de prévoir encore.

Conclusions

Comme conclusion, nous pouvons affirmer ce qui suit :

1° On peut discuter encore sur le mécanisme de la Ptyalo-Réaction, mais on ne peut plus nier sa valeur pratique.

2° Les valeurs de la réaction sont en fait nettement adéquates à l'état actuel du malade, et parfois présentent des variations qui donnent l'éveil, avant même de pouvoir noter des changements cliniques objectifs.

3° Ceci donné, je crois que la Ptyalo-Réaction chez les tuberculeux est une épreuve sérieuse à joindre aux autres méthodes pour compléter l'étude du malade.

Ces expériences ont été poursuivies sur les malades du Sanatorium (Pavillon du 18-Novembre) annexé à la Polyclinique, et sur ceux du Sanatorium d'Ascoli Piceno. Nous remercions son Directeur pour sa courtoisie.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences cliniques de médecine infantile, par H. GRENET. 5e série. Paris, 1937, Vigot frères, édit., in-8° de **315 pages.**

Dans cette nouvelle série, l'auteur étudie d'abord les *paralysies obstétricales*, dont la pathogénie est encore si discutée ; les *convulsions*, si fréquentes et dont le diagnostic étiologique soulève parfois des difficultés insurmontables ; *l'hémiplégie cérébrale infantile*, aux aspects infiniment plus divers qu'on ne le croit parfois. Il passe ensuite aux *ictères des nouveau-nés :* ictère physiologique, attribuable et à l'hémolyse et à l'insuffisance hépatique ; ictères pathologiques, qu'ils soient infectieux ou que l'on ait affaire à l'ictère grave congénital et familial, bien étudié par Péhu. Deux observations personnelles lui permettent de tracer complètement l'histoire de l'*ictère hémolytique chez l'enfant*, congénital, acholurique, accompagné de splénomégalie, de réticulocytose et de diminution de la résistance globulaire. Les *syndromes splénomégaliques et hémorragiques* sont aigus ou chroniques : à ceux-là appartient l'agranulocytose, à ceux-ci, le syndrome de Banti, qu'il convient peut-être de dissocier, et, sûrement, de séparer d'affections voisines, telles les splénomégalies thrombophlébitiques. La *cirrhose cardio-tuberculeuse* d'Hutinel, qui, parfois, bénéficie du traitement chirurgical ; la *syphilis congénitale virulente du nourrisson*, d'une si grande importance clinique, ainsi que ses *manifestations hépatospléniques ;* l'hépatomégalie spécifique se compliquant fatalement de splénomégalie, et son *diagnostic* font l'objet des leçons suivantes. Viennent, ensuite, des articles sur l'*hypertension artérielle*, sur l'*érythème noueux*, sur l'*obésité*. Une conférence, d'une grande élévation morale, sur les *rapports des médecins et des malades* commence ce volume, qui se termine par quelques remarques médicales et, plus encore, psychologiques sur la *puberté*, et où l'on retrouve toutes les qualités de l'auteur : élégance du style, vaste érudition, sens de la clinique et, surtout, cette noblesse de la pensée indispensable à tout médecin digne de ce nom.

L. BABONNEIX.

DE L'OPOTHÉRAPIE A LA CHIMIOTHÉRAPIE

Rôle de certains nucléosides comme régulateurs de l'appareil circulatoire : L'ADÉNOSINE

Par M. G. POUCHET,
professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris

Les tentatives effectuées au cours de ces dernières années pour établir la constitution chimique des vitamines et des hormones ont donné des résultats intéressants et fort encourageants.

La découverte de ces hormones et vitamines, et surtout l'étude de leurs propriétés et de leurs applications pharmacodynamiques ont conduit les chercheurs à essayer d'extraire leurs principes actifs et d'en faciliter l'emploi par des composés chimiquement bien définis.

C'est ainsi que l'on a passé de l'opothérapie à la chimiothérapie qui accapare actuellement l'attention.

On s'aperçut, en poursuivant les recherches, que les produits de désintégration, à différentes phases de leur évolution, étaient susceptibles d'exercer une action que l'on pourrait utiliser au point de vue de la thérapeutique.

C'est en recherchant les produits actifs des extraits musculaires que Schwartzmann (d'Odessa), que Druri et Szent-Geroggi ont mis en évidence le rôle d'une hormone existant dans le muscle cardiaque capable d'influencer le fonctionnement, et par suite la circulation. Ces recherches furent le point de départ d'essais qui ont abouti à l'obtention d'un composé qui, au point de vue de ses applications thérapeutiques, serait capable de se substituer avantageusement aux médications jusqu'ici employées pour lutter contre l'hypertension.

Une substance paraît particulièrement intéressante parmi les nombreux extraits tissulaires, c'est l'adénosine.

Schwartzmann, Druri et Szent-Geroggi ont publié dans le *Journal of physiologie* 1929 une étude sur l'activité physiologique des composés de l'adénosine.

L'acide adénylique est un produit de l'hydrolyse incomplète de certains acides nucléiques ; il s'en produit normalement une petite quantité dans les tissus par ce mécanisme. Ces expérimentateurs ont fait ressortir l'analogie d'action de l'adénosine et de ses composés avec l'excitation du vague. On observe :

1° Diminution de la fréquence des contractions ;

2° Diminution d'amplitude de la contraction auriculaire ;

3° Pas d'action immédiate par la contraction ventriculaire chez les mammifères ;

4° Une dilatation importante des vaisseaux coronaires.

L'action de l'adénosine n'est pas influencée par l'atropine.

L'action sur le cœur de ces deux substances : adénosine et acide adénylique, diffère par certains côtés. Toutes deux agissent en ralentissant le rythme.

C'est sur les vaisseaux coronaires que l'influence de l'adénosine et de ses dérivés est la plus remarquable. Sur le cœur isolé de lapin, l'adénosine exerce une influence vasodilatatrice environ vingt fois plus accentuée que celle du nitrite de sodium. L'augmentation du débit des coronaires peut aller jusqu'à doubler.

L'acide adénylique exerce une influence plus faible, mais elle est plus durable.

On pourrait penser que le groupement aminé de l'adénosine se détruit plus rapidement dans l'économie que celui de l'acide adénylique pour ce fait, mais cela ne présente pas une très grande importance, puisque ces deux composés peuvent être administrés sans inconvénients d'une manière continue, ne montrant aucune toxicité.

L'action de ces composés s'exerce aussi bien, soit qu'on les administre par voie buccale ou par voie intraveineuse.

La voie par injection demeure le mode d'administration de choix pour les traitements d'urgence, alors que la voie buccale est celui des traitements d'entretien qui doivent être poursuivis pendant des mois, et même des années.

En résumé, les nucléosides constituent des produits de synthèse formés au cours de la vie des cellules, lors des métamorphoses subies par les matières albuminoïdes et résultant de la combinaison de plusieurs bases puriques (purine, adénine, guanine, hypoxanthine, cytosine, uracile, pyrimidine, etc..), avec des hydrates de carbone, principalement du groupe des pentoses.

Ces nucléosides sont susceptibles de se combiner avec une, deux ou trois molécules d'acide phosphorique pour former des éthers mono, di ou tri phosphoriques constituants des acides nucléiques. A leur tour, ces acides nucléiques sont hydrolysés et, parmi leurs produits de désintégration, l'adénosine et l'acide adénylique jouent bien certainement un rôle important dans la régularisation et le fonctionnement du myocarde. Leur emploi à titre thérapeutique est donc parfaitement justifié, en réalisant l'apport de certaines substances qui, pour des raisons encore inconnues, ne se forment plus ou se forment en quantité insuffisante au cours des processus vitaux.

Au point de vue des applications thérapeutiques, l'observation et l'expérimentation ont démontré que l'acide adénylique, et surtout l'adénosine constituent des vaso-dilatateurs efficaces, dont l'usage semble pouvoir être indéfiniment prolongé sans inconvénients sensibles ; ils soulagent le travail hydraulique du cœur, et, tout en l'accroissant, régularisent le tonus vago-sympathique réglant les contractions cardiaques. Cette influence régulatrice est ce qui caractérise l'influence pharmacodynamique de l'adénosine. Ne s'accumulant pas dans l'organisme, ils s'éliminent ou s'hydrolysent rapidement ; leur rôle est essentiellement passager, mais la propriété de ne présenter aucune toxicité permet de prolonger presque indéfiniment leur usage sans inconvénient.

Grâce à des cures combinées avec l'administration permanente d'adénosine et à l'aide de petites doses espacées de digitaline, on a observé que le myocarde se trouvait soutenu et soulagé. L'effort demandé se trouve moindre et plus régulier. La période de compensation pourra se prolonger presque indéfiniment et le malade pourra mener une vie normale ou presque, à condition de ne pas se livrer cependant à des exercices violents.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les hépatonéphrites, par le docteur Maurice DÉROT et Mme Renée DÉROT-PICQUET, avec une préface du docteur Pasteur Vallery-Radot. Un vol. grand in-8 de 100 pages. Prix : 25 francs, à Paris, chez J.-B. Baillière et fils, 1937.

Les paradiabètes sucrés, étude clinique et pathogénique, par le docteur P.-J. GINESTE (thèse). Un vol. de 158 pages, de l'imprimerie Georges Frère, à Tourcoing.

Quelques formes cliniques de lithiase urinaire, par Madeleine-H. PAILLARD. Un vol. grand in-8 de 75 pages avec 45 figures originales. Prix : 25 fr., chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1937.

Anatomie et physiologie bucco-dentaire, par E. BOURDELLE, Ch. BENNEJEANT et WICART. Un vol. de 614 pages avec 266 fig. Prix : 45 fr., chez J.-B. Baillière et Fils, 1937.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 MARS 1938)

Sur l'état du glycogène dans le foie. — MM. Eugène AUBEL, WASTROLAW, S. REICH et F.Michel LANG.

Sur les vitamines A_1 et A_2. — MM. Edgard LEDERER et Franz H. RATHMANN.

Globulines et réagines des sérums syphilitiques. — MM. Henri BIERRY, Marcel ANDRAC et Bernard GOUZON.

La propriété anticorps de l'hémolysine est exercée par une substance isolable du sérum hémolytique. — M. Maurice DOLADILHE.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1937)

Subluxation atloïdo-axoïdienne par arthrite post-angineuse. Réduction. — M. LANGE présente une enfant de 12 ans atteinte d'angine aiguë suivie pendant deux mois de fièvre et de manifestations articulaires multiples. On décèle à ce moment une subluxation considérable en avant de l'atlas sur l'axis sans contracture, ni empâtement, ni adénopathie. La cuti-réaction est négative. La réduction est obtenue après 15 jours de traction sur un lit plâtré ; elle se maintient depuis deux mois.

Paludisme d'inoculation chez un nourrisson de 7 mois après injections de sang paternel. — MM. LESNÉ, CAYLA et LICHTENBERGER ont pratiqué chez un nourrisson de sept mois, au cours d'une broncho-pneumonie, des injections de sang paternel quotidiennes pendant une semaine. L'enfant guérit, mais deux mois plus tard apparaissent des accès fébriles de type quarte avec splénomégalie arrêtés aussitôt par le traitement quinique. L'hématozoaire a de même été trouvé dans le sang. Il est curieux de noter que le père de l'enfant, qui avait donné son sang, n'a jamais présenté d'accès palustres et que l'on n'a jamais constaté dans son sang aucun hématozoaire.

Tumeur à bille de la région cervicale postérieure. — MM. CLÉMENT et FÈVRE présentent une fillette de 8 ans, chez laquelle s'était développée, quelques semaines après la naissance, une tumeur allongée située dans la région cervicale postérieure.

Cette tumeur s'entoura secondairement d'une couronne de petites formations satellites analogues. A la coupe, chacun de ces éléments est formé par un noyau central calcifié entouré d'une coque conjonctive. La calcémie est normale. Les suites opératoires ont été des plus simples.

Surélévation congénitale de l'omoplate. — M. HUC présente un enfant qu'il a opéré il y a quelques années, de surélévation congénitale de l'omoplate, avec un résultat très satisfaisant. L'intérêt de ce cas réside dans les malformations des organes de voisinage, réalisant une véritable aplasie régionale frappant à la fois le grand pectoral, la glande mammaire, le système pileux et les glandes sébacées de l'aisselle. Enfin, il existe une asymétrie thoracique, avec défaut de développement du côté où manque le grand pectoral.

Un nouveau cas de primo-infection cutanée tuberculeuse. — MM. ARMAND-DELILLE et WOLINETZ rapportent l'observation d'un enfant porteur d'une petite ulcération torpide de la joue, avec adénopathie cervicale similaire. La notion de contagion par la mère atteinte de tuberculose, la présence de nombreux bacilles de Koch dans le pus ganglionnaire, l'intégrité enfin du parenchyme pulmonaire permettent de rattacher cette lésion au cadre des primo-inoculations sur lesquelles a insisté dans une précédente séance M. Cibils Aguirre.

Lymphoblastose aleucémique. — MM. ARMAND-DELILLE, PAILLAS et HACKER rapportent l'observation d'une enfant de 7 ans atteinte depuis le mois de septembre d'une hypertrophie ganglionnaire d'abord localisée aux ganglions cervicaux, puis généralisée. En même temps, l'état général est médiocre et la fièvre oscille autour de 39°. La formule sanguine montra une anémie marquée et une modification de la formule blanche presque exclusivement composée de lymphoblastes. Les auteurs concluent à l'existence d'une lymphoblastose aleucémique, dont l'évolution paraît devoir être fatale à bref délai.

Sur un cas de diarrhée fonctionnelle cachectisante. Traitement par les extraits hépatiques. — MM. HUBER, LIÈVRE et DUPERRAT rapportent l'observation d'une fillette de 10 ans chez qui s'était installée sans cause apparente une diarrhée chronique intense ayant abouti dans un délai de quelques mois à une cachexie extrême. La guérison fut obtenue au cours d'une série d'injections sous-cutanées d'extraits hépatiques concentrés, après échec de nombreuses thérapeutiques. L'origine de cette diarrhée n'a pu être déterminée avec précision ; il semble qu'elle s'apparente avec la sprue et avec le syndrome cœliaque, et qu'il faille faire également intervenir un facteur psycho-névrosique.

Les vœux adoptés au 24e congrès d'hygiène. — M. LESNÉ commente les différents vœux ayant trait à l'hygiène infantile adoptés au cours du récent Congrès.

Tuberculose du palais dur. — M. LANGLOIS (de Québec).

Deux observations d'hypertrophie congénitale du col de la vessie. — MM. LIEGE et MANOIR rapportent deux observations de cette maladie, survenues toutes deux chez des garçons. L'attention fut attirée dans les deux cas par l'existence d'incontinence d'urine avec globe vésical. Le diagnostic fut confirmé dans les deux cas par la cystographie. Un de ces enfants ne tarda pas à succomber malgré une cystostomie, du fait d'une néphrite azotémique consécutive à la pyonéphrose. Dans le second cas, la cystostomie, au contraire, amena une grande amélioration, permettant d'envisager une opération plus complète susceptible d'aboutir à la guérison.

Quelques remarques sur les sourds-muets. — M. Raoul LABBÉ a étudié complètement l'observation des 263 élèves de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, et arrive aux conclusions suivantes. La surdité est congénitale dans 57 p. 100 des cas, en considérant uniquement comme sourds-muets congénitaux les enfants qui n'ont jamais entendu. (On sait en effet qu'un enfant qui devient sourd avant l'âge de 6 ans désapprend à parler.) Dans 5 p. 100 des cas on trouve plusieurs cas de surdi-mutité dans une même famille. L'origine de cette infirmité est encore très imprécise ; la consanguinité des générateurs a été observée dans 19 p. 100 des cas, mais il paraît par contre que l'hérédo-syphilis soit exceptionnelle. L'auteur rappelle enfin que la dernière statistique officielle (1926) a recensé en France 18.801 sourds-muets, leur nombre allant en décroissant régulièrement depuis 1851, fait dû sans doute à de meilleurs soins préventifs du côté des oreilles.

A propos de vingt cas d'incontinence des matières chez l'enfant. — M. HEUYER et Mme ROUDINESCO rapportent 20 observations d'incontinence des matières présentant tous les types cliniques déjà décrits jusqu'à ce jour. Ils n'ont jamais observé cependant de mégacôlon associé. Ils insistent sur la rareté de l'origine hérédo-syphilitique et sur la moins grande fréquence de l'incontinence des matières par rapport à l'incontinence d'urines.

DOCUMENTS OFFICIELS

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Le *Journal officiel* du 16 mars 1938 publie l'arrêté suivant :

Art. 1er. — L'article 1er de l'arrêté du 31 juillet 1934 est modifié ainsi qu'il suit :

« L'agrégation des facultés de médecine se subdivise en sections, savoir : 1° Anatomie et organogenèse ; 2° Histologie et embryologie. »

. . . .

(Le reste sans changement.)

Art. 2. — L'article 1er est, en outre, complété ainsi qu'il suit :

« La section 8 : médecine générale, comporte les options suivantes : *a*) Médecine générale ; *b*) Anatomie pathologique ; *c*) Bactériologie ; *d*) Médecine légale.

« La section 9 : chirurgie médicale, comporte les options suivantes : *a*) Chirurgie générale ; *b*) Urologie. »

Art. 3. — L'article 3 est complété ainsi qu'il suit :

« L'arrêté indique, par faculté, la nature (section et, s'il y a lieu, option) des places mises au concours. »

Art. 4. — Le deuxième alinéa de l'article 5 est modifié et complété ainsi qu'il suit :

« En s'inscrivant, chaque candidat désigne la section et, s'il y a lieu, l'option pour laquelle il concourt. Dans les sections pour lesquelles il est établi une liste d'admission par faculté, il indique également la faculté ou les facultés pour lesquelles il se présente.

« Nul ne peut s'inscrire que pour une seule section et pour une seule option. »

Art. 5. — L'article 12 de l'arrêté du 31 juillet 1934 et l'article 46 de l'arrêté du 9 septembre 1935 sont complétés ainsi qu'il suit :

« Toutefois, dans les sections 8 : médecine générale, et 9 : chirurgie générale, les candidats subissent deux épreuves pratiques ou cliniques. L'une d'elles porte obligatoirement sur l'option choisie par le candidat. »

Art. 6. — L'article 25 de l'arrêté du 31 juillet 1934 est abrogé.

Art. 7. — L'article 26 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les noms ainsi présentés par les différentes facultés sont classés pour chaque jury en ordre alphabétique. Dans chaque liste, chaque nom reçoit un numéro d'ordre. »

Art. 8. — L'article 29 est modifié ainsi qu'il suit :

« Le tirage au sort pour chaque jury s'effectue de la manière suivante :

« Des boules numérotées et en nombre égal au nombre des professeurs inscrits sont mises dans une urne. Ces boules une fois mêlées, le président les tire de l'urne, une à une et jusqu'à la dernière, en appelant à haute voix le numéro sorti, puis le nom du professeur correspondant à ce numéro.

« Les résultats du tirage au sort sont publiés au *Journal officiel.* »

Art. 9. — Le deuxième alinéa de l'article 32 est modifié ainsi qu'il suit :

« Dans ce cas, le jury se complète à sa première séance, en suivant l'ordre établi par le tirage au sort et en se conformant aux prescriptions de l'article 37 fixant la composition des jurys. »

Art. 10. — L'article 35 est complété ainsi qu'il suit :

« Par huit membres pour les jurys de douze juges, par dix membres pour les jurys de quatorze juges, par onze membres pour les jurys de quinze juges et plus. »

Art. 11. — L'article 37 est modifié et complété ainsi qu'il suit :

« *f*) Médecine générale : treize membres (pouvant être porté à quatorze, quinze ou seize membres).

« Paris : deux professeurs de clinique générale.

« Deux professeurs de cliniques spéciales appartenant à des spécialités différentes.

« Deux professeurs appartenant à des spécialités différentes et choisis parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie expérimentale et comparée, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, d'hygiène, d'anatomie pathologique, de bactériologie, de médecine légale.

« Départements : trois professeurs de clinique générale ou de pathologie interne.

« Deux professeurs de cliniques spéciales appartenant à des spécialités différentes.

« Deux professeurs appartenant à des spécialités différentes et choisis parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie expérimentale et comparée, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, d'hygiène, d'anatomie pathologique, de bactériologie, de médecine légale.

« Quand il y a un ou plusieurs candidats inscrits pour l'une des options, anatomie pathologique, bactériologie, médecine légale et que cette option n'est pas représentée dans le jury constitué conformément aux indications ci-dessus, il est adjoint au jury un juge titulaire supplémentaire appartenant à cette spécialité et choisi dans les mêmes conditions que les autres juges titulaires.

« Dans ce cas, la répartition des membres du jury est fixée ainsi qu'il suit :

« Quatorze membres : six professeurs de Paris, huit professeurs des départements ;

« Quinze membres : sept professeurs de Paris, huit professeurs des départements ;

« Seize membres : sept professeurs de Paris, neuf professeurs des départements.

« *g*) Chirurgie générale : onze membres (pouvant être porté à douze membres).

« Paris : cinq professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales, de pathologie chirurgicale.

« Départements : six professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales, de pathologie chirurgicale ou de médecine opératoire.

« Quand il y a un ou plusieurs candidats inscrits pour l'option urologie et que cette option n'est pas représentée dans le jury constitué conformément aux indications ci-dessus, il est adjoint au jury un juge titulaire supplémentaire appartenant à cette spécialité et choisi dans les mêmes conditions que les autres juges titulaires parmi les professeurs des départements. »

Art. 12. — Le présent arrêté entrera en vigueur dès le prochain concours d'agrégation de médecine. Toutes dispositions antérieures contraires sont abrogées.

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA THÉOPHYLLINE-ÉTHYLÈNE-DIAMINE (AMINOPHYLLINE) NOUVELLE MÉDICATION HÉPATO-CARDIO-RÉNALE

par M. Henri MOREL (1)

L'étude de la théophylline et de ses dérivés, en particulier de la théophylline-éthylène-diamine ou aminophylline, est actuellement à l'ordre du jour. Morel vient de lui consacrer une thèse intéressante.

Il rappelle d'abord les remarquables recherches expérimentales de Laubry et de son école, recherches anatomo-physiologiques et électro-cardiographiques, qui ont montré, sans conteste possible, l'action vaso-dilatatrice puissante de l'aminophylline sur la circulation coronarienne.

Après ce rappel expérimental, l'auteur étudie l'action de la théophylline-éthylène-diamine en clinique ; les conclusions de cette étude méritent de retenir l'attention : il en résulte que la théophylline-éthylène-diamine est un médicament précieux par son action cardio-rénale énergique, s'accompagnant d'une tolérance et d'une innocuité parfaites.

Par son action vaso-dilatatrice coronarienne, elle est l'agent thérapeutique le plus efficace des syndromes angineux : elle espace, diminue et, très souvent, fait disparaître les crises.

Par sa triple action cardio-réno-hépatique, elle est un diurétique remarquable, qui trouve ses indications :

Au cours des œdèmes de l'insuffisance cardiaque ;

Au cours des anasarques des néphrites ;

Au cours des ascites cirrhotiques.

Enfin, cette action sur la diurèse doit la faire associer aux traitements étiologiques ou symptomatologiques des maladies infectieuses à tendances oliguriques (grippe, pneumonie, tétanos, typhoïde, diphtérie).

Des observations cliniques démonstratives confirment ces conclusions et montrent l'efficacité de Caréna, la première aminophylline française, que l'auteur a utilisée pour ses travaux.

(1) *Thèse de Toulouse*, 1938.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

L'éclampsie est essentiellement et uniquement une maladie de la puerpéralité, représentant une des manifestations les plus graves de « l'auto-intoxication gravidique ».

Elle se caractérise cliniquement par des accès convulsifs épileptiformes se déroulant dans un ordre immuable et suivis généralement d'un état comateux.

On ne saurait trop insister sur l'importance capitale du traitement préventif bien conduit qui, appliqué dès l'apparition de troubles annonciateurs, tels qu'albuminurie, hypertension, permet le plus souvent d'éviter cet accident cataclysmique.

ETIOLOGIE

1° Date d'apparition. Bien qu'elle puisse éclater à tous les stades de l'état puerpéral, elle se voit :

— Le plus souvent (3/4 des cas) dans les 3 derniers mois de la grossesse, d'autant plus aisément que la femme est plus près du terme.

— Plus rarement (1/5) au cours du travail.

— Exceptionnellement, dans les suites de couches.

2° Causes prédisposantes :

— La primiparité dans 80 p. 100 des cas.

— Les grossesses multiples (gémellaires).

— Les gestations pathologiques (môle hydatiforme, hydramnios).

3° Causes occasionnelles. Incontestablement peuvent jouer les influences du froid, d'un écart de régime, d'une infection quelconque.

4° Quant aux causes déterminantes, elles ne sont que pures hypothèses (quelques mots de pathogénie).

La multiplicité des théories pathogéniques montre bien leur insuffisance respective.

Tour à tour on a invoqué à l'origine des accidents :

— Une insuffisance rénale,

— Une hépato-toxémie,

— Un trouble des glandes endocrines (insuffisance thyro-parathyroïdienne, — hyperfonctionnement surrénalo-hypophysaire, serait à l'origine de l'hypertension et du spasme vaso-constricteur),

— Une toxémie à point de départ ovulo-placentaire avec choc colloïdo-clasique (Lévy-Solal).

Quoi qu'il en soit, la nature même du facteur causal toxique reste à élucider.

Mais un fait reste indubitablement, c'est la coexistence quasi constante des accidents avec albuminurie, hypertension.

C'est dire qu'actuellement, du fait de la surveillance systématique de toute femme enceinte, l'éclampsie a bien diminué de fréquence (1 à 2 cas sur 1.000 gestations).

CLINIQUE

Néanmoins, nous décrirons une forme typique d'*éclampsie de la fin de la grossesse.*

Début. — 1. Rarement brutal : ictus éclamptique.

2. En règle, progressif, précédé d'une phase prémonitoire d'éclampsisme (Bar) capitale à dépister.

S. F. — *a*) Pendant quelques jours, la femme se plaint de :

— Céphalée, signe essentiel devant toujours attirer l'attention, tenace, gravative, à siège sus-orbitaire, à caractère constrictif, à recrudescence matinale.

— Troubles digestifs.

— Névralgies faciales, lombaires.

— Somnolence diurne. Insomnie nocturne. Asthénie.

b) Puis l'imminence de l'accès s'annonce par l'apparition de :

— Signes digestifs : vomissements, barre épigastrique de Chaussier.

— Troubles sensoriels : vertiges, bourdonnements ; plus sérieux encore sont les signes *oculaires*, tantôt transitoires : mouches volantes, éblouissements, brouillards devant les yeux ; tantôt permanents et très graves : diplopie, amblyopie, amaurose subite ou rapidement progressive.

— Troubles respiratoires : dyspnée sine materia continue ou paroxystique.

— Parfois troubles nerveux, paralysies ou parésies passagères, torpeur, troubles de l'idéation.

L'examen, immédiatement orienté, va révéler trois signes capitaux :

— Dans les urines raréfiées, une *albuminurie massive* (plusieurs grammes), rarement des traces. Il faut savoir qu'elle est parfois le seul symptôme, mais qu'elle peut aussi manquer quelquefois.

— Quant à l'*hypertension*, elle est constante, brusque, violente, paroxystique, portant sur la maxima qui monte à 20-25, avec parfois retentissement cardiaque : angor, bruit de galop, tachycardie.

— Des *œdèmes* légers ou manifestes : palpébral (figure bouffie), malléolaire, sus-pubien, prenant le godet.

La constatation de quelques-uns de ces troubles impose immédiatement une thérapeutique sévère qui, instituée à temps, sera le plus souvent efficace, permettant d'éviter l'Accès éclamptique.

Etat. — Une fois déclenché, il se déroule immuablement en quatre périodes :

— Invasion,

— Convulsions toniques,

— Convulsions cloniques,

— Coma.

1. Période d'invasion.

En règle, sans aura.

La femme pâlit brusquement.

Des contractions fibrillaires discrètes, menues, mais très rapides, se manifestent :

— A la face surtout : les paupières s'ouvrent et se ferment alternativement, les globes oculaires se révulsent, la bouche grimace, la langue est projetée au dehors.

— Au cou : un sterno se contracte, fléchit et tourne la tête de son côté.

— Au niveau des membres supérieurs seulement, les inférieurs étant respectés.

Durée : 10 secondes.

2. Phase tonique.

C'est une contracture généralisée en extension, véritable tétanisation :

— La face se fige, les mâchoires se ferment brusquement sur la langue qui, non protégée, est mordue profondément.

— Le rachis s'incurve en arrière.

— Les membres supérieurs raidis, les avant-bras en demi-extension et pronation forcée, les pouces fléchis incurvés dans la paume de la main.

Les membres inférieurs en extension.

— Mais surtout les muscles respiratoires participent à cette contracture, le diaphragme s'immobilise en apnée et une cyanose intense s'installe.

Si cette période de 10 à 30 secondes se prolonge, la mort peut survenir par syncope ou asphyxie.

(A suivre.) PASCAL VILLANOVA.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 25. — SAMEDI 26 MARS 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place d'*oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris* s'ouvrira le 1er juin 1938, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (salle des Commissions). Cette séance sera consacrée à la composition écrite. Inscriptions du 27 avril au 11 mai, de 14 à 17 heures, au bureau du Service de santé de l'Administration (Samedis, dimanches et fêtes exceptés.)

— *Internat, concours spécial pour Brévannes, Garches, Chardon-Lagache, Ste-Périne, Hendaye.* — *Questions sorties :* Artère carotide externe avec la simple énumération des branches. — Calcul du cholédoque.

Questions restées dans l'urne : Complications intestinales de la fièvre typhoïde. — Canal cholédoque. — Signes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale. — Ligaments de l'articulation du genou.

Séance du mardi 22 mars (lecture des copies). — MM. Dreyfus, 12 ; Mlle Arditti, 27 ; MM. Tola, 19 ; Delair, 22 ; Comte, 20 ; Saltet de Sablet, 23 ; Houssin, 20 ; Rozenblum, 12.

Assistance médicale à domicile. — Un concours pour la nomination à dix places de médecin de l'assistance médicale à domicile, s'ouvrira le 25 mai 1938.

Inscription à l'administration centrale (bureau du Service de santé), 3, avenue Victoria, de 15 à 17 heures, du 20 avril au 4 mai inclus (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Hospice Paul-Brousse (à Villejuif) et Institut du cancer. — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'Hospice Paul-Brousse, à l'Institut du Cancer, à la Maison de retraite de Villejuif, et éventuellement la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira le 12 mai 1938.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat, âgés de moins de 27 ans. Limite d'âge prorogée de la durée du service militaire. Les étrangers seront admis à concourir en surnombre.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes : 1° expédition de l'acte de naissance ; 2° photographie d'identité ; 3° certificat de revaccination ; 4° certificat du Directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique, attestant que l'intéressé est externe des hôpitaux, ou certificats de dix inscriptions de doctorat prises dans une Faculté ou Ecole de médecine de l'Etat.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service des Etablissements d'assistance, 1er bureau, Annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 1er au 15 avril 1938 inclus.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes à l'Hospice Paul-Brousse sont dès à présent fournis en s'adressant au Service des Etablissements d'assistance.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Coste, Lelong, Mollaret et Funck, institués agrégés, sont nommés agrégés (emplois créés).

Faculté de médecine de Lille. — Le docteur Macquet est chargé provisoirement du cours de clinique des maladies urinaires (dernier titulaire : M. Gérard, décédé).

Ministère de la Santé publique. — Le *J. O.* du 16 mars 1938 publie un arrêté relatif au tarif pharmaceutique interministériel.

Guerre. — Sont promus au grade de médecin général : MM. les médecins colonels Paloque et Mathieu et M. le médecin colonel des troupes coloniales Rigenbach.

Ministère du Travail. — Le *Journal officiel* du 23 mars publie, p. 3380 à 3390, un arrêté fixant le tarif des frais pharmaceutiques et le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Le Prix médical de Tunis. — Le Prix médical 1937, de 5.000 francs, a été décerné au docteur Jean Cuénod. Le jury était composé de MM. Et. Burnet, directeur de l'Institut Pasteur, président, et de MM. Bouquet et Broc.

Association générale des Médecins de France. — Mme Chaboux, veuve du docteur Chaboux, médecin honoraire des hôpitaux de Rouen, a légué une somme de 100.000 francs, plus divers objets mobiliers, pour les œuvres de l'Association. Les confrères âgés et les veuves et orphelins secourus ne manqueront pas d'apprécier la délicatesse du geste de cette généreuse bienfaitrice qui a bien voulu se souvenir du rôle d'assistance de l'Association générale des Médecins de France.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (Professeur : M. F. RATHERY).

Lundi 28 mars, 9 heures. M. BARGETON : Leçon de séméiologie pulmonaire.

Mardi 29 mars, 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 30 mars. 9 heures. M. GRENET : Leçon de séméiologie nerveuse. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies du rein.

Jeudi 31 mars. 9 heures. M. DE TRAVERSE : Leçon de chimie biologique. Examens physique, chimique, biologique du sang et des urines. — 10 h. 30. M. F. RATHERY : Leçon clinique : Péritonite rhumatismale (projections).

Vendredi 1er avril. 9 heures. M. BACHMAN : Leçon de séméiologie digestive. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Dimanche 3 avril. 10 h. 30. Conférence : M. BACHET : Le traitement des rectites.

CHAIRES D'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE ET D'HYGIÈNE. — *Les Assurances sociales. Cours préparatoire aux fonctions de médecin-contrôleur.* — Le cours spécial institué au Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de médecine, en vue de préparer les médecins candidats aux fonctions de médecin-contrôleur des assurances sociales aura lieu du 9 au 30 mai 1938, sous la direction des docteurs O. Crouzon, professeur d'assistance médicale à la Faculté de médecine de Paris ; L. Tanon, professeur d'hygiène et de médecine préventive, et de MM. Marcel Martin, Directeur de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, et Grimaldi, Directeur de l'Union des Caisses des Assurances sociales de la région parisienne ;

Avec la collaboration de MM. les docteurs Duvoir, agrégé de médecine légale, médecin des hôpitaux ; Piédelièvre, agrégé de médecine légale ; Desoille, chef de laboratoire de médecine légale ; M. Jacques Doublet, auditeur au Conseil d'Etat, docteur en droit ; MM. les docteurs Grenaudier, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté, médecin-conseil de l'Union des Caisses ; Hilaire, Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux ; Legros, médecin-conseil de la Caisse interdépartementale, et Perret, Secrétaire général de l'Association des médecins-conseils et contrôleurs.

Le cours comprend d'une part des conférences, qui auront lieu à 18 heures au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (entrée : 15 ou 21, rue de l'Ecole-de-Médecine) et d'autre part des stages pratiques organisés à la Caisse interdépartementale, 69 *bis*, rue de Dunkerque, et à l'Union des Caisses, 9, rue Boudreau.

Un certificat d'assiduité pourra être délivré.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, guichet n° 4.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de pathologie interne. — III. *Maladies du nez, du larynx, des bronches, des poumons et des plèvres*, par Ch. LAUBRY, avec la collaboration de A. HAUTANT, Ed. DOUMER, G. MARCHAL, J. ROLLAND. Avec 210 figures en noir dans le texte et 6 planches en couleurs. Paris, 1938. G. Doin et Cie, éditeurs.

Longtemps, la description des affections des voies respiratoires a semblé définitive. On ne croyait rien ignorer de leurs causes, de leurs symptômes, de leur évolution, de leur traitement. Et puis, ici comme ailleurs, d'importants changements se sont produits, et les descriptions d'hier ne valent plus aujourd'hui. Qui, parmi les classiques du temps de Béhier et Hardy, eût entrevu les conséquences lointaines des affections nasales, les infections focales ? Qui, avant Kilian et Chevalier-Jackson, avait eu l'idée de la bronchoscopie ? Si l'on envisage les maladies des bronches, du poumon et des plèvres, quels progrès n'y ont pas apportés les méthodes récentes d'exploration, au premier rang desquelles il faut placer la radiographie et la radioscopie ! Combien de chapitres n'ont pas dû être remaniés grâce à elles : la dilatation des bronches, le cancer, les gangrènes et les abcès du poumon et, surtout, la tuberculose ! Si les théories de Laënnec subsistent, si les découvertes géniales de Villemin ne sont plus discutées, combien de changements dans la conception qu'on se faisait d'elle, grâce à la notion d'allergie, grâce aux rayons X, grâce à l'importance sociale qu'a prise cette maladie, grâce aux méthodes thérapeutiques nouvelles dont les principales sont la tuberculino et la collapsothérapie. Exposer les idées actuelles sur tous ces sujets passionnants, les mettre au point, voilà quelle a été la tâche des auteurs du tome III du *Nouveau Traité de pathologie interne*. Cette tâche, s'ils ont pu la mener à bien, c'est parce que leurs éditeurs leur en ont fourni les moyens ; c'est, ensuite, parce que tous sont des spécialistes dont l'éloge n'est plus à faire ; c'est, enfin, parce que leur directeur scientifique, le professeur Ch. Laubry, non seulement a rédigé, seul ou en collaboration, les articles ayant trait à la pathologie cardio-vasculaire, mais encore a inspiré tous les autres, indiquant le plan, les points importants, les réserves à formuler sur telle ou telle doctrine, de telle sorte que, partout, on retrouve son empreinte et qu'à chaque page il est invisible et présent. N'est-ce pas là le rôle d'un maître et d'un animateur ?

L. BABONNEIX.

LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE (1)

Par M. ETIENNE BERNARD
professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière

Au moment où vous commencez votre stage hospitalier, il est opportun de vous dire les notions que vous devez connaître et les précautions que vous devez prendre, afin de diminuer, pendant vos années de scolarité, les risques de tuberculose.

Il est un fait qu'il serait imprudent de vous cacher, c'est le lourd tribut que payent à cette maladie tous les étudiants en général, les étudiants en médecine en particulier.

Qu'il me suffise, pour vous édifier sur ce point, de jeter un coup d'œil sur une statistique récemment dressée par le docteur Douady, qui dirige le Sanatorium des Etudiants, à Saint-Hilaire-du-Touvet.

Année 1936 : Nombre de pensionnaires entrés : 175, parmi lesquels 90, soit 51 p. 100, sont originaires de Paris.

La contribution selon les diverses disciplines est la suivante : Lettres, 11 p. 100 ; Droit, 19 p. 100 ; Sciences, 21 p. 100 ; Médecine, 25 p. 100.

Autrement dit, 22 étudiants en médecine de Paris sont, en une année, entrés au sanatorium. Ils y ont fait un séjour variable, de six mois à un an ou plus. « Le nombre des demandes est si élevé, écrit le docteur Douady, que nous sommes amenés à raccourcir la durée moyenne de séjour à sept mois, quitte à placer les sortants comme stagiaires ou secrétaires dans d'autres sanas. »

Ainsi, chaque année, une vingtaine d'étudiants en médecine de la Faculté de médecine de Paris sont envoyés au Sanatorium des Etudiants. Ce chiffre ne représente pas le nombre total des sujets atteints, car un certain nombre sont soignés dans des sanatoriums privés; de plus, quelques-uns ont des formes graves, non justiciables de la cure sanatoriale. Il n'est pas exagéré de dire que *chaque nouveau contingent d'étudiants en médecine à Paris paye à la tuberculose un tribut qui n'est pas inférieur à 5 p. 100.* C'est là un tribut trop lourd, et qui devrait pouvoir diminuer rapidement.

Pour éviter une maladie, il faut d'abord savoir comment elle vous atteint. Si certains individus héritent dans quelque mesure d'une résistance relative à la tuberculose, la notion de contagion est d'une autre valeur et plus facile à démontrer. Voici deux exemples, l'un tiré de l'expérience vétérinaire, l'autre de l'expérience humaine :

Premier exemple : deux étables contiennent chacune dix bovidés sains. Dans l'une vous introduisez un bovidé tuberculeux : En l'espace de quelques mois, tous les animaux de cette étable sont malades. Les animaux de l'étable témoin sont restés sains.

Autre exemple : voici 100 enfants nés de parents tuberculeux. Laissez ces enfants en contact avec eux ; au bout d'un an, 80 p. 100 de ces enfants sont morts. Prenez maintenant 100 enfants nés de parents tuberculeux et, dès la naissance, séparez-les des contaminateurs ; au bout d'un an, la mortalité sera de 6 ou 7 p. 100, soit le taux de mortalité des enfants du premier âge de toutes catégories. Cette expérience humaine est réalisée par le Placement Familial des Tout-Petits (Léon Bernard et R. Debré).

Je pourrais vous donner d'autres exemples, celui tiré de vous-mêmes, étudiants en médecine : de toutes les catégories d'étudiants, je reviendrai sur ce point, vous êtes celle où le taux des individus touchés par l'infection tuberculeuse s'élève le plus vite au cours de leur scolarité.

Cette notion de contagion, nous ne devons jamais l'oublier, la négliger, surtout dans le milieu où nous sommes, dans les conditions où vous êtes.

A propos de ces conditions, je dois vous éclairer sur un point où nos conceptions, au contact des faits, ont été nettement remaniées dans ces dernières années.

Vous savez que lorsque nous rencontrons le bacille de Koch, celui-ci ne détermine pas forcément une maladie. Dans la majorité des cas, sa pénétration dans notre organisme se fait d'une façon silencieuse, *inapparente.* Néanmoins, cette infection première, cette primo-infection suivant l'expression consacrée, laisse une trace. La cuti-réaction à la tuberculine, qui jusque-là était négative, devient positive. Le sujet, biologiquement parlé, devient différent ou, comme on dit, *allergique.*

Or, nous concevions naguère qu'à l'âge de 20 ans tous les individus étaient allergiques, c'est-à-dire qu'ils avaient déjà fait à cette époque leur primo-infection. Et, de ce fait, en présence de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, nous admettions qu'il s'agissait toujours du réveil d'une tuberculose contractée dans le jeune âge, demeurée longtemps latente et ranimée à la faveur soit d'un nouveau contage, soit de causes secondes dont j'aurai l'occasion de vous parler.

Des recherches poursuivies depuis une dizaine d'années tant à l'étranger qu'en France, et portant sur l'examen systématique des collectivités, au point de vue de la cuti-réaction tuberculinique, nous ont mis en présence de faits nouveaux qui ont modifié la théorie régnante sur l'infection tuberculeuse. On s'est rendu compte d'une part que les recherches poursuivies il y a quelque vingt-cinq ans avaient porté essentiellement sur des citadins en milieu hospitalier, c'est-à-dire sur les sujets les plus exposés au contact d'individus tuberculeux, ce qui ne donnait qu'un aperçu très partiel de la réalité. D'autre part, depuis une vingtaine d'années, par l'effet de la lutte antituberculeuse et notamment des mesures de prophylaxie à l'égard des sujets jeunes, il y a un recul de l'index de tuberculisation. On entend par « *index de tuberculisation* », la proportion des sujets qui, pour un âge déterminé, réagissent à la tuberculine. Deux séries de statistiques vous feront sentir l'importance de ce recul ; elles concernent des recherches faites à quelque quinze ans de distance dans des mêmes milieux.

I. — *Milieu scolaire de Trondjem (Norvège)*

Age des enfants	Arfinsen, 1914 cuti + pour 100	Ustvedt, 1930 cuti + pour 100
7 ans........	23	8
10 ans........	38	20
15 ans........	60	40

II. — *Milieu hospitalier des Enfants assistés (Paris)*

Age des enfants	Marfan, 1918 cuti + pour 100	Lereboullet, 1937 cuti + pour 100
5 ans........	49	34
10 ans........	72	53

Ce recul de l'index de tuberculisation a pour effet que, dans une importante proportion, les jeunes gens de votre âge — vous avez entre 18 et 21 ans — ont encore une cuti-réaction négative. Quelle est cette proportion ? Voici quelques chiffres :

Courcoux, examinant 124 étudiants en médecine de 18 à 20 ans, observe 34 cutis négatives, soit 30,6 p. 100.

(1) Conférence faite le 24 novembre 1937 aux étudiants en médecine de Première Année, dans le Service de Clinique Chirurgicale de M. le Professeur Gosset (La Salpêtrière).

Vaucher, à Strasbourg, dès 1931, examine 232 étudiants et en trouve 30 p. 100 qui ont une cuti négative.

Le professeur Bezançon, Jean Troisier observent une proportion comparable.

Le professeur Sergent et Kourilsky, sur 84 élèves de la Clinique Propédeutique, notent un taux un peu plus bas, 19 p. 100.

Dans certains pays, ce taux des cutis négatives est au contraire plus élevé. C'est ainsi que Heimbeck, à Oslo, trouve ce taux à 44 p. 100 chez les étudiants en médecine au début du stage.

Aux Etats-Unis, H. D. Lees et A. S. Myers, chez 2.093 étudiants de Minneapolis, ont constaté :

A 17 ans : 72 p. 100 de cutis négatives.
A 20 ans : 65 p. 100 — —
A 23 ans : 42 p. 100 — — .

Pour un même pays considéré, les étudiants du même âge des diverses disciplines ont, au début de leurs études supérieures, sensiblement le même index tuberculinique (Courcoux et Bour).

Une différence nette s'accuse ensuite entre les étudiants en médecine et ceux des autres disciplines. L'index des premiers s'élève plus vite avec l'âge, témoignant du rôle important que joue l'hôpital comme facteur de contamination.

Je devine la question qui est sur vos lèvres : Sur une centaine d'étudiants de première année, à peu près 70 ont une cuti-réaction positive, et à peu près 30 une cuti-réaction négative. Quel est le groupe le plus avantagé ?

Considérons les premiers, ceux qui sont allergiques. Ils ont depuis un certain temps, peut-être depuis l'enfance, rencontré le bacille de Koch qui a déterminé chez la plupart d'entre eux une minime lésion ganglio-pulmonaire, laquelle, je veux l'espérer, est chez tous bien cicatrisée. L'allergie qui reste le témoin de leur première atteinte va de pair avec un comportement nouveau ; ils ont, dans une certaine mesure, une immunité de surinfection, c'est-à-dire qu'ils supportent le plus souvent sans dommage des contages nouveaux, à condition toutefois qu'ils ne soient pas massifs. Par ailleurs, les bacilles qui sont en eux, ou bien les bacilles qu'ils inhaleront à nouveau, n'auront plus tendance à diffuser, et vous savez que cette diffusion a une évolution inexorable quand elle détermine une généralisation miliaire ou quand elle touche un organe qui ne pardonne pas, telle que la méninge. Voilà de réels avantages.

Quels sont, en échange, les inconvénients ?

Le fait d'avoir une cuti-réaction positive de bonne heure signifie souvent que dans le milieu où on a vécu des sources de contagion ont existé. Si ces sources se perpétuent et deviennent à un moment massives, le barrage dont l'allergie est le témoin risquera d'être forcé. Par ailleurs, chacun de vous a fait une primo-infection à sa manière, pour deux raisons au moins : d'abord parce que, au moment du premier heurt entre le bacille et vous, la quantité des germes inhalés a été différente pour chacun ; ensuite parce que, question de quantité mise à part, nous ne sommes pas égaux devant l'agression du bacille. Pour les uns, la lésion anatomique a été infime, et sa cicatrisation rapide et certaine ; pour les autres, l'atteinte initiale a été beaucoup plus importante et, bien qu'elle ne se soit pas élevée à la hauteur d'une maladie apparente, elle a déterminé des désordres locaux dont la résolution a été lente et, dans une certaine mesure, incomplète. Dans un coin du parenchyme pulmonaire, au sein d'une cicatrice jusqu'ici silencieuse, des bacilles toujours vivants demeurent qui pourront, à la faveur de causes qu'il vous faudra connaître, exalter leur activité et faire éclater la phtisie.

Vous voyez que ces inconvénients ne sont pas non plus à négliger. Je vous dirai les moyens de les réduire autant que possible.

Prenons maintenant les étudiants du deuxième groupe, ceux qui n'ont pas encore acquis leur allergie.

Ceux-là n'ont pas à craindre le réveil d'une lésion dont ils ne sont pas encore porteurs. C'est là un avantage patent. Dans les pays où la lutte antituberculeuse est plus ancienne ou plus active, la proportion des sujets de votre âge à cuti négative est plus élevée que chez nous.

Mais cette situation comporte des inconvénients pour certaines collectivités, et vous faites partie de celles-là. Le fait, pour un individu, de n'avoir pas encore rencontré le bacille, comporte une inconnue : comment réagira-t-il au moment de cette première rencontre ? Cette réaction subira l'effet de divers facteurs : importance et durée du contage, état de résistance momentanée du sujet, etc... Aucun de ces points ne doit vous échapper. Par ailleurs, quand le bacille pénètre pour la première fois dans notre économie il a pendant un certain temps, un à deux ans environ, une certaine tendance à la migration avec les dangers que cette migration comporte.

Voilà pour les notions générales concernant les avantages et les inconvénients des deux catégories, les allergiques et les non-allergiques.

Si, maintenant, nous nous tournons vers les chiffres, nous devons rappeler les documents suivants :

Courcoux et Alibert considèrent 380 étudiants et élèves infirmières. Il y a, parmi eux, 290 sujets allergiques et 90 non-allergiques. Parmi les 90 non-allergiques au début de leurs études, 17 accidents tuberculeux se sont produits, dont une typho-bacillose, 3 érythèmes noueux, 3 pleurésies, 6 lésions pulmonaires, soit une morbidité de 19 p. 100. Au contraire, parmi les allergiques, 3 accidents seulement, soit une morbidité de 1 p. 100.

Scheel, de 1926 à 1935, a observé chez les étudiants, après le début du stage à l'hôpital, une morbidité annuelle de 4,6 p. 100 chez les sujets à réaction négative, et 1,35 p. 100 chez les sujets à réaction positive. L'écart observé par Heimbeck est encore plus élevé, puisqu'il trouve 34 p. 100 dans la première catégorie, et 4 p. 100 dans la seconde. Par ailleurs, il précise qu'en ce qui concerne la première catégorie, sur 94 cas de tuberculose clinique, 59 ont débuté pendant la première année de stage, 35 pendant la seconde.

Il résulte de ces chiffres qu'il est dangereux d'arriver à l'âge adulte avec une cuti-réaction négative.

Mais voici des renseignements différents : Nos collègues de l'armée ont fouillé le problème de la tuberculose chez les jeunes recrues et d'une étude effectuée sur une grande échelle, il ressort que, d'une façon générale, les primo-infections n'ont d'autre traduction que le virage occulte de la cuti-réaction tuberculinique (Le Bourdellès). Sur 52 virages suivis par Meersseman, aucune manifestation clinique ou radiologique n'est apparue dans 49 cas. Dans 3 cas, on a constaté des manifestations morbides discrètes.

D'où viennent ces différences entre les étudiants en médecine d'une part, les jeunes soldats de l'autre ? A la différence de milieu, sans aucun doute.

Dans l'armée, surtout depuis que les sujets bacillifères sont éliminés grâce aux examens systématiques, les contagions massives sont très rares. Il s'agit plutôt de menus contacts, de petites contagions discrètes auxquelles expose le milieu urbain (Le Bourdellès).

A l'hôpital, les occasions de contage sont autrement massives et autrement nombreuses. Ce dernier point est prouvé par les faits suivants : dans le courant de la première année de service militaire, la proportion des virages

de cuti-réactions est, dans les contingents français, de 33 p. 100 et en deux ans de 36 p. 100 (Meersseman). Parmi les étudiants en médecine, cette proportion est de 71 p. 100 au bout de six mois et de 92 p. 100 au bout d'un an (Courcoux et Alibert).

Ces documents vous permettent de comprendre que vous êtes, étudiants en médecine, dans des conditions particulières. Parmi tous les étudiants, vous êtes les plus exposés. Mais les risques que vous courez ont des raisons qui nous sont de mieux en mieux connues. Envisageons donc maintenant les moyens qui sont à votre disposition pour les réduire au minimum.

Allergiques, vous devez savoir si vous avez acquis votre allergie sans trop de frais.

Non-allergiques, vous devez connaître le moment du virage de votre cuti-réaction, car il signe l'apparition en vous de la primo-inoculation.

Allergiques ou non-allergiques, vous devez savoir que le réveil d'une tuberculose latente ou l'apparition de la tuberculose jusque-là évitée, se fera dans des conditions très différentes, selon votre état de résistance individuelle.

***

Les dangers qui vous menacent n'ont pas échappé à vos aînés et ils ont préparé à votre intention une organisation de médecine préventive qu'il est dans votre intérêt immédiat d'utiliser.

Ces *examens préventifs* sont déjà, depuis un certain temps, en honneur à l'étranger. Différents pays nous ont montré la voie.

En *Allemagne*, à l'Université d'Iéna et à l'Université de Munich, les examens sont systématiques et obligatoires.

En *Norvège*, existe depuis longtemps à Oslo un centre anti-tuberculeux pour étudiants. A ceux qui ont une cuti négative, on propose la vaccination par injection sous-cutanée de B C G.

En *Suède*, les enquêtes médicales sur les étudiants sont faites dans une large sphère depuis 1932 ; elles comprendront bientôt tous les étudiants.

En *Tchécoslovaquie*, très prochainement, une visite préventive sera légalement obligatoire avant l'inscription pour tous les étudiants fréquentant les grandes Ecoles.

En *France*, on étudie depuis quelques années la création de *Centres universitaires de médecine préventive*. Le Comité ministériel des œuvres en faveur des étudiants a, dans sa réunion de novembre 1936, chargé le Sanatorium des Etudiants de mettre au point la question des examens prophylactiques et de faire avec l'Université de Grenoble une organisation susceptible d'être appliquée ailleurs. Cette organisation de Grenoble est maintenant en plein fonctionnement : environ 75 p. 100 des étudiants s'y rendent.

A Strasbourg, il existe à l'Université une double organisation : 1° tous les étudiants passent, au début de leurs études, une visite de médecine générale et une visite de dépistage anti-tuberculeux. Ces visites sont faites à l'hôpital par les chefs de clinique et sont gratuites. 2° En outre, il existe une Caisse d'assurance-maladie créée depuis longtemps, à laquelle tous les étudiants sont obligatoirement assujettis. Elle est alimentée par les cotisations des étudiants et défraye les malades de leurs dépenses médicales et au besoin de leur entretien au sanatorium.

A Lyon, les examens ont été rendus obligatoires depuis 1935 pour tous les étudiants en médecine, alors qu'ils demeurent encore facultatifs pour ceux des autres disciplines.

A Nancy, le centre antituberculeux universitaire fut créé en 1932. Il possède son propre dispensaire aménagé de façon moderne et bien outillé. Les consultations sont facultatives et ont lieu deux fois par semaine.

D'autres centres existent également, ou sont en voie d'organisation, dans les Universités de Bordeaux, Lille, Aix-Marseille, Alger, Montpellier, etc... Le principe est que chaque Université doit, en utilisant tous les éléments dont elle peut disposer — notamment le matériel des Dispensaires d'Hygiène Sociale, — créer au service des étudiants un centre local de dépistage de la tuberculose.

Considérons plus spécialement ce qui a été prévu pour **Paris :**

1° Un service médical important a été construit à la Cité Universitaire et fonctionne sous la direction éclairée du docteur Pélissier. Là, tous les étudiants de la Cité subissent, chaque année, une visite systématique, examen radiologique compris. De novembre 1936 à mars 1937, Pélissier a inspecté en série 2.311 étudiants. Il a pu découvrir 24 cas de tuberculose pulmonaire, parmi lesquels 8 formes évolutives bacillifères. Le plus impressionnant de ces cas était celui d'un jeune étudiant en médecine de troisième année, venu en rechignant à l'examen de dépistage obligatoire, ne se plaignant de rien, et chez qui fut dépistée une infiltration de la moitié supérieure des deux champs pulmonaires avec présence d'une cavité de grosse taille dans les régions sous-claviculaires droite et gauche. Envoyé à Saint-Hilaire du Touvet, il fut traité par un pneumothorax double (1).

Pélissier dépista encore 239 cas d'états-séquelles. Il ne s'agit point de formes actives, mais leur connaissance est très utile ; leurs porteurs doivent éviter les excès de toutes sortes, sportifs en particulier.

Cette œuvre médicale de la Cité universitaire est déjà très remarquable et fait honneur à notre pays.

2° Depuis octobre 1935, les étudiants de première année de médecine sont invités, s'ils le désirent, à passer une visite de médecine préventive avec examens clinique, radiologique et biologique. Ces examens ont lieu dans les services du professeur Bezançon, et de M. Troisier, à l'hôpital Laënnec ; du docteur Courcoux, à l'hôpital Boucicaut. Ils ont déjà conduit à dépister un certain nombre de cas de tuberculose pulmonaire. Ils ont permis aussi de préciser votre index de tuberculisation au début et au cours de vos études.

J'ai la conviction profonde que ces examens ont un intérêt capital pour vous. Je suis persuadé — c'est là mon regret — que plus de la moitié d'entre vous ne s'y sont pas encore soumis. Qu'ils sachent au moins en quoi ces examens consistent.

a) Les cuti-réactions tuberculiniques

Un certain nombre d'entre vous (70 p. 100 environ), ont une cuti-réaction positive. Ceux-là ont déjà acquis leur allergie. L'examen radiologique dira à quel prix. Mais, du fait de la réponse biologique, aucune mesure particulière n'est à prendre.

Par contre, 30 p. 100 environ d'entre vous ont une cuti négative.

Dans certains pays, en Norvège en particulier, à Ulleval sous la direction de Heimbeck, à Oslo sous la direction de Scheel, les étudiants en médecine de première année qui ne réagissent pas à la tuberculine sont invités comme les infirmières à se faire vacciner par injection sous-cutanée de B C G. Dans le pays où est né le B C G, cette mesure n'est pas encore préconisée. Elle le sera peut-être un jour, et nous n'aurons sans doute qu'à nous en louer. Le vaccin de Calmette est peut-être destiné à trouver là une de ses indications les plus opportunes.

(1) Marc Labouré. Une expérience de Médecine préventive. Examen de dépistage des étudiants de la Cité Universitaire. *Thèse Paris* 1937.

En attendant, les étudiants en médecine cuti-négative doivent s'imposer certaines précautions : d'une part, ils doivent éviter les contages massifs comme ceux qu'ils pourraient subir dans une salle de tuberculeux pulmonaires. Les contaminations importantes et répétées risquent de donner naissance à une primo-infection sévère. L'adulte non allergique est, toutes proportions gardées, comme le nourrisson qu'un contage massif peut tuer, tandis qu'une contamination minime ne détermine chez lui qu'une primo-inoculation inapparente. Vous, qui faites votre premier stage en chirurgie, vous êtes en quelque sorte favorisés, puisque ceux qui n'ont pas encore acquis leur allergie peuvent faire virer leur réaction à la faveur de contages discrets (1) et espacés, c'est-à-dire les seuls souhaitables.

Il n'est pas indifférent pour vous de connaître le moment de ce virage. Il faut pour cela que tous les trois mois environ vous vous fassiez faire une nouvelle cuti-réaction. Quand elle changera de sens, c'est que vous aurez subi depuis peu la primo-infection. Vous pourrez alors, grâce à la radiologie, faire préciser son importance anatomique. Dans beaucoup de cas, la lésion initiale sera minime et inapparente avec nos moyens d'exploration. Tant mieux, vous aurez acquis votre allergie à peu de frais. Dans d'autres cas, le film montrera, dans les régions hilaires et para-hilaires notamment, des ombres anormales, dont l'importance devra être notée et dont on devra suivre la régression.

Que devez-vous faire au moment où vous avez connaissance de cette primo-infection ? Vous devez être éloignés de la source de contagion, c'est-à-dire que vous devez vous abstenir de fréquenter l'hôpital. Parfois le contage a eu lieu en milieu familial. Le contaminateur doit être trouvé et séparé de vous. D'autre part, il est sage que vous vous reposiez, notant votre température et votre poids, et que vous restiez pendant quelque temps sous surveillance médicale. Le repos sera d'une durée variable, selon l'importance des signes observés et selon votre état général. Dans les cas les plus bénins (absence de signes radiologiques), quelques semaines pourront suffire. Si un concours est en vue dans un délai rapproché, vous devez y renoncer, faute de quoi l'effort qu'il vous demanderait risquerait de transformer une lésion légère, régressive, en une lésion importante et évolutive.

b) *Les examens radiologiques systématiques*

Je ne saurais trop vous dire leur importance.

La tuberculose pulmonaire est susceptible d'évoluer pendant plusieurs semaines, pendant plusieurs mois, peut-être même des années, d'une façon latente, sans que le sujet ou son entourage en soit averti par des symptômes de maladie. D'autre part les lésions tuberculeuses traitées précocement, par la collapsothérapie et par la cure de repos notamment, sont susceptibles de guérir dans un très grand nombre de cas. D'où l'intérêt du dépistage radiologique.

Je vous ai dit dans quelle mesure les examens systématiques avaient déjà permis à Pélissier de découvrir un certain nombre de cas de tuberculose évolutive parmi les pensionnaires de la Cité universitaire. Le professeur Gosset et M. Ledoux-Lebard pratiquent depuis longtemps l'examen radiologique systématique des malades qui doivent être opérés. Ils ont pu ainsi dépister des cas manifestes de tuberculose pulmonaire qui n'avaient pas attiré l'attention et leur découverte a permis de prendre à l'égard de l'intervention comme de l'anesthésie les décisions opportunes.

(1) Il y a des exceptions à cette règle, notamment depuis la diffusion des interventions chirurgicales pour tuberculose pulmonaire.

Nos collègues de l'Armée ont acquis une grande expérience dans la pratique de la radioscopie systématique (1) des collectivités. Sur un total de 145.000 jeunes soldats, Julien et Sieur ont pu découvrir 532 cas de tuberculose, soit 1 pour 275, dont 265 avec bacilloscopie positive. Ces jeunes soldats avaient déjà subi un filtrage médical qui n'avait pas révélé leur affection pulmonaire.

Les travaux de Julien et Sieur nous montrent de plus combien l'étudiant, et plus particulièrement l'étudiant en médecine, est touché par la tuberculose. En effet, ils ont dépisté un tuberculeux sur 590 ouvriers, un tuberculeux sur 270 employés, et un tuberculeux sur 119 étudiants. Qui plus est, dans les pelotons du Service de Santé, ils ont rencontré 4 tuberculeux, dont 3 bactériologiquement confirmés, sur un effectif de 222 jeunes gens, soit 1 tuberculeux pour 55 sujets. Cela n'est point l'effet du hasard. Ces différences considérables, les auteurs les retrouvent dans les diverses catégories de militaires de carrière : alors que sur 734 officiers de toutes armes et services, Service de santé exclu, ils ont trouvé 1 tuberculeux (soit 1 sur 734), la proportion pour les officiers du Service de santé a été de 1 pour 96, avec 2 tuberculeux sur 192 examinés.

Après l'énoncé de ces chiffres, vous serez convaincus de l'importance pour vous de ces examens radiologiques systématiques, puisqu'ils sont capables de révéler dans une proportion élevée des cas de tuberculose que rien ne trahissait, et puisque les faits nous montrent que parmi toutes les catégories d'individus, ce sont les étudiants, et plus spécialement les étudiants en médecine, qui fournissent dans ces dépistages le plus fort contingent.

Bien entendu, ces examens radiologiques ne sauraient être des examens isolés. N'oublions pas que nous sommes médecins. L'examen technique, surtout dans les cas douteux, doit être complété par un examen général, l'étude des antécédents et du milieu familial. Une visite préventive complète, et annuellement répétée, est ce vers quoi vous devez tendre. Cet examen est encore facultatif aujourd'hui. Soyez, je vous en prie, unanimes à vous y soumettre.

***

Je dois aborder maintenant une autre face du problème. Elle est également très importante. L'éclosion de la tuberculose lors d'une primo-infection, aussi bien que le réveil de la tuberculose chez un sujet déjà allergique, revêt un degré de gravité très différent selon l'état de résistance ou de déficience du sujet. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont d'accord sur ce point. A côté du germe il y a le terrain, et celui-ci est influencé par de multiples causes, dites causes secondes ; mauvais terme à mon sens, car il pourrait vous faire croire qu'elles sont secondaires, alors qu'elles sont, pour vous notamment, d'une importance primordiale.

Ces « *causes secondes* » sont d'ordres très divers ; je ne veux évoquer ici que celles qui vous concernent le plus.

Il peut s'agir d'une cause pathologique telle qu'une maladie ou une intervention chirurgicale. Tout état morbide un peu sérieux, comme toute opération, est susceptible de diminuer votre résistance à la tuberculose et doit nécessiter une convalescence adéquate.

Beaucoup plus souvent, il s'agit d'une cause d'ordre physiologique : sous-alimentation, manque de sommeil.

La question de l'*alimentation* est pour vous très importante. Vous venez de terminer votre croissance. Tous les apports alimentaires ont servi à votre développement statural. La plupart d'entre vous ont la taille de l'adulte, mais

(1) Au moindre doute la radioscopie est complétée par une radiographie.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles*.

n'en ont pas encore le poids. A plus forte raison, il ne vous a pas été encore permis de constituer des réserves. Vous êtes, si je puis dire, des journaliers au point de vue de la nutrition. L'apport de chaque jour est chaque jour indispensable. Aussi cet apport doit-il être substantiel et régulier. Il doit être pris sans hâte et dans le calme. Or, ce n'est pas le cas pour beaucoup d'entre vous. Vous commettez des fautes, et des fautes graves. C'est ainsi que maint étudiant quitte tard l'hôpital et, devant arriver de bonne heure au Pavillon, se passe de déjeuner ou se contente d'un sandwich rapidement avalé. C'est là une habitude déplorable. D'autres ont des conférences après le dîner, conférences qui souvent commencent à 8 heures. Dans la plupart des foyers, c'est l'heure où on se met à table. Alors le dîner est précipité, quand il n'est pas escamoté. C'est encore déplorable. Il est une autre modalité dans les causes de sous-alimentation : je veux parler de celle qui relève des facteurs économiques. La vie est dure pour certains parents. Que ceux qui sont dans ce cas n'hésitent pas à en parler à leurs aînés, à leurs chefs. La Faculté donne chaque année des bourses d'études. S'il est nécessaire, le nombre de ces bourses devra être augmenté. Ce sera, en fin de compte, une économie pour la collectivité, car il est toujours moins onéreux de prévenir que de soigner.

Le manque de sommeil n'est pas moins dangereux. Vous êtes à un âge où huit à neuf heures de sommeil sont indispensables. Vous avez besoin de vous lever tôt pour être de bonne heure à l'hôpital. Or, à votre âge, on ne peut être à la fois du matin, de l'après-midi et du soir. Les conférences d'externat ou d'internat qui ont lieu après le dîner sont néfastes. Elles empiètent sur les heures qui devraient être réservées à votre repos. S'il fallait vous convaincre du danger que vous fait courir ce manque de sommeil, je ne pourrais faire mieux que de vous dire ce que me signalait récemment le docteur Douady, médecin chef du Sanatorium des Etudiants. Il y a, dans son sanatorium, un certain nombre d'élèves des Beaux-Arts. Or, beaucoup y arrivent après le concours annuel. Ce concours nécessite un surmenage très spécial : les projets doivent être exécutés en quelques jours seulement, et cela entraîne un travail presque continu, de jour et de nuit. C'est après un tel effort que, chez un certain nombre, les signes de tuberculose font leur apparition.

Souvent le manque de sommeil s'ajoute à la sous-alimentation. Ces deux erreurs physiologiques additionnent et même multiplient les dangers qu'elles vous font courir.

Le manque d'*aération* et *d'exercices physiques* est également une grosse faute d'hygiène. Je ne vous demande pas de consacrer, comme les étudiants d'Oxford, trois fois plus de temps aux sports qu'aux études. Mais il faut à votre âge un minimum d'exercices en plein air. Pas besoin de sports violents. Ne tombez pas dans un certain travers. L'abus du sport violent est néfaste, surtout si vous portez une cicatrice pulmonaire fragile. A la Cité Universitaire, un certain nombre d'étudiants, après examens radiologiques, n'ont pas été autorisés à pratiquer les sports. C'est là une mesure de prudence qui devrait être généralisée à tous les étudiants.

Mais c'est surtout votre *hygiène du travail* qu'il faut surveiller. Vous ne devez jamais être surmenés. Vous ne devez jamais vous sentir fatigués. Si vous êtes fatigués, c'est que votre organisme n'est pas en état d'équilibre, c'est que votre effort est mal proportionné à vos possibilités. Si vous êtes fatigués, votre appétit s'en ressent et vous êtes vite sous-alimentés.

Je connais vos objections : les examens, les concours à préparer. Je sais... Mais dites-vous bien qu'aucun de vos arguments ne tient devant la réponse suivante : à quoi vous servira-t-il de gagner un an dans la lutte pour l'internat, si dès votre arrivée, tel le coureur de Marathon, vous vous effondrez, c'est-à-dire si vous devenez tuberculeux et qu'il vous faille passer deux ans en sanatorium ?

Chaque année plusieurs externes des hôpitaux ont ce destin parce qu'ils ont accompli un effort au-dessus de leurs forces. Cet effort, vous le faites d'une façon trop obsédante : *Le concours, la question*..., il n'y a plus que cela ! Ecoutez ces paroles écrites naguère par le professeur Carnot :

« Le candidat à l'Internat se reconnaît dans tout Paris
« à ce que, sur les plateformes des autobus, dans l'encom-
« brement du métro, sur la table du restaurant, il étale des
« questions dactylographiées, qu'il n'a d'ailleurs ni rédi-
« gées, ni écrites lui-même, et qu'il se contente d'acheter
« puis d'apprendre par cœur ; la nuit, jusqu'à une heure
« avancée, le matin même pendant la visite, il cherche à
« assimiler des futilités d'anatomie ou des signes cliniques
« qu'on n'utilise jamais... A cette œuvre vaine, nos bons
« externes passent le temps fugitif de la jeunesse ; ils pâ-
« lissent, ils perdent du poids, ils font un peu de tempé-
« rature ; brusquement, la veille du concours ou le len-
« demain, quelques crachats rouges, quelques bacilles...
« Alors, le pneumothorax, l'envoi en sana : il faut tout
« quitter, se soigner pendant des années, toute la vie sou-
« vent... »

Retenez cette évocation imagée qui n'a rien d'excessif, et qui représente les aberrations de vos aînés, que vous ne devez pas perpétuer.

Votre nouvelle idole, la médecine, n'a pas des exigences totalitaires. Elle n'est point jalouse des saines distractions littéraires et artistiques. Au contraire, elle y voit un enrichissement de vos pensées, une sérénité de votre esprit, un équilibre de votre caractère. De tels avantages ne doivent pas être négligés dans la prévention d'une maladie, dont l'éclosion relève pour une grande part de causes secondes d'ordre psychologique.

*
**

Etudiants et étudiantes, si malgré tous ces conseils de prophylaxie, vous êtes touchés par la tuberculose, qu'au moins vous ne perdiez pas de temps pour consulter un de vos aînés. Rappelez-vous que vous devez vous méfier d'un amaigrissement, d'une toux qui se prolonge, d'une poussée de fièvre vespérale, d'un manque d'appétit. Il ne s'agit pas toujours de tuberculose, mais il faut vous faire examiner, il faut vous faire radiographier. Si l'on découvre une lésion, gardez votre sang-froid. Plus que jamais vous aurez besoin, à ce moment, de calme, de sérénité. Sachez qu'un sanatorium existe pour vous, dans le Dauphiné. Je m'y suis rendu tout récemment. J'ai vu là des étudiants de toutes les disciplines. Grâce à un chef remarquable, il règne à Saint-Hilaire du Touvet une ambiance réconfortante. Les malades, tout en se soignant, y continuent leurs études respectives. Les soins sont rigoureux, mais les étudiants n'ont rien perdu de leur bonne humeur. Dans cette atmosphère où la gaîté n'est point bannie bien des guérisons ont trouvé leur chemin.

Mais guérir n'est pas toujours simple, n'est pas toujours rapide, n'est pas toujours possible. Notre pays subit chaque année une douloureuse saignée par le fait de la tuberculose. Pourquoi vous cacherais-je que c'est à votre âge qu'on est le plus menacé ? L'ignorance est responsable de la moitié des désastres. Et ces désastres, vous ne devez pas en ignorer l'étendue. Si, chaque année, un tremblement de terre détruisait une ville comme Tours, et anéantissait ses 80.000 habitants, vous en concluriez que, chaque année, notre pays est victime d'une épouvantable

catastrophe. Partout, jusqu'au fond du plus humble hameau, ce malheur serait connu, douloureusement connu. Et pourtant la tuberculose fait chaque année autant de victimes, plus peut-être. Et ces victimes sont des êtres jeunes. Quand deux Français meurent entre 15 et 25 ans, l'un d'eux meurt de tuberculose.

Vous pouvez trouver mes paroles amères. Mais votre naturelle insouciance n'a-t-elle pas besoin, de temps en temps, d'une sonnette d'alarme ? Les dangers sont grands, mais les moyens de les éviter, ne vous l'ai-je pas dit, sont de mieux en mieux connus. Puissé-je avoir convaincu le plus grand nombre d'entre vous que la prophylaxie de la tuberculose mérite une place dans vos pensées !

XXXe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

LE DIABÈTE SUCRÉ

(Problème médical et social)

Synthèse des conclusions des Assises départementales

Par le docteur HENRI GODLEWSKI

L'intérêt de ces Assises a été de montrer d'abord que le diabète est très inégalement réparti sur l'ensemble du territoire et peu répandu dans beaucoup de régions telles que Seine-et-Oise, Côtes-du-Nord, Ille-et-Vilaine, Finistère, Loiret, Cher, Charente-Inférieure, Gironde, Dordogne, Corrèze, Lot, Hérault, Vaucluse, Gard, Corse ; sa plus grande fréquence ressort en Maine-et-Loire, Indre-et-Loire, Eure-et-Loir, Sarthe, Puy-de-Dôme, Isère, Doubs. Bas-Rhin. Pratiquement, le médecin soigne : dans les régions les plus atteintes un diabétique sur cinquante, en général un sur cent, et dans les provinces les moins éprouvées un sur deux cent cinquante malades.

Les 9/10 des cas sont des diabètes sans dénutrition. Dans le diabète avec dénutrition, le diabète des jeunes et surtout le diabète infantile retiennent surtout l'attention. Les médecins ont traduit avec émotion l'angoisse des familles devant faire face aux charges d'un diabétique acidosique dès l'enfance. Il n'est pas douteux cependant qu'on rend socialement viables et qu'on guérit même des sujets que l'on croyait jadis incurables.

On observe le diabète dans toutes les classes de la société, surtout chez les pléthoriques, proportionnellement moins chez les manuels que chez les intellectuels et, à l'inverse de ce qui est classique, la plupart des relevés de carrière mentionnent plus d'hommes que de femmes diabétiques dans ces dernières années.

Les soins aux diabétiques. — Le régime. — Il y a unanimité pour reconnaître que le régime tient la première place dans la thérapeutique du diabète sucré, car pratiquement il suffit à traiter avec succès le plus grand nombre des glycosuriques. Dans la pratique courante, après désucrage, on vise à parvenir par tâtonnement au régime équilibré, modifié ensuite suivant l'évolution de la maladie. On cherche à donner le maximum d'hydrates de carbone compatible avec l'absence de glycosurie, avec une glycémie normale, une réserve alcaline suffisante, et en autorisant le minimum d'albumines et de graisses nécessaires, sans créer d'acidose.

Dans le diabète sans dénutrition, il est nécessaire d'adjoindre l'insuline au régime.

L'insuline. — En abaissant temporairement mais rapidement la glycémie, l'insuline a transformé le pronostic des diabètes graves, de l'acidose, du coma, et des interventions chirurgicales chez les diabétiques. Il n'est cité que de rares cas d'insulino-résistance ; par contre, on redoute les accidents hypoglycémiques, lorsqu'il y a difficulté ou même impossibilité de contrôler la glycémie, surtout dans les campagnes.

L'effet hypoglycémiant de l'insuline étant court, la cure insulinique comporte des injections bi-quotidiennes. Leur répétition et la durée d'un traitement onéreux sont les réels inconvénients du médicament, inconvénients que les avantages de « l'insuline-retard » insuffisamment connus encore, n'ont pas jusqu'ici compensés. Il est rapporté des cas où la suppression de l'insuline, pour raison matérielle, a eu des conséquences mortelles.

Le problème social. — L'opinion la plus répandue est que la diététique suffit, en général, à traiter les diabétiques sans dénutrition, qui sont les plus nombreux et parviennent souvent à un âge avancé. En conséquence, dans la plupart des régions, même les plus éprouvées comme la Normandie, le diabète n'apparaît pas comme un grand mal social.

Mais dans les foyers de diabète avec dénutrition, en particulier là où il y a plus de diabètes infantiles comme en Franche-Comté, la maladie est cause de ruine familiale. C'est pour ces familles éprouvées, en nombre d'ailleurs restreint par rapport à celles lésées par les fléaux sociaux, que les médecins réclament l'application aux diabétiques des dispositions départementales prises pour les spécifiques nécessiteux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 22 MARS 1938)

Commission de la fièvre ondulante. — *Rapporteur :* M. TANON. Dans sa séance du 11 janvier 1938, l'Académie avait approuvé les conclusions concernant les mesures à prendre vis-à-vis des animaux qui pouvaient être l'origine de fièvres ondulantes. Mais elle avait demandé que fussent également étudiées les mesures à faire prendre aux individus, pour éviter les contagions.

La Commission composée de MM. Barrier, Vincent, Martel, Dopter, Carnot, Tanon, s'est réunie le 15 mars et a discuté les différents moyens qui pourraient être employés. La vaccination est à envisager, mais ne semble pas donner toutes garanties ; aucun procédé ne paraît réellement efficace. Elle a jugé qu'il conviendrait plutôt de faire l'éducation des populations, et émis l'avis que le Ministère de la Santé publique et celui de l'Agriculture, dans un esprit d'étroite collaboration, s'entendissent sur la rédaction d'une affiche, faisant connaître au public :

1° Le danger de manipuler des avortons, délivres, liquides des voies génitales, fumiers, purins, provenant de chèvres, brebis ou vaches atteintes ou contaminées de fièvre ondulante ;

2° Les risques de contamination des personnes du fait de la consommation de laits crus ou de fromages frais provenant de ces animaux ;

3° La possibilité de se mettre à l'abri de la contagion :

a) *Par la peau,* en soumettant à des soins minutieux de propreté les parties du corps qui ont été souillées par des manipulations d'organes, de débris ou de liquides virulents ;

b) *Par la voie digestive,* en se savonnant les mains avant les repas et en s'abstenant de consommer des laits crus ou des fromages frais provenant plus particulièrement de chèvres, brebis ou vaches malades, ou suspects ;

4° L'innocuité des laits soumis à la pasteurisation haute ou à l'ébullition, ainsi que des fromages qui ont été fabri-

qués avec du lait préalablement soumis à la pasteurisation basse.

La Commission, sur la proposition de son président, M. Barrier, exprime un autre souhait ; que la Brucella mise en cause dans une endémie de fièvre ondulante ou une épizootie, soit nettement identifiée par la collaboration des directions départementales d'hygiène et vétérinaires, pour cette raison que la B. mélitensis est beaucoup plus grave pour l'espèce humaine que la B. bovis.

En outre, M. Vincent considère qu'il serait nécessaire de poursuivre la mise au point d'une prémunition pratique des chevreaux et des agneaux, contre B. mélitensis, en vue de rendre le lait et les fromages frais inoffensifs et de faire disparaître les avortements. Ce serait un moyen efficace de préserver l'espèce humaine contre la fièvre ondulante, qui est vraiment une grave maladie. L'Etat devrait encourager ces recherches.

5° Les possibilités de contagion par les mains ou objets (tels que les chaussures), contaminés par les urines, excreta, qui contiennent souvent l'agent pathogène ; de même que celles qui dépendent de la profession de bouchers, surtout dépeceurs, car le sang peut être contagieux.

Ce projet d'affiche pourrait être transmis par l'Académie aux ministères intéressés. (*Discussion du rapport à quinzaine.*)

Une mission aux Indes françaises et en Indochine. — M. Justin GODART signale les faits particuliers qu'il a pu constater au point de vue sanitaire, comme l'ankylostomiase des tisserands, à Pondichéry, et les conséquences physiologiques et sociales de l'alcoolisme et de l'opiomanie aux Indes et en Indochine. Il rend hommage à l'œuvre des médecins coloniaux qui mènent avec tant de dévouement la lutte contre le choléra et la variole, qui ont réalisé l'installation de villages de lépreux et qui se consacrent sans se lasser à la prophylaxie des maladies vénériennes. Après avoir vu les résultats obtenus, M. Justin Godart tient à s'associer à l'hommage éclatant rendu jadis par le maréchal Lyautey aux médecins de colonisation.

M. le médecin général MATHIS remercie M. Godart du juste hommage rendu aux médecins coloniaux qui savent faire aimer et admirer la France. Les populations indigènes se rendent parfaitement compte qu'elles ne pourraient se passer de la nation protectrice. Mais avec raison, M. Mathis proclame le danger qu'il y a à propager parmi ces populations orientales certaines idées occidentales.

Recherches sur l'étiologie et le pronostic des psoriases par l'étude du déséquilibre protido-lipidique du sérum. — MM. SARTORY, HUFSCHMITT et MEYER.

Election. — MM. Maurice Péhu (de Lyon) et Abadie (de Bordeaux), sont élus correspondants nationaux dans la 1re division (médecine).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 21 mars. — Jury : MM. Chiray, président ; Lemierre, Loeper, Bariéty. — M. GISSELBRECHT. Le problème de l'angine de poitrine d'origine vésiculaire. — M. DAVERSIN. Sur quelques cas de fièvre ondulante observés dans la région parisienne. — M. IGLÉSIAS Y BÉTANCOURT. Les bactériémies et septicémies consécutives aux chocs médicamenteux. — M. LESOBRE. Le pancréas des tuberculeux.

Mardi 22 mars. — Jury : MM. Carnot, président ; Jeannin, Nobécourt, Lantuéjoul. — Mlle LAPLANCHE. Les eaux de Saint-Sauveur en dehors de leur action gynécologique. — Mlle MIPPI. La méningite à pneumobacille de Friedlander chez l'enfant. — M. PICOT. Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale. Essai de chimiothérapie préventive.

— Jury : MM. Claude, président ; Crouzon, Coste, Piédelièvre. — M. LECONTE. Conflits sociaux et psychoses. (Etude médico-sociale.) — M. GAUTIER. La dysostose cranio-faciale. — Mme LECONTE-LORSIGNOL. Evolution des traits de l'intelligence et du caractère à la puberté.

Mercredi 23 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Grégoire, Lemaître, Halphen. — Mme TAÏEB. Contribution à l'étude de l'infection génitale chronique dans l'étiologie de la stérilité féminine. — Mlle DE MONTAIGNE. Un cas de polype chorial chez l'enfant. — M. KUPERBERG. Contribution à l'étude de la splénectomie chez l'enfant. — M. LÉGER. L'énervation sinu-carotidienne.

(*A suivre.*)

CONGRÈS

Ve Congrès de la Presse médicale latine. — Le Ve Congrès de la Presse médicale latine, qui devait se tenir à Lisbonne durant les vacances de Pâques prochaines, est remis, en raison de la prolongation des hostilités en Espagne, au début de l'automne prochain. Il se tiendra donc à Lisbonne, du jeudi 29 septembre au dimanche 2 octobre 1938, sous la présidence du prof. Reynaldo dos Santos, assisté comme Secrétaire général du prof. Armando Narciso.

Le programme du Congrès, dont le détail sera fixé ultérieurement, comprendra :

1° Deux questions intéressant principalement la presse médicale : *a*) la bibliographie médicale ; *b*) les droits des éditeurs des périodiques sur les articles publiés par eux ;

2° Une question d'organisation générale, intéressant tous les médecins : les Assurances sociales.

D'autre part, et pour répondre à un vœu exprimé lors du IVe Congrès (Venise, septembre-octobre 1936), un certain nombre de conférences seront faites, durant le Congrès, par des Maîtres de la médecine latine, sur des questions d'une haute actualité scientifique.

Le Comité d'organisation s'est assuré dès maintenant le concours de MM. les prof. Daniélopolu (Bucarest), Fiessinger (Paris), Ricardo Jorge (Lisbonne), Loeper (Paris), Marañon (Madrid), Pende (Rome), Thales Martins (Sao-Paulo), etc., etc...

En dehors du programme professionnel et scientifique ci-dessus, le Congrès comportera des fêtes, des réceptions et excursions diverses à travers le Portugal et sans doute dans le Nord de l'Espagne.

Des réductions de tarif seront assurées aux congressistes sur les lignes de chemin de fer et les compagnies de navigation maritime et aérienne des différentes nations latines.

Tous les médecins des nations latines, ainsi que leurs familles, peuvent prendre part au Congrès. La cotisation est fixée à :

150 *francs* pour les membres *titulaires* (directeurs, éditeurs et représentants autorisés des périodiques médicaux) ;

75 *francs* pour les membres *adhérents* (médecins non journalistes, membres de familles médicales).

On est prié d'adresser les adhésions et demandes de renseignements au prof. Armando Narciso, Secrétaire général du Congrès, Restauradores 48, Lisbonne ; ou, pour celles concernant la France, la Belgique, l'Italie, la Grèce, la Roumanie et la Suisse, au docteur Pierra, Secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, 52, avenue de Breteuil, Paris (7e).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — MERCREDI 30 MARS 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Internat de Brévannes.* — Lecture des copies : séance du 24 mars, 20 h. 30 : MM. Bertier, 22 ; Dos-Ghali, 20 ; Courjaret, 23 ; Jouin, 12 ; Tahar, 23 ; Goupy, 20 ; Weyl, 23.

Hôpital-hospice d'Argenteuil. — Un concours pour la nomination de 6 internes titulaires et d'un certain nombre d'internes provisoires aura lieu à l'hôpital d'Argenteuil le 17 mai.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à la Direction.

Hôpitaux psychiatriques. — Un concours sur titres pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 23 mai 1938, dans les conditions fixées par les décrets des 22 janvier et 17 mars 1937 et par l'arrêté préfectoral du 22 mars 1938.

Les demandes seront adressées par lettre recommandée à la Préfecture de la Seine (service des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau). Elles seront reçues jusqu'au 17 mai 1938.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par le ministre de la Santé publique en seront avisés par lettre recommandée.

Hôpital français de Londres. — Une place d'interne (médecin résident) à l'hôpital français de Londres sera libre pour six mois ou un an, exceptionnellement, à partir du 10 avril 1938. Traitement mensuel : huit livres sterling. Il faut être docteur en médecine, âgé de moins de 30 ans, non marié.

Pour tous autres renseignements, écrire au docteur Pierret, 95, avenue Kléber, Paris, ou hôpital français, 172 Shaftesbury Avenue, Londres W. C. 2.

Université de Toulouse. — M. Constantin DANIEL, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Bucarest, membre correspondant des Académies de médecine de Paris et de Rome, a reçu le titre de *docteur honoris causa* de l'Université de Toulouse. Nous adressons à notre ancien collègue d'internat des hôpitaux de Paris nos très affectueuses félicitations.

Ecole de médecine de Dijon. — Il est créé, à dater du 1er avril 1938, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, une chaire de clinique médicale infantile et d'hygiène de l'enfance.

Académie internationale de l'enseignement médical complémentaire. — M. le recteur ROUSSY nous informe que son nom figure par erreur sur la liste des membres du Comité exécutif de l'Académie internationale de l'enseignement médical complémentaire.

Dès le mois de novembre dernier, c'est-à-dire dès la formation de ce Comité, M. Roussy a fait savoir aux organisateurs qu'il ne pouvait pas s'intéresser personnellement au projet de formation de cette Académie internationale, dont il saisissait les doyens des Facultés de médecine. La question est, à l'heure actuelle, à l'étude auprès des Facultés de médecine, et aucune décision n'est encore prise.

Un monument à Albert Calmette. — Le 8 avril, un monument sera élevé à Nice à la mémoire d'Albert Calmette. M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, a été délégué par l'Académie des Sciences pour la représenter à cette cérémonie.

Exposition internationale de New-York. — Voici la composition du Comité chargé de l'examen des questions touchant la participation du ministère de la Santé publique à l'Exposition internationale de New-York en 1939 :

Président : M. le recteur Gustave Roussy. — *Vice-Présidents :* M. le prof. Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; M. Georges Risler, membre de l'Institut ; M. le prof. Jacques Parisot ; M. Sicard de Plauzoles ; M. André Cavaillon ; M. Serge Gas, directeur général de l'hygiène et de l'assistance. — *Directeurs techniques :* M. André Cavaillon, pour l'hygiène sociale ; M. Xavier Leclainche, pour l'hygiène publique. — *Commissaire et Secrétaire général :* M. Lucien Viborel. — *Trésorier :* M. Xavier Leclainche. — *Membres :* M. le prof. Bezançon ; Mme Eliane Brault ; M. le prof. Couvelaire ; M. Devraigne ; M. le doyen Euzière ; M. J.-B. Evrot ; M. le prof. Gougerot ; M. le doyen Lépine ; M. le prof. Lereboullet ; M. le prof. Leroux ; M. le prof. Spillmann ; M. le prof. Tanon.

Les Journées médicales de Bruxelles 1938, sous le haut patronage de S. M. la Reine Elisabeth et de S. M. le Roi, auront lieu exceptionnellement du 16 au 20 avril, afin de pouvoir, en dernière journée, conduire les congressistes aux célèbres Floralies Gantoises qui constituent un inoubliable spectacle.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 16 avril, à 16 heures, au Palais des Académies, sous la présidence du Ministre de la Santé publique. La conférence traditionnelle sera faite par M. Albert Devèze, ministre d'Etat, bâtonnier de l'Ordre des Avocats.

En plus des séances d'ordre pratique dans les hôpitaux de la Capitale, le programme scientifique comprend, jusqu'à ce jour, des conférences de MM. M. Ascoli (Palerme), A. Bessemans (Gand), R. Bing (Bâle), P. Bordet (Bruxelles), A. Castellani di Chisimajo (Rome), P. Chevallier (Paris), M. Ciuca (Bucarest), O. da Fonseca (Rio de Janeiro), E. Derom (Gand), H. de Souza Araujo (Rio de Janeiro), W. Falta (Vienne), S. Jellinek (Vienne), P. Lambin (Louvain), J. May (Montevideo), H. Monteiro (Porto), Lepoutre (Lille), Ch. Perrier (Genève), S. Pisani (Florence), Ch. Saloz (Genève), E. Soaje Echagüe (Buenos-Ayres), Tiffeneau (Paris), Tzank (Paris), Van Beneden (Liége), H. Von Euler (Stockholm), Wolff (Utrecht), R. Wybauw (Bruxelles).

Toutes ces conférences se donneront à l'Université libre de Bruxelles où se tiendra également une Exposition internationale des Arts et des Sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire.

Parmi les fêtes et réceptions auxquelles seront conviés les congressistes, on peut dès à présent citer un banquet, une représentation de gala, une soirée équestre au Cercle de l'Etrier. Un programme spécial pour les dames est en voie d'élaboration.

Le mercredi 20 avril, les membres des Journées médicales se rendront à Gand. La cotisation a été fixée à 100 francs (50 francs pour les dames). Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au docteur René Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, Bruxelles.

Nécrologie. — Le médecin colonel en retraite E. Lux.

— Le docteur Maurice Gérard, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Lille.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 26 mars. — Jury : MM. Chevassu, président ; Pierre Duval, Lenormant, Marion. — M. Schtakleff. Contribution à l'étude des myomes du rectum (un cas de myome ulcéré du rectum. — M. Tzannetis. Les images pyélographiques qui simulent le rein en fer à cheval.

— Jury : MM. Gougerot, président ; Tanon, Leroux, Gastinel. — M. Boursaus. Le chancre syphilitique du vagin. — M. Pezé. Contribution à l'étude des cuti-réactions à la tuberculine pratiquées en séries à l'école.

Lundi 28 mars. — Jury : MM. Grégoire, président ; Mathieu, de Gaudart d'Allaines, Lardennois. — M. Adle. Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'injection éthérée. — M. Maruelle. Les formes chirurgicales de la sigmoïdite. — M. Vincent. Les greffes de peau totale libres. — M. Barcat. Résultats et indications des butées ostéoplastiques dans les subluxations congénitales de la hanche. — M. François. Les nouvelles méthodes d'anesthésie par inhalation.

Mardi 29 mars. — Jury : MM. Nobécourt, président ; Rathery, Cathala, Chevallier. — Mlle Béglot. Contribution à l'étude du traitement des broncho-pneumonies infantiles par la transmission sanguine. — M. Orinstein. Etude clinique et biologique de l'association artério-sclérose et polyglobulie. — M. Temerson. La maladie de Duroziez. Etude étiologique et pathogénique. — M. Turiaf. Diabète sucré et glandes sexuelles mâles. (Etude clinique, anatomique et expérimentale.)

Mercredi 30 mars. — Jury : MM. Lemierre, président ; Tanon, Joannon, Vallery-Radot. — M. Domart. Néphrites par inhalation de tétrachlorure de carbone. — M. Servès. Contribution à l'étude des septicémies gonococciques. — M. Grodzenczyk. Assainissement des eaux potables de la ville de Rouen. — Mme Darier. La balnéation au moyen âge.

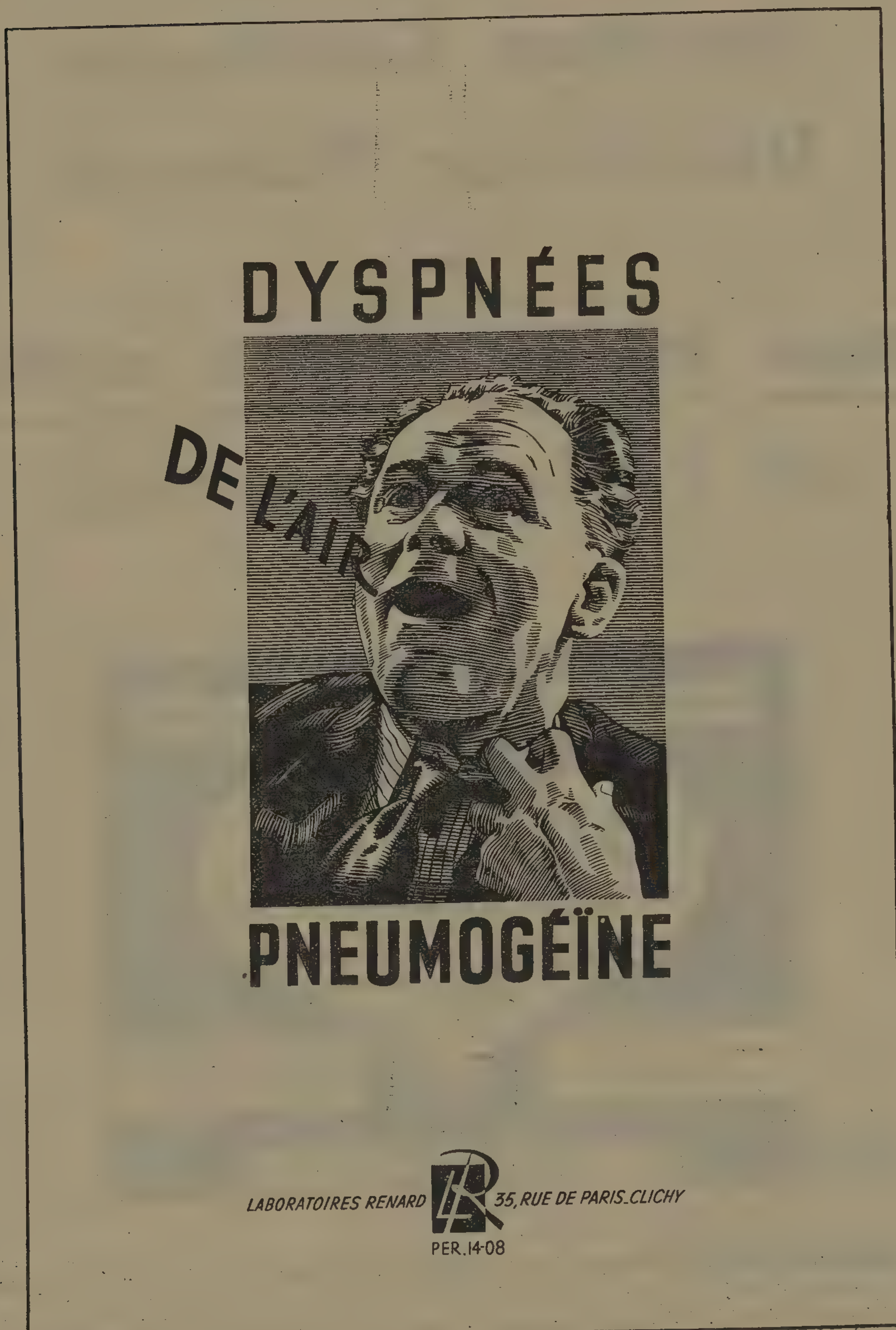
THESE VETERINAIRE

Lundi 21 mars. — Jury : MM. Strohl, président ; Maignon, Panisset. — M. Trofeu. Recherches sur la nature des ferments anaphylactiques.

Lundi 28 mars. — Jury : MM. Lemierre, président ; Coquot, Panisset. — M. Sarazin. Plaies diphtéroïdes du chien.

Mercredi 30 mars. — Jury : MM. Lesbouyriès, président ; Maignon, Henry, Robin. — M. Haberer. Strongylose gastrique du cheval.

(A suivre.)


DYSPNÉES
DE L'AIR
PNEUMOGÉÏNE
LABORATOIRES RENARD 35, RUE DE PARIS_CLICHY
PER.14-08

AGRANULOCYTOSE AIGUË MORTELLE SURVENUE APRÈS ABSORPTION DE PYRAMIDON

Par A. LEMIERRE et Lucien BRUMPT

Le cas d'agranulocytose rapidement mortelle dont on va lire la relation tire son intérêt de ce que les accidents caractéristiques de cette maladie ont éclaté brusquement au cours d'un traitement par le pyramidon. S'il nous est impossible d'incriminer avec une absolue certitude l'intervention de ce médicament dans la production de ces accidents, certains faits d'ordre clinique et expérimental publiés au cours de ces dernières années nous autorisent à la soupçonner.

Observation. — Mme X..., âgée de 62 ans, couturière, entre à l'hôpital Claude-Bernard le 28 mai pour une angine nécrotique avec propagation laryngée et des ulcérations gangréneuses de la face.

Le 22 mai au soir elle a été prise en pleine santé de mal de gorge avec malaise général, inappétence et violente céphalée occipitale. Ces symptômes persistent et s'accentuent les jours suivants. mais la malade continue à vaquer à ses occupations et son sommeil n'est pas altéré.

Le 23 mai, après le repas de midi, apparaît une éruption que la malade prend pour de l'urticaire. Cette éruption localisée à la face, au cou et aux épaules est très prurigineuse.

Le 25 mai apparaissent sur la pommette droite deux érosions jaunâtres et, sur la lèvre supérieure, une fissure qui s'entoure d'une zone congestive.

Le 26 mai, la malade s'est agitée toute la nuit. Pour la première fois, elle prend sa température axillaire qui est à 38°8. Elle consent alors à voir un médecin. Celui-ci s'oriente, semble-t-il, vers le diagnostic de staphyloccocie de la face et injecte 2 cc. de Propidon. Il constate également l'existence d'une angine pseudo-membraneuse, fait un prélèvement qui ne montre pas de bacilles de Löffler, examine les urines qui ne contiennent pas de sucre mais 0 gr. 30 d'albumine.

Le 27 mai, fait important à signaler, la piqûre de propidon n'a provoqué aucune réaction locale ni générale. La malade n'a pas dormi mais se sent mieux, sa température axillaire est à 37°5.

Le 28 mai, après une nuit agitée, la température est le matin à 39°4. Malgré cette fièvre élevée, la malade se lève encore et ne se plaint d'aucune douleur au niveau des ulcérations faciales qui se sont agrandies et suintent légèrement; mais l'angine et la céphalée persistent, l'inappétence est complète, la malade constipée d'habitude n'a pas été à la selle depuis sept jours.

Une nouvelle piqûre de 3 cc. de propidon ne donne pas plus de réaction que la première.

Un oto-rhino-laryngologiste, appelé en consultation, constate l'extension des lésions nécrosantes au pharynx et au larynx et, comme l'escarre de la lèvre supérieure s'est entourée d'une zone inflammatoire étendue, il craint un érysipèle et conseille l'admission à Claude-Bernard.

La malade entre le soir même au pavillon des angines: sa température est à 40°5. Après un examen succinct, on fait un ensemencement de gorge, on injecte par précaution 40.000 unités de sérum anti-diphtérique et on pratique une hémoculture en milieux aérobie et anaérobie.

Le 29 mai au matin nous sommes en présence d'une malade encore fébrile: la température est à 38°5, le pouls à 96, la respiration accélérée mais régulière. La patiente est lucide. Son élocution est gênée par la tuméfaction de la lèvre supérieure et elle s'exprime d'une voix assourdie et rauque. Elle souffre d'une soif vive et réclame des boissons glacées. La face vultueuse est le siège de lésions nécrotiques. Sur la joue droite, au niveau de la pommette, existent deux lésions semblables: le centre noir a la dimension d'une lentille. La périphérie jaunâtre a un diamètre de 10 à 15 mm. Ces escarres sèches, nettement limitées, distinctes l'une de l'autre, siègent dans une même zone inflammatoire rouge chaude peu douloureuse, infiltrant la pommette sans limites nettes, sans bourrelet, respectant l'œil et les paupières.

Sur la moitié gauche de la lèvre supérieure, on remarque une lésion absolument semblable aux précédentes, à cheval sur le rebord cutanéo-muqueux. La lèvre est infiltrée en masse et le toucher buccal révèle que cette induration s'étend à une grande partie de la joue.

L'examen de la cavité buccale, gêné par du trismus, montre une langue saburrale et sèche; le pharynx, la voûte palatine, la face interne des joues sont rouges et vernissées. Sur les amygdales et la luette pend un voile continu de fausses membranes grisâtres d'aspect gélatineux, peu adhérentes, sans hémorragies sous-jacentes.

Fait important à signaler, les lésions faciales et bucco-pharyngées ne s'accompagnent d'aucune adénopathie satellite. Il n'existe pas non plus d'adénopathies dans les autres territoires ganglionnaires.

La rate, percutable sur trois travers de doigt, n'est pas palpable. Le foie semble de volume normal.

Les bruits du cœur sont un peu sourds mais réguliers, la tension artérielle à 14-8 au Vaquez.

Les poumons sont normaux, le système nerveux normal.

Il n'y a ni œdème ni purpura.

Les urines peu abondantes, 200 cc. depuis l'entrée, contiennent de l'urobiline, des traces d'albumine, pas de sucre; les réactions de Hay et Gmelin sont négatives.

L'examen microscopique révèle la présence de cylindres granuleux.

L'urée sanguine est à 0 gr. 78, la glycémie à 0 gr. 92.

Une numération globulaire montre ce matin:

Hématies 4.000.000.

Leucocytes 400 par mm. cube. Parmi ceux-ci on compte:

Lymphocytes et moyens mononucléaires	72
Grands mononucléaires	38

pour cent éléments comptés sur plusieurs frottis.

On ne rencontre pas de polynucléaires, pas de cellules anormales; les hématies ne sont pas altérées.

Les hématoblastes n'ont pas été numérés, mais on en rencontre de nombreux amas sur les étalements.

Le temps de saignement est de 4 minutes, le temps de coagulation dépasse une heure avec sédimentation des hématies et coagulation du type plasmatique.

Pas de signe du lacet.

Notons enfin que tous les prélèvements de gorge sont restés négatifs. L'examen direct de l'exsudat pharyngé montre une flore complexe où prédominent des éléments du muguet.

Le 29 mai au soir la température est à 40°8 et la malade commence à délirer. L'état local reste inchangé.

Dans le sang on observe une sensible modification:

Hématies 3.600.000.

Leucocytes 220. Il n'y a toujours pas d'éléments granuleux.

Une nouvelle hémoculture est pratiquée qui ne poussera pas alors que dans le ballon aérobie de la veille a poussé *un colibacille*.

Le 30 mai, la malade s'est agitée toute la nuit, la température est à 40°5, le pouls à 100 mal frappé, la respiration à 40 par minute, la diurèse presque nulle, la langue rôtie. Les escarres faciales n'ont subi aucune modification.

Un coma progressif s'installe et la mort survient à 11 heures du matin.

Une ponction sternale pratiquée immédiatement après permet d'établir le myélogramme suivant:

Myélocytes neutrophiles	24
Myélocytes éosinophiles	0
Promyélocytes	6
Myéloblastes	6
Hématies nucléées jeunes et adultes	13
Lymphocytes et moyens mono	40
Cellules réticulo-endothéliales	5
Plasmocytes	6
Mégakaryocytes	0,1

Tous les éléments granuleux matures ont disparu. Les formes les plus évoluées s'arrêtent au myélocyte jeune. Nombreuses sont les formes lysées. L'augmentation des cellules mono-nucléées est toute relative. Les hématies nucléées sont représentées surtout par des normoblastes à protoplasme basophile et quelques formes éosinophiles à noyaux multiples. Pas de mégaloblaste cependant.

Mégakaryoblastes, mais pas de mégakaryocytes à granulations.

Conclusions. Les trois lignées médullogénétiques sont représentées toutes trois par des formes jeunes avec arrêt de maturation vers l'élément adulte.

L'autopsie n'a montré aucune lésion viscérale apparente. La moelle osseuse a un aspect macroscopique normal et les frottis, bien que difficiles à lire, confirment les résultats du myélogramme.

L'entourage de la malade a pu nous communiquer les renseignements suivants:

D'origine alsacienne, elle était née de parents robustes et chez ses douze frères et sœurs on ne connaissait aucune maladie chronique, aucune affection hématologique. Ouvrière très sobre, elle

n'avait jamais travaillé en usine ni en atelier. Elle avait conservé toute son activité et, quelques jours avant sa maladie, faisait encore des lessives.

Elle avait atteint 62 ans sans avoir jamais été malade, sans avoir consulté de médecin, ignorante des médicaments et des piqûres.

Elle n'avait pas eu de grossesse, avait été bien réglée, n'était pas sujette aux hémorragies.

Après sa ménopause survenue à 50 ans, elle avait accusé des bouffées de chaleur, quelques maux de tête, douleurs dans les « reins » et diverses articulations.

Pour ces troubles légers, elle avait, sur le conseil d'un ami, fait une cure d'un produit pharmaceutique spécialisé dont chaque cachet contient :

Théine	0 gr. 03
Nitrate de potasse	0 gr. 05
Acide quinique	0 gr. 01
Carbonate de lithine	0 gr. 05
Pyramidon	0 gr. 18
Semence de colchique	0 gr. 02
Phénédine	0 gr. 12
Acétanilide	0 gr. 10

Notre malade avait absorbé deux cachets par jour pendant vingt jours, et après un arrêt de vingt jours, avait recommencé. C'est au 23e cachet de cette seconde série que les accidents étaient survenus.

En résumé, il s'est agi d'une femme de 62 ans, sans antécédents pathologiques, sans tare hématique, qui après avoir absorbé pendant deux mois du pyramidon à petites doses, a été prise en pleine santé d'une angine, puis, quatre jours après de fièvre avec température à 40° et de lésions nécrotiques de la face et du pharynx ; l'examen hématologique a montré une leucopénie extrême avec disparition totale des granulocytes. La mort survient au 8e jour de la maladie.

Nous désirons attirer l'attention sur les points suivants de cette observation :

La maladie semblait à première vue réaliser de très près le tableau de l'agranulocytose essentielle de Schultz. On y relève en effet l'altération profonde de l'état général, l'angine ulcéro-nécrotique sans adénopathies, la leucopénie extrême sans anémie et sans syndrome hémorragique, la disparition des polynucléaires sans apparition dans le sang de formes leucocytaires anormales et enfin l'absence de tout facteur étiologique manifeste. Mais la critique plus serrée des symptômes a montré que cette agranulocytose n'était en réalité ni pure ni primitive.

Déjà l'allongement du temps de coagulation et une diminution des hématies de 400.000 par mm³ à deux examens distants de quelques heures devaient faire formuler quelques réserves, qui ont pris corps devant le myélogramme.

Celui-ci révèle en effet une myélose globale portant sur les trois lignées génétiques. A côté de l'atteinte prédominante de la série granuleuse, on a noté une diminution des érythroblastes et des mégakaryocytes. Il s'est agi en outre d'une myélose incomplète car il persistait encore des éléments jeunes des trois séries. Il faut aussi souligner d'une façon toute spéciale la persistance en nombre appréciable des myélocytes dans la moelle tandis que le sang ne contenait pas un élément granuleux. Cette discordance entre le frottis de sang et le frottis de moelle peut nous permettre quelques hypothèses :

L'évolution suraiguë mortelle en quelques jours ne nous a peut-être permis de saisir qu'un instantané de la maladie. On peut en effet supposer que l'atteinte de la lignée granulocytique, dont les éléments paraissent particulièrement sensibles et sont souvent les plus précocément touchés au cours des myélotoxicoses a seule eu le temps de s'extérioriser ; tandis que l'agression ayant porté sur les hématies et les plaquettes ne se manifestait pas encore à l'examen du sang périphérique. Bref on peut imaginer que si la malade n'avait pas été emportée si rapidement, nous aurions peut-être assisté à l'apparition d'une aleucie hémorragique. Nous n'avons donc pas le droit de classer notre cas parmi les agranulocytoses de Schultz.

Rappelons à ce propos que pour Naegeli, beaucoup de ces agranulocytoses déclarées pures en l'absence de ponction sternale, ne sont que des aplasies médullaires suraiguës dont l'évolution foudroyante ne permet de saisir qu'une étape.

Il nous faut maintenant insister sur l'étiologie des accidents présentés par notre malade.

Nous pensons tout d'abord que le colibacille trouvé dans la première hémoculture n'a joué aucun rôle dans la genèse des accidents. Il ne s'est certainement agi là que d'un germe de sortie tel qu'il est fréquent d'en isoler dans le sang au cours des affections où la défense leucocytaire est gravement compromise.

L'origine toxique par contre doit retenir toute notre attention et nous conduit à aborder le sujet brûlant et de haute actualité des agranulocytoses provoquées par le Pyramidon.

Depuis les observations initiales de Madison et Squier (1), de Watkins (2) en 1933, de nombreuses publications ont paru sur cette question aux Etats-Unis, dans les Pays Scandinaves, puis dans le monde entier. D'autre part Krake (3), P. Plum (4) et Climenko (5) disent avoir constaté expérimentalement l'action leucotoxique du Pyramidon. En France le seul cas où cette étiologie ait paru possible est dû à Braillon (6) qui a fait preuve d'une très grande réserve dans ses conclusions. Rappelons d'autre part que tout récemment le professeur Roch (de Genève) (7) a rapporté devant la Société Médicale des Hôpitaux une observation dans laquelle le rôle du Pyramidon lui a paru au contraire évident.

Deux arguments ont été invoqués contre la possibilité d'une action myélotoxique du pyramidon : en premier lieu la discordance qui existe entre le caractère exceptionnel de l'agranulocytose et l'usage extrêmement répandu du pyramidon ; en second lieu, la modicité des doses de pyramidon absorbé par les patients avant l'apparition du syndrome hématologique. Ainsi notre malade n'avait pris en deux mois que 11 gr. 34 de cette substance ; et des quantités bien inférieures figurent dans nombre de publications étrangères.

A ces objections, il est aisé de répondre que, le plus souvent, les accidents provoqués par les médicaments qui, comme le pyramidon, contiennent un noyau benzénique et notamment l'arsénobenzol, ne sont dus qu'exceptionnellement à l'emploi de doses excessives, mais relèvent d'une intolérance particulière du sujet à ces médicaments. Cette intolérance peut se manifester d'emblée, ou bien elle peut traduire un état de sensibilisation créé par l'usage antérieur et plus ou moins prolongé de la substance chimique incriminée. Rappelons que, chez notre malade, les premiers symp-

tômes d'agranulocytose ont éclaté dès le début de la seconde cure poursuivie avec une certaine spécialité pharmaceutique. Cette conception n'est d'ailleurs pas nouvelle : l'intervention d'une idiosyncrasie a été invoquée par Fitz Hugh (8), celle de la sensibilisation par Madison et Squier (9). Dans sa thèse récente, inspirée par Tsanck, Jaich (10) est arrivé aux mêmes conclusions.

Nous avons cherché à découvrir chez notre malade les stigmates permettant de soupçonner l'existence d'un sol hématique spécial, pour employer l'expression utilisée à l'heure actuelle, mais nous n'avons rien découvert de ce côté. Un seul point paraît cependant devoir être retenu : cette femme était âgée de 62 ans, ce qui autorise à formuler quelques réserves sur l'activité de ses organes hématopoiétiques.

En définitive, le rôle du pyramidon comme facteur d'agranulocytose, s'il n'est pas encore rigoureusement démontré, n'en apparaît pas moins comme très vraisemblable. Les agranulocytoses de cette catégorie sont certainement rares ; mais peut-être ne sont-elles pas exceptionnelles puisque certains médecins américains tels que Rawls (11), les ont constatées chez 1 pour 100 des sujets faisant usage de ce médicament.

D'autre part ces accidents ne paraissent attribuables qu'accessoirement à la toxicité propre du pyramidon, mais relever avant tout d'une intolérance spéciale des sujets traités. C'est pourquoi malgré l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons de les prévoir, mais en raison de leur rareté, il ne paraît pas légitime de bannir de la thérapeutique une substance capable de rendre de grands services à titre d'antialgique et d'antipyrétique.

Mais son utilisation éventuelle réclame quelques précautions. Il est préférable de s'en abstenir chez les individus âgés dont le système hématopoiétique peut être sujet à quelques défaillances. Même chez les sujets jeunes, son administration prolongée doit être par prudence soumise au contrôle de l'examen hématologique.

Enfin il paraît souhaitable que la présence du pyramidon ou amidopyrine dans la composition d'une spécialité pharmaceutique soit portée à la connaissance du public soit par le nom même de cette spécialité, soit par une indication nettement apparente.

BIBLIOGRAPHIE

1. Madison (F. W.) et Squier. — Etiology of primary granulocytopenia (following use of drugs containing amidopyrine alone or with a barbiturate). *Journal of the American Association*, 102, 755, 759, March 10.34.
2. Watkins (C. H.). — Possible rôle of barbiturate and amidopyrine in causation of leucopenic states. *Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.* 8-713, 714, Nov. 22-33.
3. Kracke (R. R.). — Experimental production of Agranulocytosis. *American Journal of Clinical Pathology.* 11-30 Jan. 32.
4. Plum (P.). — Recherches expérimentales et cliniques sur le rôle de l'amidopyrine comme facteur d'agranulocytose. 6 nouveaux cas mortels. *Ugesk. f. laeger*, 96-916, 92 3 août, 23-34. — Démonstration expérimentale de l'importance du pyramidon dans l'étiologie de l'agranulocytose. Action du pyramidon chez l'homme sur la moelle osseuse et sur le sang circulant. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 121, 1227, 1229, déc. 27.1935.
5. Climenko. — Inhibition of leucogenic activity in rabbit by certain cyclic compound. *Proceedings of Society for Experimental Biology and Medicine*, 32, 823, 825, March 35.
6. Braillon (J.). — Agranulocytose aiguë par l'amidopyrine. Guérison rapide. *Le Sang*, 9-892, 899, juillet 35.
7. Roch (M.), Naville et Jendt (S.). — Agranulocytose récidivante. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 988, juillet 2.1937.
8. Fitz Hugh (T.), Junior. — Drug idiosyncrasie with special reference to amidopyrine as cause of agranulocytic angina. *Annals of Int. Med.*, 8-148, 155, August 34.
9. Squier (T. L.) et Madison (F. W.). — Primary granulocytopenia due to hypersensivity to amidopyrine. *The Journal of Allergy*, 6-9, 16 Nov. 34.
10. Jaich. — *Thèse* de la Faculté de médecine de Paris 1937.
11. Rawls (W. B.). — Effect of amidopyrine upon red, white and polymorphonuclear blood-cells of a serie of 100 patients. *American Journal of the Medical Sciences*, 192-175, 179, août 36.

DOCUMENTS OFFICIELS

PROPOSITION DE LOI

relative à l'adjonction de mentions *de* spécialités *au diplôme de* docteur en médecine

PRÉSENTÉE

Par MM. Henri Sellier, Alexandre Bachelet, Betoulle, Léon Bon, Brasseau, Bruguier, Albert Buisson, Marcel Cachin, Carré-Bonvalet, Clamamus, Depierre, Maurice Dormann, Even, Fèvre, Paul Fleurot, Fourment, Gadaud, Gasnier-Duparc, Justin Godart, André Honnorat, Henri Laudier, Le Gorgeu, Moïse Lévy, Lisbonne, Maroselli, Mauger, André Morizet, Auguste Mounié, Eugène Nicolas, Paul-Boncour, Parayre, Léon Perrier, Pézières, Pierre-Robert, Camille Reboul, René Renoult, Eugène Roy, Schrameck, Sénès, Serlin, Jean Valadier et Désiré Valette, sénateurs. (*Renvoyée à la Commission de l'***hygiène**, *de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales.*)

EXPOSE DES MOTIFS (1)

Messieurs,

A la date du 2 juillet 1937, nous avons saisi le Sénat d'une proposition de loi relative à la répression du charlatanisme médical et pharmaceutique, à l'exercice illégal de la médecine et à la réglementation de la publicité.

La Commission de l'hygiène au Sénat poursuit actuellement l'examen de ce projet et la Haute Assemblée doit, dans un délai rapproché, être saisie de ses conclusions.

Mais il est apparu que les dispositions touchant à l'exercice illégal de la médecine resteront incomplètes, si elles ne prévoient pas les mesures indispensables pour mettre fin à une pratique trop fréquente dans l'exercice de l'art médical qui, quoique actuellement conforme aux dispositions réglementaires, n'en constitue pas moins une véritable forme du charlatanisme.

A l'heure actuelle, en effet, tout titulaire d'un diplôme de docteur en médecine peut se targuer d'une spécialisation

(1) Nous avons mis en italique certains passages, sur lesquels nous attirons l'attention. Ces passages ne sont pas en italique dans le texte du projet de loi. (N.D.L.R.)

dans des soins d'une nature déterminée, sans qu'il soit obligé de justifier de la compétence. Un médecin peut s'établir oculiste sans qu'au cours de ses études il ait été appelé à s'orienter à cet effet, ou à exercer un stage dans un service spécialisé. Il peut s'intituler chirurgien sans jamais avoir exercé l'art opératoire.

Il en est de même en ce qui concerne certaines méthodes spéciales d'investigation, la radiologie, par exemple, qui peuvent être exercées par n'importe quel docteur en médecine, sans que celui-ci ait été appelé à apprendre le mécanisme des appareils délicats indispensables et à interpréter les indications qu'ils lui fournissent.

Pour mettre fin à cet état de chose, il a été parfois suggéré de briser l'unité du diplôme médical et de créer des diplômes de médecins spécialistes.

Les syndicats médicaux se sont nettement opposés à ce point de vue qui, d'ailleurs, n'a été partagé ni par les services du Ministère de la Santé publique ni par ceux de l'Education nationale.

Il apparaît, en effet, pratiquement impossible et même dangereux de limiter pour un praticien l'exercice de son activité à une ou plusieurs spécialités.

L'art médical ne peut tout d'abord normalement être assuré que par ceux qui possèdent une éducation et une *culture médicale complètes*. Les différents aspects de la physiologie et de la biologie, les rapports de causalité entre certaines manifestations morbides et les troubles organiques apparemment les plus éloignés, le perfectionnement des moyens d'investigation chimiques ou physiques, exigent de la part du praticien un ensemble de connaissances générales théoriques ou pratiques, sans lesquelles il ne peut utilement exercer son art, dans une quelconque spécialité.

La légitimité de la qualification de spécialiste s'acquiert beaucoup plus par une *expérience étendue*, créée à la suite d'interventions répétées dans le même domaine, *que par une éducation médicale scientifique particulière*.

Nous pouvons donc poser, en principe, qu'ainsi que cela existe à l'heure actuelle, le diplôme de docteur en médecine *ne peut en lui-même être divisé et acquis autrement qu'à la suite d'un enseignement général qualifiant celui qui l'a reçu pour exercer tous les aspects de l'art médical.*

L'objectif que nous poursuivons, d'ailleurs, dans la présente proposition de loi n'est pas de limiter l'exercice de l'art médical, mais uniquement *de réprimer le charlatanisme*, c'est-à-dire empêcher qu'un médecin n'invoque frauduleusement pour faire appel à la clientèle une aptitude qu'il ne possède pas.

Il est arrivé trop souvent que de *jeunes praticiens frais émoulus de l'école, titulaires de leur diplôme mais sans aucune pratique clinique, cherchent avant de s'installer dans une ville, quel est le vocable sous lequel ils ont le plus de chances de réaliser une opération commerciale fructueuse* et qu'ils affichent, sans enfreindre aucun règlement, la spécialité qui leur apparaît comme devant être la plus rémunératrice, même s'ils ne possèdent aucune vocation particulière à l'exercer.

Cette fraude ne peut, à notre sens, être réprimée que si le diplôme de docteur en médecine subsistant dans les conditions actuelles, avec l'étendue des droits qu'il confère, *des mentions particulières* lui sont ajoutées, certifiant qu'en dehors de son éducation générale, le praticien a eu l'occasion de se familiariser avec certains aspects particuliers de l'art médical.

Tous les médecins donc, quelle que soit leur spécialité, doivent dans notre esprit être, *a priori*, soumis aux mêmes études, et la recherche d'*un certificat de spécialisation* ne peut être envisagée qu'au profit de ceux qui, préalablement, auront obtenu le diplôme de docteur en médecine.

Etant donné l'immense étendue des connaissances médicales actuelles, déjà difficiles à vrai dire à acquérir dans la présente durée de scolarité, il ne nous paraît pas possible que soient réduites l'importance et la nature des exercices et des études auxquels sont, à l'heure actuelle, soumis les médecins, et prélevée pour étude approfondie d'une spécialité particulière, une partie du temps reconnu indispensable pour la culture générale.

Les certificats spéciaux devront, à notre sens, être acquis pas un complément aux études traditionnelles, et leur délivrance donner lieu beaucoup plus à des stages appropriés dans des centres cliniques, sous la direction de maîtres éprouvés, qu'à des études ayant un caractère purement livresque.

La conquête des certificats doit pouvoir être poursuivie, d'autre part, par des docteurs en médecine exerçant soit dans le public, soit dans des établissements spécialisés, l'art médical et accomplissant en même temps les stages nécessaires pour la conquête du certificat de spécialité.

***

Ces règles posées, il importe de rechercher quelle va être la nature des mentions spéciales qui pourront être inscrites sur les diplômes médicaux.

Un texte antérieurement étudié par le Ministère de l'Education nationale avait envisagé, à cet égard, les stipulations ci-après :

Le diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français et visé par l'article premier de la loi du 30 novembre 1892 et l'article premier de la loi du 26 juillet 1935 comporte obligatoirement une ou plusieurs des mentions suivantes :

1. Médecine générale.
2. Chirurgie.
3. Ophtalmologie.
4. Oto-rhino-laryngologie.
5. Electro-radiologie.
6. Sciences médicales.
7. Odonto-stomatologie.

Un décret rendu en Conseil Supérieur de l'Instruction Publique fixera les conditions de scolarité et d'examens nécessaires à l'obtention de ce diplôme et fixera également les conditions dans lesquelles les titulaires de ce même diplôme pourront acquérir une nouvelle mention.

Nous n'avons pas cru devoir nous rallier à cette formule. Il nous semble en effet imprudent de prévoir dans la loi l'indication même des spécialités qui pourront donner lieu à la délivrance de certificats. La science médicale est à l'heure actuelle tellement mouvante, de nouvelles techniques naissent si fréquemment, qu'il serait illusoire de prétendre préciser dans un cadre légal, forcément rigide, et dont la modification entraînerait une procédure et des complications difficiles, l'ensemble des certificats de spécialités qu'il apparaîtra désirable d'attribuer.

D'ores et déjà il semble bien que ne figure pas dans le texte sus-visé, l'indication d'un certain nombre d'activités médicales, qui pratiquement à l'heure actuelle sont assurées par des spécialistes.

Le mieux, semble-t-il, sera de laisser à un texte réglementaire, à intervenir par délégation de la loi, le soin de déterminer la nature des spécialités médicales qui pourront donner lieu à des certificats spéciaux.

Ce texte d'ailleurs devra, — ce qui est impossible à la loi — préciser la définition exacte de la spécialité et des activités qu'elle comporte.

Bien entendu, et cela conformement à une pratique dont le bien fondé est incontestable et dont les avantages s'avèrent chaque jour, les organisations professionnelles du corps médical devront être consultées pour l'élaboration des textes dont il s'agit.

*
* *

Il paraît, d'autre part, nécessaire de saisir l'occasion offerte par la réglementation des spécialités médicales, pour régler définitivement la question de l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, et nous proposons la suppression pure et simple des diplômes de chirurgien-dentiste et dentiste, tels qu'ils ont été établis par les lois du 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935 en ce qui concerne les dentistes alsaciens-lorrains.

*
* *

Bien entendu, le texte prévoit en même temps, les mesures transitoires qui tendent à autoriser les médecins exerçant actuellement une spécialité, à pouvoir en revendiquer la qualité, sans être soumis aux nouvelles exigences réglementaires.

De même pour les dentistes munis à l'heure actuelle de leur diplôme.

Nous vous proposons en conséquence de vouloir bien adopter le texte ci-après :

PROPOSITION DE LOI

ARTICLE PREMIER. — Le diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français et visé par l'article premier de la loi du 30 novembre 1892 et l'article premier de la loi du 26 juillet 1935, *peut comporter une ou plusieurs mentions* indiquant que son possesseur a *justifié de connaissances particulières* dans l'exercice d'une spécialité médicale.

Un *règlement d'administration publique*, rendu sur proposition des Ministres de l'Education nationale et de la Santé publique, après avis des organisations professionnelles intéressées, *arrêtera la liste des mentions susceptibles d'être insérées au diplôme de docteur en médecine* et précisera leur signification. Il fixera la date à laquelle elles pourront être attribuées.

Un décret rendu en Conseil supérieur de l'Instruction publique, déterminera les conditions de scolarité, d'examen et de stage, nécessaires pour obtenir l'inscription au diplôme de docteur e médecine, de l'une ou plusieurs des mentions prévues aux paragraphes précédents.

ART. 2. — Les dispositions ci-après seront insérées en tête de l'article 19 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

« Usurpe le titre de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou l'une des mentions ou certificats complémentaires du diplôme de docteur en médecine, quiconque se l'attribue publiquement sans avoir obtenu le diplôme, le certificat ou la mention correspondants. »

ART. 3. — Remplacer le premier alinéa du deuxième paragraphe de l'article 19 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, par le texte ci-après :

« L'usurpation de l'une ou de plusieurs mentions ou certificats complémentaires du diplôme de docteur en médecine est punie... »

ART. 4. — La ou les mentions du diplôme de docteur en médecine confèrent à son titulaire le droit d'exercer l'art médical dans son intégralité. Toutefois, il est interdit à un médecin, sous réserve des pénalités prévues à l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892, *de se targuer dans une publicité quelconque, de la qualité de spécialiste* pour l'une des activités médicales qui font l'objet des mentions prévues à l'article premier, s'il ne justifie la possession du diplôme comportant la mention afférente à cette activité.

ART. 5. — *Un arrêté du Ministre de la Santé publique*, rendu sous la forme fixée au règlement d'administration publique prévu à l'article premier et après avis des organisations professionnelles intéressées, *autorisera les médecins justifiant avoir exercé avant la promulgation de la présente loi leur activité professionnelle en se targuant de la qualité de spécialiste* pour l'une des activités médicales qui font l'objet des mentions prévues à l'article premier, à s'attribuer le titre spécialiste dans cette activité.

ART. 6. — Le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article premier de la loi du 30 novembre 1892 et à l'article premier de la loi du 26 juillet 1935 est supprimé. Nul ne peut, à dater du vote de la présente loi et sauf l'exception prévue à l'article 7, acquérir le droit d'exercer l'art dentaire, s'il n'est titulaire du diplôme de docteur en médecine.

ART. 7. — Les chirurgiens-dentistes et dentistes conservent les droits qu'ils tiennent de la loi du 30 novembre 1892 et de la loi du 26 juillet 1935 et des différentes lois fixant le statut des dentistes alsaciens-lorrains.

Ils peuvent remplacer l'appellation de chirurgien-dentiste par celle de docteur-dentiste figurant sans disjonction à la suite immédiate du nom patronymique.

Les étudiants qui seront pourvus d'une inscription en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, dans un délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi, pourront continuer leurs études et obtenir ce diplôme.

ART. 8. — Un règlement rendu en Conseil supérieur de l'Instruction publique, fixera les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes pourront acquérir le diplôme de docteur avec mention, tel qu'il est institué par la présente loi, *sans qu'il puisse y avoir dispense des titres initiaux* requis par les règlements et sans que la dispense de scolarité puisse excéder trois ans.

Il ne pourra être accordé de dispense d'examen que pour la matière concernant l'art dentaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1938)

M. MONDOR souligne l'existence d'une forme pédiculée du **cancer de l'estomac** ; ni l'aspect clinique ni les signes radiologiques n'arrivent à guider le diagnostic ; l'aspect macroscopique même de la tumeur ferait plutôt penser à une tumeur bénigne ; seul l'examen histologique a révélé dans les deux cas opérés par l'auteur la nature maligne (épithélioma glandulaire) de la tumeur.

M. DOUAY précise les **indications de la conservation des ovaires** dans l'hystérectomie, et trouve la justification d'une conservation large dans les chiffres provenant du service de M. Moure : sur cinquante malades revues récemment, on constate :

82 p. 100 de bons résultats (malades ne présentant aucun trouble) si les deux ovaires ont été conservés, 62 p. 100 en cas de conservation unilatérale.

Il n'y a que 4 p. 100 des malades chez lesquelles la conservation d'un ou deux ovaires n'a pas empêché l'apparition des troubles de castration ou de troubles pelviens.

M. J.-L. FAURE considère que la difficulté de la chirurgie conservatrise réside dans la conduite à tenir lorsque les ovaires ne sont pas parfaitement sains. Personnellement il préfère reséquer un ovaire douteux que de le conserver.

M. LE JEMTEL a observé un cas d'**ostéome du ligament rotulien.**

MM. DU BOURGUET, PERRIGNON DE TROYES, PAPONNET : **Tumeur bénigne de l'intestin grêle** (fibro-myxome) **ayant entraîné une occlusion aiguë par invagination iléo-iléale. Entérectomie. Guérison.**

M. FREDET fait un important rapport à propos d'un travail de M. Trenel sur le **conditionnement de l'air dans les salles d'opération.** Rappelant les nombreux travaux consacrés à cette question et en particulier celui de Quenu et Laudel (1902), M. Fredet souligne que la *pollution de l'atmosphère d'une salle d'opération est causée principalement par les personnes présentes.* M. Trenel a fait construire une salle d'opération ventilée par de l'air conditionné, c'est-à-dire désinfecté, avant d'être porté à un degré de température et d'humidité optimum. Et avant de pénétrer dans la salle d'opération, le malade et le personnel sont soumis à un flux de rayons ultra-violets, ce qui assure, au sens de l'auteur, une désinfection complète en surface.

M. Léon BÉRARD. — **A propos de la chirurgie des goitres.** L'auteur, dont l'expérience est considérable puisqu'elle porte sur 6.000 interventions, précise l'étendue qu'il convient de donner aux exérèses chirurgicales du **corps thy-**

roïde. Il estime que dans la plupart des goitres banaux il faut toujours laisser au moins 1/5 du volume de la glande en s'efforçant de conserver à cette portion laissée en place ses éléments vasculo-nerveux.

M. FOUCAULT présente une intéressante observation dans laquelle on a pu obtenir l'**image radiographique d'un diverticule de Meckel** dont l'existence était confirmée quelques jours plus tard par l'intervention chirurgicale.

M. CADENAT expose les avantages du clamp-rotor qu'il a fait construire et qu'il utilise dans les gastrectomies.

(SÉANCE DU 2 MARS 1938)

M. MOULONGUET fait un rapport sur une observation de M. Yanopulo intitulée : **kyste néoplasique du sein ;** huit mois après un accouchement, une femme jeune voit apparaître deux tumeurs l'une kystique, l'autre solide au niveau d'un des seins ; la nature maligne de ces deux tumeurs n'est révélée que par l'examen histologique des deux noyaux enlevés chirurgicalement. Il faut souligner le revêtement kystique d'une des tumeurs ; cette forme se rencontre habituellement chez des femmes très âgées. M. Moulonguet insiste sur l'intérêt de l'examen diaphanoscopique du sein qui permet d'éliminer les kystes du sein et les dystrophies mammaires de l'allaitement qui apparaissent translucides tandis que les tumeurs solides sont opaques.

M. BASSET expose un cas de **lithiase pancréatique** observé par M. Papin ; il semble qu'il s'agissait plutôt d'une pancréatite lithogène acinoglandulaire, affection particulièrement rare. Au point de vue clinique, peu de symptômes caractéristiques ; sur les clichés de face et de profil, le siège de l'ombre et sa forme ont plus de valeur pour le diagnostic. Dans toutes les opérations rapportées, l'exérèse des calculs n'a jamais été qu'incomplète, entraînant cependant une amélioration sur les phénomènes douloureux présentés par les malades.

M. BARRET — **La gastrectomie simplifiée par l'emploi de la pince de Wendel, de la pince de Friedrich et de l'Evipan.** L'auteur souligne la rapidité de la suture lorsqu'on utilise la pince de Wendel ; il n'y a aucune désunion du moignon duodenal dans les dix cas où ce procédé a été utilisé.

M. SOUPAULT craint qu'en utilisant l'Evipan pour les gastrectomies, on n'ait besoin de doses élevées dépassant 20 centigrammes, doses préjudiciables au malade.

M. MOURE et M. Robert MONOD estiment que les doses élevées n'ont pas d'importance en raison de la rapidité d'élimination de l'Evipan.

M. OKINCZYC s'élève contre la simplification exagérée qu'on veut apporter dans la technique des gastrectomies.

M. ROUHIER. — **A propos de l'utilisation des sangsues comme préventif des phlébites post-opératoires.** L'auteur a renoncé à utiliser les sangsues dans les phlébites constituées, mais il estime qu'on doit en appliquer préventivement dès le 3e ou 4e jour après l'intervention. M. ROUHIER a vu diminuer considérablement le nombre des phlébites post-opératoires depuis les 22 mois qu'il a mis en œuvre cette pratique.

M. AMELINE ayant appliqué cinq fois des sangsues à titre préventif pour des fibromes infectés, a observé une phlébite double, une phlébite unilatérale et un infarctus de la base.

M. GRÉGOIRE. — **Les répercussions de l'inflammation des veines sur le système artériel collatéral.** Au cours d'une phlébite, une femme présente un spasme artériel tel qu'il se produit une nécrose de la jambe ayant nécessité l'amputation. La rapidité d'installation des accidents est telle qu'on fait le diagnostic d'embolie de l'artère fémorale ; après incision sur la ligne de ligature, on constate que l'artère fémorale est rétractée, du volume d'une radiale, mais ne renferme pas de caillot.

En regard de la zone spasmée, on constate que la veine est distendue par un caillot important. Une sympathectomie périartérielle et périveineuse n'amène qu'une sédation passagère des accidents qui aboutissent à une nécrose du pied et de la jambe. Amputation.

M. GRÉGOIRE souligne que ces cas ne sont pas aussi exceptionnels qu'on pourrait le croire.

M. CHEVRIER aurait observé un cas assez voisin où la phlébite s'est manifestée après le spasme artériel.

M. BANZET cite également un cas en tout point superposable à celui de M. Grégoire.

M. MONDOR croit que dans des cas analogues, la phlébectomie suffirait peut-être pour améliorer l'état de la circulation artérielle.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1938)

Analyse chronaximétrique de l'excitabilité de l'intestin et de ses nerfs extrinsèques, chez le chien. — M. et Mme A. CHAUCHARD et M. Paul CHAUCHARD montrent que le système intestin nerfs extrinsèques se caractérise par l'identité des chronaxies des fibres accélératrices et des fibres inhibitrices (2 sec.) et la valeur du temps de sommation (6 secondes) qui est identique, quel que soit le nerf interrogé, et caractérise l'organe d'aboutissement (fibre musculaire intestinale).

Variations d'excitabilité de l'intestin et de ses nerfs extrinsèques sous l'effet de divers agents pharmacologiques. — M. Paul CHAUCHARD indique que l'acétylcholine, intermédiaire chimique parasympathique et les corps qui exaltent le péristaltisme, diminuant la chronaxie de l'intestin, favorisent les fibres parasympathiques activatrices (diminution de leur temps de sommation) et entravent les fibres sympathiques inhibitrices (augmentation de leur temps de sommation). Au contraire, l'adrénaline, intermédiaire chimique sympathique et les inhibiteurs du péristaltisme, ont un effet inverse. Ces modifications sont à comparer à celles qui se produisent dans le cas du cœur, où une diminution de chronaxie provoque au contraire, l'inhibition.

Etat du virus fixe dans les vaccins antirabiques phéniqués. — M. P. LÉPINE et Mlle V. SAUTTER ont étudié la conservation du virus fixe dans les vaccins antirabiques phéniqués. Ils montrent qu'il est possible de mettre en évidence du virus fixe vivant pendant toute la durée d'efficacité des vaccins phéniqués, et que ceux-ci, alors même qu'ils ne tuent plus le lapin par injection intracérébrale, demeurent capables de déterminer chez l'animal les lésions histologiques typiques caractérisant le virus fixe. Les vaccins phéniqués ne font donc pas exception dans les méthodes d'immunisation contre les ultravirus. L'adjonction d'acide phénique à une émulsion virulente ne constitue qu'un mode particulièrement sûr et progressif d'atténuation du virus.

Cycle évolutif du Treponema Pallidum. MM. C. LEVADITI et A. VAISMAN, à la suite d'expériences consistant à suivre l'évolution de l'inoculation, sous le scrotum du lapin, de fragments de cerveau de souris atteintes de tréponémose cliniquement inapparente, concluent que les particularités évolutives de la spirochétose locale concordent avec l'hypothèse de l'existence d'une phase infravisible dans le cycle évolutif du *Treponema pallidum*.

Prémunition antituberculeuse du cobaye par instillations répétées de BCG sur la conjonctive. — M. R. SCHWARTZ

montre que les cobayes prémunis par 20 instillations conjonctivales de 0 mgr. 5 de BCG, au total 10 milligr. de ces germes, présentent une résistance manifeste à une infection tuberculeuse réalisée par la même voie avec 1 milligr. de bacilles tuberculeux virulents. Six mois après l'épreuve virulente, les lésions des cobayes prémunis sont encore beaucoup moins prononcées que celles des témoins.

La résistance conférée au cobaye par cette méthode n'est pas purement locale, car elle se manifeste également chez les animaux prémunis de la même façon et éprouvés par voie sous-cutanée avec 0 mgr. 001 de bacilles tuberculeux virulents.

Hypovitaminose C et glutathionémie chez des jeunes sujets atteints de tuberculose pulmonaire. — M. P. Armand-Delille et Mlle G. Urbain ont fait le test d'élimination de l'acide ascorbique chez des enfants de 13 à 15 ans atteints de tuberculose pulmonaire. Ils ont trouvé une carence en acide ascorbique dans tous ces cas ; carence dont l'importance est en rapport avec celle de la maladie. Ils ont également constaté que l'organisme des tuberculeux consomme plus d'acide ascorbique que l'organisme normal.

Cette carence en vitamine C n'est pas accompagnée de diminution notable du glutathion du sang.

Allergines tuberculiniques des souches de bacilles tuberculeux humains. — M. P. Armand-Delille et Mlle O. Gysin ont obtenu des allergines tuberculiniques extraites des cultures de 4 semaines de souche S., de bacilles isolés du sang, chez de jeunes sujets présentant une tuberculose évolutive.

Ces allergines provoquent par injection intradermique, suivant la technique de Mantoux, des réactions semblables à celles de la tuberculine de l'Institut Pasteur, employée en mêmes doses, mais suivant les sujets, elles sont soit d'égale intensité, soit beaucoup plus fortes, soit au contraire plus faibles.

Ils en concluent que ces souches S. sont bien des bacilles tuberculeux des mammifères et non des aviaires ou du paratuberculeux.

Une autre déduction est que la tuberculine brute est vraisemblablement un corps complexe et que les allergines d'une race déterminée provoquent une réaction variant avec certaines conditions pathologiques des individus.

Diminution de virulence de la variante de deux souches de bacilles tuberculeux aviaires, après des années de passage « in vitro » sur la pomme de terre glycérinée. — M. A. Saenz. Deux souches aviaires ayant conservé intact leur caractère S lisse initial, qui portent en elles toutes les propriétés de l'espèce aviaire, ont diminué considérablement de virulence au cours de plusieurs années de passages « in vitro » sur pomme de tere glycérinée.

Pour l'une des souches étudiées, la raison de la diminution de virulence semble avoir été le passage répété, pendant quatre années, sur pomme de terre glycérinée.

Ces recherches démontrent que la perte de virulence des souches aviaires peut indistinctement survenir dans ces deux variétés de souches aviaires.

En raison de cette diminution de virulence de ces deux variantes, la dissociation du bacille aviaire devient entièrement comparable à celle que l'on observe pour d'autres espèces microbiennes.

Immunisation et sensibilisation de lapins vis-à-vis de bacilles tuberculeux de type aviaire, au moyen de bacilles aviaires morts, englobés dans de la paraffine. — M. F. van Deinse montre que ce procédé peut conférer au lapin une immunité manifeste vis-à-vis du bacille aviaire vivant, à condition de donner l'inoculation d'épreuve environ cinq semaines après l'injection des bacilles paraffinés. Dans la suite, les animaux deviennent tellement hypersensibles, que l'injection intraveineuse de bacilles aviaires vivants déclanche chez eux une tuberculose Yersin, évoluant vers la mort en quelques jours. Ceci semble confirmer que la mort dans la tuberculose Yersin, est due à l'allergie.

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1938)

Titrage de l'antigène et de l'anticorps capsulaire de la bactéridie charbonneuse selon la méthode de G. Ramon. — M. W. SCHAEFER montre que la méthode de détermination des proportions équivalentes dans des mélanges antigène-anticorps par la floculation initiale est bien applicable à la réaction de floculation entre l'antigène et l'anticorps capsulaire de la bactéridie charbonneuse, à condition d'utiliser des doses constantes d'anti-sérum et des doses variables d'antigène. Si, par contre, on utilise des doses constantes d'antigène et des doses variables d'anti-sérum, le premier tube floculant contient un excès considérable d'anticorps.

Rôle du bacille bovin dans les tuberculoses externes. — MM. H.-L. ROCHER et R. LAPORTE rapportent les premiers résultats d'une enquête sur le rôle du bacille tuberculeux bovin dans l'étiologie des lésions tuberculeuses externes de l'enfant et de l'adulte. Sur 89 cas (61 enfants et 28 adultes), ils ont isolé deux fois seulement le bacille bovin, chez un enfant de huit ans, à partir du produit de curetage d'une adénite massétérine, et chez un homme de 27 ans à partir du pus d'une adénite cervicale.

Etant donné que, dans les pays étrangers, les cas de tuberculoses externes (ganglionnaire, osseuse, articulaire, cutanée), sont parmi ceux qui fournissent les pourcentages les plus élevés de bacilles bovins, les auteurs croient pouvoir conclure que les conditions de contamination de l'enfant et de l'adulte, par le bacille tuberculeux d'origine bovine, sont assez rarement réalisés en France. Pour être concluante, cette enquête doit être, d'ailleurs, poursuivie.

Rôle de l'infection bacillaire d'origine bovine dans la tuberculose de l'enfant et de l'adulte. — M. A. SAËNZ a eu l'occasion d'isoler, au cours de ces cinq dernières années, 843 souches de bacilles tuberculeux de la clinique humaine, d'origines extrêmement variées. Les 843 résultats positifs obtenus, dont 425 provenaient des enfants, ont fourni 830 cultures humaines et 13 souches bovines. Les enfants furent plus souvent atteints que les adultes par le bacille bovin.

De ces recherches, on peut déduire qu'en France, le rôle du bacille bovin, même dans la tuberculose de l'enfant, est minime.

La strychnine comme activateur des substances adrénaliniques. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC démontrent que la strychnine est un activateur de l'effet hypertenseur des substances adrénaliniques, au moins aussi puissant que la cocaïne. Dans les conditions expérimentales ordinaires, la toxicité de la strychnine ne permet pas d'atteindre les doses nécessaires à l'activation. Mais, en diminuant la toxicité de l'alcaloïde par l'emploi du dérivé iodométhylé, ou en augmentant la résistance de l'animal par curarisation préalable, on peut arriver à la dose efficace. L'activation est due aux deux faits suivants : 1° la strychnine sensibilise directement les vaso-constricteurs aux sympathomimétiques ; 2° elle supprime le réflexe hypotenseur sino-carotidien qui modère l'effet hypertenseur des sympathomimétiques.

Contribution à l'étude des variations de l'excitabilité réflexe médullaire chez les Batraciens. — M. P. CHAUCHARD indique que le réflexe médullaire de flexion d'un membre peut s'obtenir chez une grenouille dont les centres nerveux sont réduits à la moelle, pour une excitation électrique unique du nerf sensitif dans environ 60 p. 100 des cas, ce qui est contraire à l'opinion classique selon laquelle une sommation d'excitations est toujours nécessaire. Ceci montre que l'excitabilité des divers neurones de l'arc réflexe peut souvent, chez les Batraciens, être régularisée en l'absence du mésencéphale, centre principal de cette régulation.

Action des divers étages de centres sur l'excitabilité du réflexe médullaire chez le cobaye. — M. et Mme A. CHAUCHARD et M. P. CHAUCHARD montrent que chez le cobaye la différenciation chronaxique des antagonistes, provisoirement supprimée par l'élimination du mésencéphale, reparaît par la suite même chez l'animal spinal. Le réflexe médullaire répond toujours à l'excitation unique. La moelle des mammifères peut donc constamment suppléer à l'absence du mésencéphale dans la régulation de l'excitabilité des neurones tant intra qu'extramédullaires.

Sur les variations de l'activité ocytocique du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de l'histamine, de l'acétylcholine et de l'adrénaline. — MM. G. et A. UNGAR et J. DUBOIS ont constaté que la teneur du liquide céphalo-rachidien, en principe ocytocique (probablement d'origine hypophysaire), augmente sous l'influence de l'histamine et de l'acétylcholine et diminue par l'adrénaline. Les deux premières substances semblent donc stimuler l'activité du lobe nerveux de l'hypophyse, alors que la troisième paraît l'inhiber

PRATIQUE MÉDICALE

LA RÉFECTION MAXIMA DE L'HÉMOGLOBINE SANGUINE

par les professeurs G. FONTÈS et L. THIVOLLE (1)

Les auteurs complètent leur communication à l'Académie de médecine (3 nov. 1936), par cette note à la Société de Biologie. Ils ont préparé un produit capable a priori d'apporter à l'animal anémique, en plus de sa ration de base et outre le fer, le cuivre et les acides aminés hématogènes (tryptophane et histidine), la totalité des acides aminés de la molécule globine qu'il s'agit de reconstruire. Un tel produit renferme de la globine et les composés nouveaux constitués par les globinates de fer, de cuivre et de manganèse. Sa constitution équilibrée par le calcul de manière que l'élaboration de l'hémoglobine puisse se produire sans limitation de rendement autre que la capacité d'absorption intestinale du fer est la suivante : 1-tryptophane, 2,5 mgr., chlorhydrate de 1-histidine 5 mgr., globine 16,6 mgr., globinate de fer 66,6 mgr., globinate de cuivre 3,6 mgr., globinate de manganèse 6,6 mgr., excipient q. s. pour un comprimé de 0 gr. 15. Chaque comprimé comprend 10 mgr. de fer, 0,66 mgr. de cuivre et 1,32 mgr. de manganèse.

Les auteurs étudient la réfection de l'hémoglobine provoquée par un tel produit chez le chien par comparaison avec le foie de veau cru. L'expérience a été longuement poursuivie, et les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : le foie de veau cru même ingéré à une dose très supérieure à celle utilisée par Whipple (400 gr.) est incapable d'assurer le maintien du poids du chien anémique. Le rendement en hématies est faible et ne permet pas de retrouver le chiffre normal. La fabrication de l'hémoglobine est toujours inférieure à la réfection maxima.

Les comprimés de globinofer ajoutés à du riz et à du lait conditionnent une intense reprise du poids.

Les hématies dépassent toujours de beaucoup le chiffre initial. La réfection de l'hémoglobine, toujours supérieure dans l'ensemble à celle du foie, atteint pendant la deuxième semaine de la troisième période le chiffre de 3 gr. 72 par kilo (semaine donc supérieure à la réfection obtenue à la suite de la première saignée : 3,28 gr.).

Le foie agit exclusivement par le fer, le cuivre, les acides aminés et les protéides qu'il apporte. Mais le fer et le cuivre du foie semblent y exister sous une forme moins utilisable que les globinates qui sont instantanément et totalement ionisables par l'acide chlorhydrique à 2 p. 1.000.

(1) C. R. Soc. de Biologie, 1936, p. 804. Paris, Masson.



NOTES POUR L'INTERNAT

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE (1)

3. La phase clonique est annoncée par :

— Une inspiration profonde, puis une expiration prolongée et bruyante.

La contracture cède brusquement pour faire place à des convulsions *généralisées*, saccadées :

— La face vultueuse est grimaçante, de la bouche s'écoule une écume sanglante, les yeux roulent convulsivement.

— Les membres supérieurs, en demi-flexion et pronation forcée, s'agitent transversalement, semblant battre le « mouvement de rappel ».

— Tandis que les membres inférieurs sont presque immobiles.

— La cage thoracique est secouée de mouvements ataxiques, la respiration stertoreuse.

Mais cette agitation critique se fait *sur place :* la malade ne tombe pas de son lit.

Cette période dure en moyenne de 45 secondes à 1 minute.

Les secousses, d'abord de rythme rapide et désordonné, deviennent plus amples, puis disparaissent, faisant place à une résolution musculaire complète. C'est la :

4. Phase de coma, avec :

— Perte de connaissance plus ou moins complète.

— Respiration stertoreuse, Cheyne-Stockes parfois.

— Mydriase.

— Pouls rapide, dur, tendu.

— Température, après s'être élevée pendant l'accès, revient à la normale.

— Oligurie (50 grammes d'urine par 24 heures avec 10 à 20 grammes d'albumine, contenant également de l'urobiline et de l'acétone).

— L'hypertension, après avoir subi un à-coup considérable au début de la crise, diminue.

— L'azotémie est normale, rarement élevée.

Durée variable : quelques heures à plusieurs jours.

EVOLUTION

A. *Du syndrome convulsif.*

L'accès est rarement unique.

Habituellement, ils se répètent par groupes de 5 à 6, à intervalles plus ou moins réguliers et constituant l'Attaque d'Eclampsie.

Plusieurs éventualités sont alors possibles. Mais le pronostic doit toujours être réservé.

1° Guérison.

Sous l'influence du traitement, les crises, au nombre d'une dizaine dans les cas moyens, s'espacent et deviennent moins intenses.

Peu à peu, la malade sort du coma, présentant de la somnolence, de l'obtusion intellectuelle, de l'amnésie.

On doit interpréter comme éléments de pronostic favorable :

— La baisse de la T. A., mais surtout, coexistent avec la fonte des œdèmes, une débâcle urinaire abondante, annonciatrice de la guérison et s'accompagnant d'une décharge massive d'albumine.

2° Des complications sont cependant possibles :

— Ecchymoses.

— Emphysème plus ou moins généralisé.

— Hémorragie des centres nerveux. Troubles oculaires. Infection puerpérale dans les suites de couches.

— Troubles mentaux : manie tardive, coprolalie puerpérale.

— Séquelles rénales.

3° Mort dans 15 à 20 p. 100 des cas.

a) Soit au cours d'un accès, par asphyxie ou syncope ;

b) Soit au cours du coma :

— Par un accident lié à l'hypertension : hémorragie cérébrale ou méningée, révélée par la P. L. ; œdème aigu du poumon.

— Ou par l'une des manifestations souvent intriquées de la série toxhémique (Couvelaire) : apoplexie utéro-placentaire (forme hémorragique) ; ictère grave (forme hépatique ; anurie (forme rénale), tous syndromes qui relèvent des mêmes causes morbides.

On doit tenir comme éléments de fâcheux pronostic :

— La précocité d'apparition des accidents : le pronostic est d'autant plus sévère que la grossesse est moins avancée.

— La fréquence et la répétition des accès : des accès subintrants (50, 100) réalisant un véritable état de mal éclamptique, sont pratiquement fatals.

— L'intensité du coma.

— L'hyperthermie.

— L'hypertension croissante avec pouls dissocié (180).

— L'apparition d'ictère ou même de subictère.

— L'albuminurie massive.

— La raréfaction progressive des urines, confinant à l'anurie.

B. *De la grossesse.*

1. En règle, la grossesse est interrompue.

La femme entre en travail silencieusement et accouche rapidement d'un enfant généralement mort, ce qui fait souvent rétrocéder les accidents, mais non toujours.

Les hémorragies de la délivrance sont particulièrement fréquentes.

2. Quelquefois la gestation continue, l'enfant survit et est expulsé à terme, vivant.

3. Plus rarement, mort du fœtus *in utero* et rétention.

Ainsi le pronostic fœtal est très sombre, la mortalité étant de 50 à 80 p. 100, malgré les progrès thérapeutiques.

Formes cliniques.

1. Suivant la date :

— Eclampsie du travail, doit être différenciée de l'éclampsie de la grossesse, qui déclenche le travail.

— Eclampsie des suites de couches, rare.

2. Suivant l'intensité :

Formes frustes. — L'hypertension est le signe le plus constant.

Formes foudroyantes.

3. Suivant les symptômes :

Forme sans albuminurie préalable.

Forme sèche sans œdèmes.

Forme avec azotémie.

PASCAL VILLANOVA.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 24, du 23 fév. 1938, p. 390.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Éphédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

N° 27. — SAMEDI 2 AVRIL 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Prosectorat.* — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes la première le 1er novembre 1938, la deuxième le 1er novembre 1939, s'ouvrira le 20 juin 1938. Inscriptions à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, du 16 mai au 1er juin, inclusivement de 14 à 17 heures. (Samedis, dimanches et fêtes exceptés).

— INTERNAT DE BRÉVANNES. — Lecture des copies : séance du 26 mars, 21 heures. — MM. Casalta, 17 ; Dugrenot, 25 ; Maillard, 22 ; Ruel, 20 ; Delcambre, 20.

Epreuve orale pour Brévannes et Garches. — Pathologie interne : Hémoptysies tuberculeuses. — MM. Dugrenot, 18 ; Goupy, 14 ; Houssin, 15 ; Dos Ghali, 13 ; Saltet de Sablet, 15 ;Arditti, 9 ; Tahar, 14 ; Weyl, 12 ; Ruel, 11 ; Bertier, 14 ; Courjaret, 14 ; Delcambre, 11 ; Comte, 15.

Epreuve orale pour la Fondation Sainte-Périne et Chardon-Lagache. — Pathologie sénile : Rétention d'urine. — MM. Saltet de Sablet, 15 ; Weyl, 13 ; Maillard 17 ; Bertier, 14 ; Arditti, 8 ; Delair, 16 ; Tahar, 15 ;

— Classement des candidats par ordre de mérite :

Pour Sainte-Périne, Chardon-Lagache : 1. Maillard, 22 +17=39 ; 2. Delair, 22+16=38 ; 3. Saltet de Sablet, 23 +15=38 ; 4. Tahar, 23+15=38 ; 5. Weyl, 23+13=36 ; 6. Bertier, 22+14=36 ; 7. Arditti, 27+8=35.

Pour Brévannes-Garches : 1. Dugrenet, 25+18=43 ; 2. Saltet de Sablet, 23+15=38 ; 3. Tahar, 23+14=37 ; 4. Courjaret, 23+14=37 ; 5. Bertier, 22+14=36 ; 6. Arditti, 27+9=36 ; 7. Comte, 20+15=35 ; 8. Weyl, 23+12=35 ; 9. Houssin, 20+15=35 ; 10. Goupy, 20+14=34 ; 11. Dos Ghali, 20+13=33 ; 12. Delcambre, 20+11=31 ; 13. Ruel, 20+11=31.

Pas de candidat pour Hendaye.

Choix des places : mercredi 6 avril, à 16 heures, au Bureau 15, Service de Santé, 3, avenue Victoria.

Hôpital psychiatrique de Dury-les-Amiens. — Un concours aura lieu, sur titres, pour un poste de docteur interne.

Traitement : première année, 15.000 francs ; 2e année, 16.500 francs ; 3e année, 18.000 francs.

Le docteur-interne n'est pas nourri ; par contre, il est logé, chauffé, éclairé ; il doit être de nationalité française et avoir moins de 30 ans.

L'appartement qui lui est affecté est petit ; cette situation conviendrait à un célibataire ou marié sans enfant.

Adresser les demandes au Directeur de l'établissement d'ici le 5 mai, dernier délai.

Ecole de médecine de Tours. — La remise du buste offert par ses élèves et ses amis au professeur Guillaume-Louis, directeur de l'Ecole de médecine de Tours, aura lieu le dimanche 3 avril 1938, à 11 heures, à l'Ecole de médecine de Tours. La cérémonie sera présidée par M. le professeur G. Roussy, Recteur de l'Académie de Paris.

Guerre. — *Mutation* : M. le médecin colonel Junquet, médecin des hôpitaux militaires, médecin-chef de l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé, est nommé sous-directeur du Service de santé de la 20e région, Nancy.

Promotions. — Ont été promus au grade de médecin colonel : les médecins lieutenants-colonels :

M. Fauqué, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon, et président de

Commission de réforme, en remplacement de M. Godeau, retraité.

M. Gauthier, professeur agrégé du Val-de-Grâce, chargé d'enseignement à l'école du Service de santé militaire, Lyon, en remplacement de M. Ufferte, décédé.

M. Soulié, chirurgien des hôpitaux militaires, hôpital Villemin, Paris, en remplacement de M. Paloque, promu.

M. Clavelin, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'école d'application du Service de santé militaire, Paris, en remplacement de M. Mathieu, promu.

M. Chaumet, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Troupes du Levant. Organisation.

M. Costedoat, professeur agrégé du Val-de-Grâce, section technique du Service de santé, détaché au ministère de la Défense nationale et de la Guerre, direction du Service de santé, en remplacement de M. Troude, retraité.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : les médecins commandants :

M. Fricker, médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, troupes du Levant, en remplacement de M. Chauvin, retraité.

M. Brelet, état-major de la 1re région aérienne, Dijon, en remplacement de M. Letang, retraité.

M. Bou-Hanna, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire de Bourges, en remplacement de M. Fauqué, promu.

M. Camper, région de Paris, provisoirement, en remplacement de M. Gauthier, promu.

M. Tournier-Lasserve, état-major de la 2e région aérienne, Paris, en remplacement de M. Soulié, promu.

M. Baudet, chirurgien des hôpitaux militaires, hôpital militaire Hippolyte-Larrey, à Toulouse, en remplacement de M. Clavelin, promu.

M. Lortholary, ministère de la Défense nationale et de la Guerre, direction du Service de santé. Organisation.

M. Guillermin, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'école d'application du Service de santé, Paris. Organisation.

M. Hombourger, médecin des hôpitaux militaires, ministère de la Défense nationale et de la Guerre, direction du Service de santé, en remplacement de M. Chaumet, promu.

M. Sabrié, ministère de la Défense nationale et de la Guerre, direction du Service de santé, en remplacement de M. Costedoat, promu.

Marine. — Les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont obtenu, après concours, le titre de médecin ou de spécialiste des hôpitaux maritimes :

Médecine générale : M. Monnier.

Médecine légale et neuro-psychiâtrie : M. Beauchesne.

Electro-radiologie et physiothérapie : M. Lajat.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (professeur F. Rathery). — Lundi 4 avril. 9 heures. M. Grenet : Leçon de séméiologie nerveuse.

Mardi 5 avril. 9 heures. M. J. Ferroir : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 6 avril. 9 heures. M. Bargeton : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée. M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 7 avril. 9 heures. M. de Traverse : Leçon de chimie biologique. — 10 h. 30. M. Rathery : Leçon clinique. Diabète et grossesse.

Vendredi 8 avril. 9 heures. M. Bachmann : Leçon de séméiologie digestive. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée. M. Rathery : Maladies de la nurition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 9 avril. 9 heures. M. J. Ferroir : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Enseignement du professeur Portmann (Paris). — L'Hôpital de la Glacière devant fermer, l'enseignement du professeur Portmann sera donné, à partir du *mercredi 4 mai*, à la Clinique Piccini, 6, rue Piccini.

La séance opératoire du mercredi 4 mai commencera à 9 h. 30.

CHRONIQUE

UNE CÉRÉMONIE A LA HAVANE EN L'HONNEUR DE F. DOMINGUEZ

Notre éminent confrère et vieil ami, le professeur F. Dominguez, qui est récemment rentré à Cuba, vient d'être l'objet le mois dernier d'une manifestation de sympathie à l'occasion de la session solennelle de l'Institut Finlay de Cuba.

Le docteur Zenon Zamora, ministre de la Santé, ainsi que plusieurs membres du gouvernement, le professeur Presno, président de l'Académie des Sciences, les docteurs Antonio Diaz Albertini, Carlos de la Torre, Rogelio Rodriguez Barquin, le professeur Pittaluga (de Madrid), etc...

Le ministre, puis le docteur Diaz Albertini, président de l'Institut Finlay, rappelèrent l'œuvre réalisée par Dominguez comme ministre de la Santé, comme ministre de Cuba à Paris, comme doyen de la Faculté de médecine de Cuba.

Le professeur Dominguez remercia en termes émus.

Tous les amis français de Dominguez tiendront à s'associer à cet hommage. Dominguez a fait beaucoup pour maintenir dans son pays le prestige de la langue et des travaux français.

D'autre part, il a propagé chez nous les travaux des Cubains et mieux fait connaître l'œuvre admirable de Finlay. Il a aussi contribué puissamment à resserrer les liens intellectuels et amicaux entre nos deux pays. Il peut être assuré que ses confrères de Paris ne l'oublient pas.

REVUE GENERALE

MALADIE de BESNIER-BŒCK-SCHAUMANN

Par M. OLIVIER DELZANT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis 1934, avec M. Pautrier, de Strasbourg, on décrit sous le nom de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, une maladie portant sur tout le système réticulo-endothélial de l'organisme, non seulement de la peau, mais aussi des muqueuses, du poumon, des ganglions, de la rate, de la moelle osseuse, du foie, et du système glandulaire. Aux dermatoses, depuis longtemps connues (Lupus pernio de Besnier, sarcoïde de Bœck), se substitue une maladie générale, une réticulo-endothéliose, intéressant à la fois médecins, chirurgiens, et spécialistes (dermatologistes, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes).

Ces diverses manifestations d'une même affection se présentent en clinique de façon fort différente, soit groupées suivant un mode des plus variables, soit isolées. Toutes cependant sont de même nature, et répondent au même processus anatomo-pathologique général. Seul le problème étiologique, en particulier celui de ses rapports avec la tuberculose, reste le plus discuté de ceux que soulève cette affection.

Historique. — En 1889, Besnier décrit pour la première fois une manifestation cutanée constituée par des lésions érythémateuses violacées, infiltrées, mais pâteuses et mollasses, siégeant au nez, aux sillons naso-géniens, aux pommettes, et aux doigts, ces derniers étant déformés et présentant un aspect de faux spina-ventosa : il lui donne le nom de lupus pernio. En 1892, Tenneson, à l'occasion d'un nouveau cas, fait une description plus approfondie de cette affection, que ces deux auteurs classent à côté du lupus tuberculeux et du lupus érythémateux.

En 1897, Bœck, de Christiania, décrit des faits voisins ou semblables, qu'il baptise du nom de « sarcoïde dermique », puis de « lupus miliaires multiples bénignes », et qu'il classe dans le groupe des tuberculides.

Quelques années plus tard, en 1906, Darier et Roussy étudièrent des lésions hypodermiques, auxquelles ils donnèrent le nom de « sarcoïdes noueuses hypodermiques disséminées », dont l'examen histologique leur avait montré une structure tuberculoïde, et qu'ils rapprochèrent de l'érythème induré de Bazin.

En 1913, Brocq et Pautrier décrivent l'angio-lupoïde.

Cependant de nombreux travaux, particulièrement à l'étranger, et dans les pays nordiques, où l'affection est plus fréquente, montrent, qu'associées aux lésions cutanées, il existe des lésions des muqueuses nasales, conjonctivales, des ganglions, des os, des poumons.

Les travaux de Hvidt, de Bruusgard, d'Ulrich, de Schaumann, Lutz, mettent au point l'étude des manifestations sarcoïdes des muqueuses.

Après les travaux de Kreibich (1904), ceux de Morossof (1908), Rieder (1910), Jüngling (1921 et 1928), et Fleishner (1924), reprennent l'étude d'ensemble des lésions osseuses des sarcoïdes de Bœck, dont J. Schaumann et Gans font les premiers l'examen anatomo-pathologique.

Lutz (1919), Igersheimer, Volk, Olof Blegvad (1930), étudièrent les lésions conjonctivales déjà signalées par Bœck.

Ce n'est qu'en 1915, pour les sarcoïdes, et en 1920 pour le lupus pernio, que Kuztnisky et Bittford signalèrent l'existence de lésions pulmonaires, dont l'étude fut reprise ensuite par Jadossohn, Habermann, Hecht, Schaumann, Martenstein.

Devant l'existence de ces lésions associées, en 1914, Schaumann le premier émit l'hypothèse que les sarcoïdes de Bœck ne sont que l'efflorescence dermique d'un processus du système réticulo-endothélial, auquel il donna le nom de « lymphogranulomatose bénigne ». De même le premier il assimile et identifie le lupus pernio et les sarcoïdes de Bœck, auxquels se rattacherait l'angio-lupoïde de Brocq-Pautrier.

En 1934, au cours de la séance spéciale de la Réunion Dermatologique de Strasbourg, consacrée à l'étude des Sarcoïdes, ce groupe complexe, comprenant sous une même dénomination des lésions disparates est dissocié. Il semble qu'avec Pautrier, trois choses totalement différentes puissent être décrites dans ce qu'on appelle sarcoïdes. D'une part, la lupoïde miliaire des auteurs français, qui est une forme de tuberculose cutanée, d'autre part, les sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy, syndrome fréquemment en rapport avec la tuberculose. Enfin une grande maladie générale, maladie de système, la lymphogranulomatose bénigne de Schaumann, pour laquelle Pautrier propose le nom de « Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann ».

Depuis cette date, les travaux français se sont multipliés sur ce sujet. Enfin, tout récemment, en décembre 1937, Pautrier tend à admettre qu'il y a identité entre le syndrome d'uvéoparotidite subchronique fébrile décrit par Heerfordt, de Copenhague, en 1909, et la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

Etiologie. Pathogénie. — C'est une affection relativement rare, Kissmeyer en relève 250 cas dans la littérature, en 1932 ; Pautrier 70 cas. Certaines conditions, touchant son apparition, sont à signaler : c'est d'abord la répartition géographique ; rare en France, en Espagne, en Italie, la maladie est très fréquemment rencontrée dans les pays scandinaves, Suède, Norvège, Danemark surtout (60 cas en 15 ans), Lomholt) ; c'est ensuite l'âge, exceptionnelle avant la puberté, 1 cas de Türck, encore n'est-il pas absolument sûr, elle survient surtout dans la jeunesse, de 20 à 30 ans ; le sexe enfin ne joue aucun rôle pour Kissmeyer, prédominance dans le sexe féminin pour Pautrier.

Sa nature est encore actuellement très discutée et très obscure. plusieurs théories ont été envisagées : tuberculose, syphilis, causes diverses. Mais c'est la théorie tuberculeuse qui domine la question, et qui doit être discutée.

Un certain nombre des arguments fournis en faveur de l'origine tuberculeuse ne peuvent être considérés comme probants, car ils démontrent seulement l'existence d'une tuberculose chez le malade, et non point la nature tuberculeuse des lésions elles-mêmes (Bœck, 1904).

La preuve de cette nature tuberculeuse ne peut être fournie que :

1° Par la constatation de bacilles dans les coupes ;
2° Par la culture des lésions ;
3° Par l'inoculation aux animaux.

I. Kyrle trouva des bacilles acido-résistants en grand nombre dans des sarcoïdes de 10 jours, mais ils avaient disparu dans des lésions de 3 semaines. Watanabe et Mariyama, Hudelo et Montlaur, Otto Dittrich (1931) ont pu mettre en évidence des bacilles acido-résistants.

II. La culture du bacille, en partant des lésions cutanées, semble être restée toujours négative (Kissmeyer 15 cas), pour Darier, il s'agirait de formes filtrantes du bacille.

III. Devant ces résultats discordants, l'inoculation aux animaux devrait répondre positivement, or les cas d'inoculation positive sont assez rares (7 cas sur 39), ce sont ceux de Kyrle et Marawetz, de Gans, de Jüngling, de Schaumann, de Chatellier, de Ravaut, Valtis et Nélis.

L'hémoculture faite par Kissmeyer, dans 19 cas, lui a donné 15 % de résultats positifs, dans 4 cas, Pautrier n'a pas eu un seul résultat positif.

Les réactions à la tuberculine sont également déconcertantes. Elles sont négatives dans 60 % des cas, si bien que cette « *anergie* » a été retenue par Schaumann comme une des conditions nécessaires au diagnostic. Jadassohn, partisan de l'étiologie tuberculeuse, interprète cette anergie, comme une « *anergie positive* », différente de l'anergie négative des tuberculeux avancés, due à la présence dans le sérum du malade d'anticutines annihilant l'action de la tuberculine.

Pour Schaumann, l'affection serait due à un bacille tuberculeux du type bovin, dans 4 cas sur 5 il a pu cultiver ce bacille bovin. Il considère ces lésions comme des « Para tuberculoses ». Ramel rapporte un cas de lupus pernio avec présence de bacille bovin.

L'origine syphilitique de cette affection a été soulevée (Pautrier, Ravaut et Tzanck), actuellement cette étiologie doit être rejetée, l'affection pouvant se rencontrer chez des anciens syphilitiques.

Une dernière hypothèse a été émise faisant de la maladie de Besnier-Bœck un granulome infectieux qui pourait prendre place entre la tuberculose et la lèpre et qui pourrait relever d'un agent autonome. (Zieler, Kissmeyer, J. Nielsen.) Pour S. Lomholt, il faut considérer cette maladie comme causée par un virus spécifique, inconnu jusqu'ici.

Cependant le problème étiologique reste entier, si pour certains l'origine tuberculeuse est indéniable (Jadassohn, Lewandowsky, Richard Volk, Kyrle, Darier), elle est niée par beaucoup, mais il est difficile de conclure, des preuves décisives devant encore être recherchées, pour pouvoir affirmer une étiologie quelconque.

Anatomie pathologique. — Cette maladie présente une anatomie pathologique tellement caractéristique qu'il est presque toujours possible de diagnostiquer l'affection d'après les coupes microscopiques. Cette structure caractéristique du processus sarcoïdique est retrouvée dans tous les organes atteints. Ce sont des foyers nettement limités de cellules presque entièrement du type épithélioïde, et qui ne provoquent dans le tissu environnant qu'une très légère réaction lymphocytaire, avec de très rares cellules géantes, sans foyers de dégénérescence caséeuse, ni de nécrose.

A. Lésions cutanées. Ces lésions sont purement dermiques, l'épiderme est en général tout à fait normal, parfois très légèrement aminci. Le derme moyen et souvent le derme profond est envahi par un infiltrat disposé en gros noyaux ou en boyaux volumineux et constitué par des nappes de cellules épithélioïdes, entourées ou entrecoupées par des traînées de lymphocytes. Ces nodules d'infiltrats sont toujours rigoureusement limités et l'on passe sans transition de la nappe de cellules épithélioïdes à un collagène absolument normal. On ne trouve qu'exceptionnellement des cellules géantes. Les lésions vasculaires ont fait l'objet de constatations et d'interpétations variables.

a) Lésion d'endartérite, avec oblitération des artérioles (Urban, Winckler, Unna jr, Kissmeyer).

b) Intégrité des artères, tandis que les veines ne sont plus reconnaissables qu'à leur membrane élastique (Darier).

c) Pas d'altération vasculaire appréciable (Pautrier).

Assez fréquemment les lésions s'étendent suffisamment en profondeur pour qu'un ou deux nodules viennent faire hernie dans le tissu adipeux ; celui-ci se laisse envahir passivement, et l'on ne voit pas ces lésions de la cellule adipeuse si particulière à la sarcoïde hypodermique de Darier-Roussy.

B. Lésions des divers organes. On retrouve identiquement la même structure histologique.

a) Ganglions : leur structure normale a complètement disparu et ils sont envahis par les mêmes nappes de cellules épithélioïdes, par place on y trouve également une infiltration lymphocytaire et plasmocytaire.

b) Muqueuses nasale et conjonctivale : on retrouve toujours les mêmes nappes de cellules épithélioïdes, remaniées parfois par une infiltration lymphocytaire plus abondante.

c) Os : les lésions sont dues à un envahissement de la moelle osseuse et des canaux de Havers, considérablement élargis, par des cellules épithélioïdes et des lymphocytes. Dans un cas, Schaumann a pu démontrer l'existence d'une communication directe entre le tissu d'infiltration des canaux de Havers et celui de la peau de recouvrement.

d) Poumons : le tissu pulmonaire est parsemé de nombreux foyers compacts du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chénevis. Histologique-

ment, ces foyers sont constitués par des agglomérations de follicules épithélioïdes circonscrits, les uns entourés d'une zone périphérique de cellules lymphoïdes, les autres sans zone lymphoïde, mais sans trace de nécrose. Ces foyers sont souvent entourés ou pénétrés de tissu fibreux hyalin, qui parfois se substitue à la lésion.

e) Viscères : le foie et la rate parfois hypertrophiés, présentent à l'autopsie des granulations formées de cellules épithélioïdes. On note parfois des lésions des reins, de la glande mammaire, des glandes salivaires, des épididymes.

Symptomatologie. — *Début.* La maladie débute d'une façon très insidieuse, en règle générale par des manifestations cutanées. Cependant, on a signalé des débuts par des manifestations digitales, muqueuses, ganglionnaires, osseuses (Lesné, Cl. Launay, G. Sée, P Chevallier et E. Orinstein), plus rarement les manifestations pulmonaires peuvent ouvrir la scène (E. Rist, Mlle Blanchy et J. Tuchila, Troisier).

Etat. Dans sa forme complète, la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann donne lieu à des manifestations cutanées, à des lésions ganglionnaires, pulmonaires, muqueuses, osseuses, et viscérales ; réalisant une grande maladie du système réticulo-endothélial.

A. *Les manifestations cutanées.*

Celles-ci sont de trois ordres ;

1° Les Sarcoïdes à petits nodules ;

2° Les Sarcoïdes à gros noyaux, lupoïde tubéreuse ;

3° Les Sarcoïdes infiltrantes diffuses en placard, lupus pernio de Besnier.

Accessoirement, on leur rattache l'Angio-Lupoïde de Brocq-Pautrier, et d'autres manifestations beaucoup plus rares.

1° Les Sarcoïdes à petits nodules. — Ces lésions qui apparaissent parfois de façon éruptive, mais toujours sans phénomènes généraux, sont constituées par des petites élevures hémisphériques, dont les dimensions vont de celles d'une tête d'épingle blanche à celle d'un gros grain de plomb, et même d'un pois vert.

Elles sont de coloration rosée, rouge au début, puis livide et virent rapidement au rouge brunâtre ou au brunâtre, teinte « perniotique » (Kissmeyer). La vitro-pression donne une teinte voisine de celle des lupomes, mais moins homogène, et où transparaissent souvent des grains séparés.

Les nodules sont fermes au toucher, ou plutôt demi-mous. Ils sont nettement limités et leur infiltration ne dépasse manifestement pas le derme, leur surface est lisse ou parfois légèrement squameuse.

L'éruption siège principalement sur la face, sur le devant de la poitrine, sur les épaules, et sur les faces d'extension des membres supérieurs, plus rarement sur le tronc et les membres inférieurs. Les éléments peuvent être très nombreux, et se comptent par centaines (un millier de nodules, Hallopeau et Eck). Dans ces cas, les éléments sont d'aspect divers, papuleux ou lichenoïdes, et peuvent former des nappes ou des placards même, finement squameux se rapprochant des érythrodermies (Rischin, Bœck). La peau des mains, et la plante des pieds sont généralement indemnes, sauf dans de très rares cas (Kyrle, Unna, Wolfsheim). La localisation au cuir chevelu, très rare, n'a été constatée que par Bœck, Ehrmann, Spiethoff, seul Schaumann a dans un cas constaté une altération des cheveux.

Ces lésions évoluent durant des mois, des années, de façon chronique, s'accroissant plus ou moins, la régression est lente, à la longue les éléments s'aplatissent, s'étalent, forment des taches érythémateuses ou pigmentées, puis une légère cicatrice blanchâtre entourée d'un liséré pigmentaire. Des récidives, de nouvelles poussées peuvent survenir.

A côté de cette forme typique, on a décrit certaines dispositions plus ou moins anormales :

Variété Lichenoïde, Bœck, Kissmeyer, Bruusgard ont signalé des éruptions dont les éléments présentent une forme polygonale, à surface plane et brillante, souvent finement squameuse, mais ne présentant pas les stries blanches du lichen plan.

Forme annulaire, avec guérison centrale, ou forme serpigineuse, Vignalo Lutati, Volk, Ehrmann, Naegeli, pouvant en imposer pour un lupus érythémateux.

Forme ulcéreuse, exceptionnelle, 2 cas de Metschersky, Pawlow, le diagnostic en paraît toutefois assez douteux.

2° Sarcoïdes à gros noyaux, Lupoïdes tubéreuses. — Elles paraissent plus fréquentes que les précédentes, mais les éléments sont plus rares et plus volumineux, un à deux, parfois une dizaine ou même plus. Ils siègent à la face, sur le nez, le front, les joues, et également sur les épaules, les bras, les coudes, les genoux.

Les éléments sont constitués par des nodosités extériorisées, saillantes, nettement limitées, dont l'infiltration occupe toute la peau et s'étend jusqu'à une certaine profondeur ; leur dimension varie de celle d'un gros pois vert à celle d'une noisette. Leur surface est lisse, leur consistance ferme, parfois franchement dure, d'autres fois pâteuse. Leur coloration est violacée ou rouge brunâtre, à la vitro-pression on note l'apparition de petites taches jaunâtres, et parfois au centre quelques petits vaisseaux dilatés.

Kissmeyer après Bœck, a repris la description de l'évolution de ces lésions. Il leur décrit 4 stades évolutifs :

a) Un stade d'éruption (Bœck) durant quelques semaines, l'élément primitif est formé par un petit nodule peu élevé, rouge, d'aspect inflammatoire.

b) Un stade floride, de turgescence, le nodule augmente de volume, prend une teinte violacée, sa surface est lisse parsemée de petits vaisseaux, plusieurs nouures peuvent se juxtaposer. Ce stade floride, de très longue durée, peut se poursuivre d'une façon torpide sans modifications durant des années (20 ans Bœck, Bruusgard).

c) Stade d'involution, les lésions s'affaissent au centre et en même temps prennent une teinte foncée brunâtre ; il en résulte alors une formation annulaire dont la bordure reste plus saillante.

d) Stade télangiectasique et pigmentaire de Bœck, parfois on note une récidive de petits foyers sarcoïdes

à la périphérie. Dans certains cas il persiste une cicatrice blanche légèrement infiltrée au toucher.

Exceptionnellement on a décrit des formes ulcéreuses (Bertaccini) des membres inférieurs. De même on a signalé (Habermann) des périonyxis avec déformation des ongles, gonflement et teinte bleutée des phalangettes.

3° Sarcoïdes infiltrantes diffuses en placard, Lupus pernio de Besnier. — Elles se présentent sous forme d'empâtement, de tuméfaction, le plus souvent symétrique, siégeant à la face et aux extrémités. Les régions atteintes sont d'un rouge bleuâtre ou violacé, livide, parfois ardoisé. Les téguments sont fortement vascularisés, souvent parcourus de veines dilatées, quelques points jaunâtres tranchant sur le fond rougeâtre ou violacé, peuvent être mise en évidence à la vitro-pression. La peau est lisse, tendue, luisante, les orifices glandulaires sont dilatés.

A la palpation on perçoit une sensation d'induration diffuse, pâteuse, profonde, tantôt de consistance presque myxomateuse, tantôt dure et ligneuse, cette consistance varie d'un point à l'autre.

Les doigts et parfois les orteils sont le siège d'un gonflement grossièrement fusiforme, les téguments sont empâtés, violacés, donnant l'aspect d'un faux « spina-ventosa ».

Habituellement l'évolution très longue s'étend sur des années, exceptionnellement on a signalé des formes rapidement mutilantes et mortelles (Bœck, Martenstein, Grosz et Hecht, Chatellier).

4° L'Angio-lupoïde de Brocq-Pautrier. — Il est formé par des plaques ou des petites nodosités presque planes ou franchement saillantes, de forme arrondie ou ovalaire, à contours assez nets, mais non rectilignes, de couleur rouge violacée, siégeant d'une façon quasi constante sur le nez, les sillons naso-géniens, plus rarement sur le front et au voisinage de la bouche, exceptionnellement à la cuisse (Pokorng, Taminura, Baba et Kozuma).

A la vitro-pression, l'érythème disparaît à peu près complètement et la teinte jaunâtre domine. La surface est recouverte par un épiderme absolument lisse, qui paraît aminci et comme usé. Il n'y a aucune trace de squames ni d'atrophie cicatricielle. Par transparence on note un important réseau de télangiectasies.

Au toucher, on perçoit une sensation d'infiltration, mais d'infiltration molle.

Ces éléments sont peu nombreux, 4 à 5 au maximum, 1 à 2 en général, de taille assez considérable, pouvant atteindre 2 cm. à 2,5 cm. sur 1 cm. environ. Ils sont absolument indolores et ils évoluent avec une grande lenteur sans aucune tendance à la régression.

Si ce type de lésions offre de nombreux points de ressemblance avec la sarcoïde de Boeck à gros noyau, il s'en différencie cependant par un certain nombre de caractères cliniques et histologiques :

— Antécédents bacillaires chez la plupart des malades ;

— Intradermoréaction à la tuberculine assez souvent positive ;

— Présence de nombreuses cellules géantes et par place ébauche de follicules tuberculeux complets.

5° Lésions érythrodermiques sarcoïdiques. — Ces lésions purement érythrodermiques sont fort rares (2 cas de Schaumann 1920, 1 cas de Rischin, 1 cas de Pautrier 1936, Pasini 1936), elles se présentent sous forme de vastes nappes rosées ou violacées, irrégulières, et de contours sinueux assez nettement délimités, elles sont très superficielles, sans infiltration dermique, recouvertes en surface de squames minces, transparentes, un peu stratifiées, et faciles à détacher ; toute desquamation fait défaut dans le cas de Pautrier, il n'y a que de l'érythème pur sans réaction épidermique, et sans la moindre trace d'infiltration. Ces lésions siègent de façon symétrique aux membres inférieurs. Cette éruption de macules érythémateuses disparaît spontanément en quelques mois sans laisser d'autres traces qu'une légère pigmentation, et un éclaircissement des poils.

Telles sont les manifestations cutanées qui, pendant longtemps, furent les seules connues ; actuellement chez un malade présentant de telles lésions on fera un examen complet pour rechercher les autres manifestations cliniques.

B. *Les lésions ganglionnaires.* — L'adénopathie périphérique, déjà signalée par Boeck en 1899, est presque constante au cours de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, on devra cependant la rechercher systématiquement et avec soin, car le plus souvent discrète, elle est formée de petits ganglions dépassant rarement la grosseur d'un noyau de cerise à une petite noisette, durs, mobiles, roulant sous le doigt, sans périadénite. Ces adénopathies ne sont nullement en rapport avec les lésions cutanées, mais traduisent, elles aussi, une atteinte du système lymphatique et ganglionnaire. Presque tous les territoires ganglionnaires peuvent être pris, mais avec un maximum de fréquence on constatera cette adénopathie aux aisselles, aux aines, dans la région cervicale ou sous-maxillaire; il est une localisation bien spéciale à la maladie, c'est au relais épitrochléen, où proportionnellement l'adénopathie peut atteindre un volume considérable.

Ces adénopathies sont indolores, torpides, n'augmentent ni ne diminuent de volume, et restent en cet état des années durant. Il peut exister des adénopathies profondes, hilaires, mésentériques.

Enfin il est des cas où cette adénopathie peut manquer totalement, ou au contraire elle constitue le premier signe de la maladie (Bering).

C. *Les Lésions des muqueuses.* — L'atteinte des muqueuses nasales et conjonctivales est assez fréquente au cours de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

La muqueuse nasale est envahie dans un tiers des cas, parfois même ce sont ces lésions nasales qui amènent le malade à consulter (4 cas sur 13, S. Lomholt). Si, dans certains cas, on observe des lésions de caractère tout à fait banal, catarrhe avec hyperhémie de la muqueuse, sans que l'on puisse démontrer la nature spécifique de la lésion, bien souvent les lésions sont tellement caractéristiques qu'elles permettent à elles seules de faire le diagnostic.

Elles débutent généralement par une dissémination d'un nombre limité de petits nodules sur une certaine partie de la muqueuse affligée, généralement celle de

la conque interne, plus rarement du septum. Ces nodules sont très petits, d'un blanc opaque bien caractéristique, assez solides, entourés souvent d'un mince halo hyperémique. En croissant, l'affection donne naissance à un catarrhe consécutif avec gonflement, hyperémie et sécrétion séro-purulente de la muqueuse du nez ; en atteignant la surface de la muqueuse les nodules se présentent comme de petites plaques d'une couleur jaune d'ocre pâle. La muqueuse hypertrophiée s'ulcère, et prend un aspect chagriné, le catarrhe présente une sécrétion abondante avec desquamation de l'épithélium et avec formation de croûtes massives. De temps en temps la muqueuse hypertrophiée se transforme en un tissu solide fibreux qui représente l'étape finale de l'évolution et qui peut occasionner une oblitération presque totale du nez (O. Strandberg).

Parfois on trouve sur la même muqueuse les différentes étapes évolutives de la maladie, soit :

1° Nodules disséminés ou agrégés ;

2° Catarrhe avec des croûtes et des érosions ;

3° Hypertrophie secondaire fibreuse oblitérante.

Les lésions des muqueuses du rhino-pharynx ont les mêmes caractères que celles du nez, elles siègent à sa partie postérieure.

Dans quelques cas on a pu observer une laringite, sans caractères spécifiques toutefois (Loewy).

On a décrit des lésions du palais dans ses portions osseuses et membraneuses, des lésions des muqueuses jugales (Boeck, Siebemann, Ulrich, Lutz, Schaumann, Wasilowa, Goi).

Schaumann, Hvidt ont pu déceler des lésions histologiques des amygdales sans avoir constaté de lésions cliniques.

L'atteinte des conjonctives est assez fréquente, 5 cas sur 15, on trouve des petits nodules de la taille d'une tête d'épingle, légèrement transparents, de couleur jaunâtre, légèrements saillants ou presque de niveau avec la conjonctive normale. Plus rarement, il s'agit de nodules plus volumineux de la taille d'une noisette (Igersheimer et Lehrfeld) donnant l'aspect d'un chalazion. Ils siègent en général à la conjonctive tarsienne, plus rarement à la conjonctive oculaire. Dans les formes graves, la conjonctive est rouge et douloureuse. L'examen histologique est indispensable pour affirmer leur nature sarcoïdique.

A côté de ces manifestations conjonctivales, Bruno Bloch a signalé des lésions d'*iritis*, 5 fois sur 20 malades, mais ne se distinguant en rien des lésions d'iritis tuberculeuses, phlycténulaires ; Axel Reyn des lésions d'iridocyclite ; Hudelo et Rabut des lésions de choroïdite ; mais rien ne permet d'affirmer leur nature sarcoïdique (Kissmeyer).

D. *Les Lésions pulmonaires.* — Elles semblent presque constantes ; sur 48 cas examinés à l'écran Martenstein en observe 45 cas, Kissmeyer 19 sur 29 cas.

En général elles restent absolument latentes, sans aucuns signes cliniques ni sthétacoustiques; seul l'examen radiologique permet de les déceler. Elles se présentent sous différents aspects.

Le plus typique est représenté par une multitude de petites taches disséminées dans les deux poumons, se condensant vers les pôles et formant une sorte de tramite (aspect marbré du poumon) pouvant en imposer pour une tuberculose miliaire, une granulie froide de Burnand et Sagé (Schaumann 1916), mais la recherche du bacille de Koch et les inoculations des crachats au cobaye restent toujours négatives. Ces lésions peuvent évoluer des années sans modifications et sont susceptibles de régresser en même temps que les lésions cutanées.

Dans d'autres cas, on trouve une infiltration fibroïde péribronchique, et fréquemment un élargissement considérable des ombres hilaires, permettant parfois de distinguer nettement des ganglions hypertrophiés, parfois les ganglions du médiastin sont pris et peuvent donner l'impression d'une maladie de Hodgkin.

Enfin on a signalé (Chatellier et Gadrat) des lésions à type de tuberculose fibro-caséeuse avec cavernes multiples.

E. *Les Lésions osseuses.* — Ces lésions siègent toujours aux extrémités, atteignant les os courts des phalanges des doigts et des orteils, exceptionnellement on a signalé une atteinte des cunéiformes et des cuboïdes (Kienböck, Bloch et Siebenmann) et de l'os nasal (Klingmüller, Jüngling et Fleischner). Elles sont assez fréquentes, Martenstein les constate 28 fois sur 40 cas, Jüngling en rapporte 55 cas en 1938, Kissmeyer les rencontre 7 fois sur 28 malades.

Jüngling, qui en a fait une description systématique, en décrit 3 types :

1° Type I, forme diffuse à aspect « bulleux » ou lacunaire ;

2° Type II, réalisant l'ostéite cystoïde ;

3° Type III, forme dite en structure de grille.

Bien souvent ces trois formes se trouvent associées et apparaissent comme formes de transition.

Au point de vue clinique, l'attention est attirée d'emblée par des déformations des doigts. On note une tuméfaction plus ou moins marquée des doigts et des orteils, avec un œdème violacé des téguments à limites floues, pouvant en imposer à un premier examen pour un spina-ventosa. Ces tuméfactions, qui peuvent réaliser différents types : aspect en tétine, en radis, en boudin, en quille, en baguettes de tambour, sont en général indolores et l'impotence fonctionnelle, si elle existe, n'est due qu'à la tuméfaction. Mais souvent la peau est normale, c'est alors seulement l'examen radiologique qui doit être fait systématiquement chaque fois que l'on soupçonne une maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, qui permettra de mettre en évidence les altérations des phalanges, réalisant l'un des 3 types de Jüngling.

1° Type I, se traduisant par un léger gonflement diffus de l'os, une raréfaction de la substance compacte et une disjonction plus ou moins complète de la cavité médullaire, donnant à la phalange un aspect bulleux sans aucune réaction du côté du périoste. Dans certains cas rares, la destruction médullaire et corticale est tellement complète que toute une phalange se transforme en une vraie caverne (Rieder, Kissmeyer). Ces lésions entraînent une fragilité considérable de l'os, avec fractures spontanées et destruction presque complète de la phalange (forme mutilante de Florange).

2° Type II, caractérisé par de petits éclaircissements très distincts, nettement limités par un tissu osseux d'aspect normal.

3° Type III, réalise une forme diffuse à petites taches blanches dues, elles aussi, à une raréfaction des trabécules avec élargissement des cavités médullaires. Toute la phalange se présente comme un treillis trabéculaire sans différenciation entre la substance médullaire et la compacte. Cette forme semble d'une torpidité très prononcée.

Des observations de Kissmeyer, il résulte que les altérations des phalanges ne sont pas de divers types morbides, mais les diverses phases d'un même processus pathologique.

Outre leur aspect radiologique décrit, ces lésions sont caractérisées :

Par l'absence de réaction périostique, et d'élargissement du volume de l'os ;

Par la torpidité et la chronicité du processus, avec possibilité de restitution « ad integrum » ;

Par l'absence de tout phénomène inflamatoire ;

Par l'intégrité des articulations, sauf dans 2 cas de Schmidt, de Lenz et Mayer ;

Par leur développement irrégulier, évolution de quelques-uns des foyers et involution des autres.

F. *Les manifestations viscérales.* — Dans de nombreux cas on observe des atteintes des différentes glandes de l'organisme.

James Strandberg a noté un gonflement dur, indolore des glandes mammaires. Hoffman et V. Husen ont décrit des épididymites.

Ce sont surtout les glandes salivaires et lacrymales qui sont atteintes.

La tuméfaction des glandes salivaires porte tantôt sur les parotides, tantôt sur les sous-maxillaires, entraînant de la sécheresse de la bouche (Rischin, Bering, Lewandowsky, Standberg...).

Les glandes lacrymales peuvent être également prises, la tuméfaction des paupières associée à la tuméfaction parotidienne réalise l'aspect de la maladie de Mikulicz (Kissmeyer, Igersheimer, Assman...).

On note fréquemment une splénomégalie légère (Martenstein 16 cas, Térébnisky, Schlagenhaufer, Jadassohn et Secrétan, Schaumann). L'hépatomégalie a été signalée par Hudelo, Daulas, Martenstein, Schaumann. Enfin on a rapporté l'existence de lésions rénales (Schaumann, Lutz, Kyrle, Bittorf et Kuznitzky), de lésions intestinales (Kyrle).

Bruno Bloch, Mucha et Orzrchawski, Licharew, ont décrit des nodosités siégeant dans le triceps brachial et jambier, avec atrophie des fibres musculaires autour de nodules de cellules, épithélioïdes et lymphocytaires.

Telles sont les manifestations cliniques complètes de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. L'état général est en règle excellent, peu influencé par la maladie. L'examen de sang donne peu de renseignements, quoique Schaumann ait attiré l'attention sur les modifications de la formule leucocytaire avec mononucléose souvent très importante (de l'ordre de 40 % et plus), coexistant avec un excès de lymphocytes (11 % par exemple), mais ces modifications sont loin d'être constantes (Pautrier).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MARS 1938)

Sur l'état des lipides et du cholestérol dans le sérum sanguin : destruction de certaines cénapses lipido-protéidiques et libération de leurs substances lipoïdiques par un savon. — MM. Michel MACHEBŒUF et Francis TAYEAU.

Election. — M. Emile ROUBAUD a été élu membre de la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de M. Ch. Gravier, décédé.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 29 MARS 1938)

Les aspects chirurgicaux des infections à « bacillus funduliformis ». — MM. A. LEMIERRE, R. GRÉGOIRE, A. LAPORTE et Roger COUVELAIRE signalent l'intérêt que présentent, au point de vue chirurgical, les infections dues à un germe anaérobie, le *bacillus funduliformis* de Hallé. Non seulement ce microbe détermine des suppurations locales, mais il est l'agent de redoutables septico-pyohémies, le plus souvent consécutives à des amygdalites. Ces suppurations engendrent des localisations secondaires, pulmonaires, pleurales, articulaires, ostéo-périostées qui, lorsqu'elles sont multiples, demeurent au-dessus des ressources de la thérapeutique, mais qui, lorsqu'elles demeurent limitées et lorsque le *bacillus funduliformis* a disparu de la circulation, peuvent être traitées avec succès par une intervention opératoire précoce.

L'électrencéphalogramme du lapin non narcotisé ni curarisé. — MM. G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. Les expériences faites par les auteurs sur le lapin non anesthésié ni curarisé et qui peut se mouvoir librement leur ont montré qu'il existe à l'état de repos de l'animal des courants d'action qui, depuis l'aria striata jusqu'à l'aria postcentralis, offrent une fréquence comprise entre 2 et 6 Hertz. Dans l'aria post-centralis se superposent sur cette fréquence de temps en temps des décharges ayant une fréquence de 15 Hertz. Quant à l'aria praecentralis granularis, sa fréquence propre est de 11 Hertz. Les auteurs sont enclins à admettre un rythme propre de toute la surface corticale du lapin compris entre 2 et 6 Hertz. Ce rythme propre est en rapport avec les échanges métaboliques des cellules nerveuses. Sur ce rythme propre se superposent des décharges traduisant l'activité fonctionnelle des champs cytoarchitectoniques. La différenciation bioélectrique entre les différents champs cytoarchitectoniques ne se fait pas par les rythmes propres, mais seulement par leurs activités fonctionnelles.

L'eau des tissus. — M. NICLOUX donne le résultat de ses expériences faites sur des animaux aquatiques plongés dans de l'eau alcoolisée, et qui lui ont permis de démontrer l'existence d'une eau liée aux protéides. Il en étudie les proportions, la constitution moléculaire et les propriétés.

Election d'un membre titulaire (2e section : chirurgie et spécialités). — Classement des candidats : en première ligne : M. Chevassu. En seconde ligne ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Mathieu, Mocquot, Oudart et Veau. Adjoints par l'Académie : MM. Bazy, Ockinczyzc et Païtre.

— M. le professeur Maurice Chevassu est élu par 67 voix sur 76 votants. M. Baumgartner a obtenu 7 voix, M. Bazy 1 voix, M. Veau 1 voix.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1938)

Luxation congénitale du cristallin et dolichosthénomélie. — MM. NOBÉCOURT, CATHALA et TEMERSON.

Présentation d'enfants vaccinés avec un vaccin antivariolique de culture in vitro. — MM. R. MARTIN, VAN COSTENOBLE et DELAUNAY présentent des enfants vaccinés contre la variole par scarifications à l'aide du vaccin antivariolique de culture *in vitro* du docteur Plotz.

Cliniquement, l'incubation et la réaction observées rappellent de très près celles obtenues avec le vaccin jennérien habituel ; cependant, les signes généraux sont réduits au minimum, l'adénopathie fait souvent défaut, la cicatrice est minime. Ce vaccin évite enfin de façon totale les complications résultant d'une infection associée.

Dilatation congénitale pyélo-uretérale et maladie du col. — MM. BOPPE et MARCEL présentent un enfant hypospade qu'ils ont eu l'occasion d'examiner à l'occasion d'une incontinence d'urines. Ils ont pu déceler par l'examen radiologique une distension énorme de la vessie avec hypertrophie du col et un mégauretère, avec implantation normale de l'uretère dans la vessie. En raison d'accidents infectieux, ils ont dû faire successivement une cystostomie avec résection du col, puis une double méatotomie. Devant la persistance des accidents infectieux, ils ont alors pratiqué une néphrostomie bilatérale, puis une double uretéro-néocystostomie qui a permis d'obtenir la disparition de la pyurie. L'état actuel est satisfaisant, mais le pronostic lointain est évidemment très réservé.

Tumeur sympathique embryonnaire chez une enfant. — MM. DEBRÉ, LHERMITTE et UHRY présentent une enfant de 9 ans chez laquelle s'était développée à l'âge de 7 mois une tumeur abdominale suivie de métastases à la paupière et au genou. La radiothérapie avait paru à l'époque inefficace ; cependant les tumeurs secondaires ont peu à peu disparu, de même qu'une métastase apparue après le moment de la radiothérapie. L'examen histologique d'un fragment prélevé chirurgicalement a montré qu'il s'agissait d'un sympathoblastome.

Fièvre éruptive ? En réalité toxicodermie médicamenteuse complexe. — MM. BLECHMANN et FRANÇOIS rapportent l'observation d'une fillette de 6 ans atteinte successivement il y a quelques semaines d'une angine et d'une éruption morbilliforme. Certaines circonstances étiologiques firent discuter la rougeole et la dengue. Ultérieurement, les lésions cutanées prirent le caractère d'une toxicodermie rubéoliforme que l'on peut attribuer soit à l'arsenic pentavalent, soit au dérivé sulfamidique donnés pour divers motifs à cette enfant peu avant l'éclosion des accidents.

Méningite aiguë lymphocytaire très probablement vermineuse. — MM. KAPLAN et CHAMPAULT.

Pleurésie purulente staphylococcique du nourrisson. — MM. AUZÉPY et MASIKAS ont observé chez un nourrisson de 2 mois une pleurésie purulente à staphylocoques qui guérit sans intervention chirurgicale à la suite de six ponctions pleurales et d'un traitement par l'anatoxine staphylococcique.

Il est curieux de noter la persistance de signes radiologiques simulant l'aspect d'un kyste du poumon.

Staphylococcie broncho-pulmonaire du nourrisson. — MM. CATHALA et DE FONT-RÉAULX pensent que le pronostic des staphylococcies pulmonaires et pleurales est peut-être, dans le premier âge, moins sévère qu'on ne serait tenté de le croire. Des cas de guérison ont déjà été rapportés chez le nourrisson ; dans la présente observation, il s'agit véritablement d'un nouveau-né.

D'élevage déjà difficile en raison de vomissements habituels, il contracte dès le 12e jour une infection bronchopulmonaire ; au 30e jour, il fait une vomique staphylococcique évoquant un abcès du poumon dont jamais les nombreux clichés n'ont cependant permis de mettre en évidence une image caractéristique. Le 60e jour de la maladie survient une rechute sévère.

Il est difficile d'affirmer l'efficacité d'injections de sérum antistaphylococcique, puis de vaccin microbien antistaphylococcique. Une transfusion au 71e jour de la maladie y a mis fin subitement, alors que les apparences étaient fort inquiétantes.

Joseph ARROU

1861-1938)

C'est dans le vieil amphithéâtre des hôpitaux, à Clamart, que j'ai connu le cher et si regretté Joseph Arrou. Il venait de succéder à Pierre Sébileau, comme prosecteur, et il avait comme collègue de prosectorat son ami de toujours, Jean-Louis Faure.

Arrou faisait alors une conférence d'internat très suivie. Tous ceux de mes amis qui furent avec moi ses élèves, se souviennent du prestige dont jouissait notre chef. On savait qu'il avait été un brillant interne des hôpitaux de Bordeaux. Il était arrivé premier à l'internat de Paris, dans une promotion qui comprenait Et. Cestan, Renon, Triboulet, Paul Claisse, Charles Nicolle...

Les conférences d'Arrou étaient des modèles de clarté et de bon sens ; Arrou ne s'embarrassait pas du fatras de détails dont on a cru devoir, depuis, encombrer les questions. Son enseignement était comme lui-même, net, précis et solidement équilibré. Mais ce qui, plus encore que ses qualités d'esprit, nous attachait à notre chef de conférence, c'étaient ses qualités de cœur. Il n'était pas un maître, pour nous, il était un frère aîné auquel nous étions très affectueusement attachés. Pendant toute sa vie, il est demeuré notre ami le plus cher. Il a partagé nos joies et nos peines comme nous avons partagé les siennes.

Arrou a été un chirurgien complet, à la fois clinicien et opérateur. Il avait de qui tenir. N'a-t-il pas été l'interne de Trélat, Verneuil, Reclus, Tillaux, et plus tard l'assistant de Charles Monod ? Mais un des hommes qui ont eu le plus d'influence sur lui a certainement été Charles Walther, qu'il avait connu à la Charité chef de clinique de Trélat, et qu'il y retrouva ensuite assistant de Tillaux.

On pourrait, certes, appliquer à Arrou ce qu'il écrivait ici même (25 décembre 1935), au moment de la mort de Walther : « Sa note principale, avec une souveraine bonté, était un calme inaltérable... Son examen se faisait avec calme, son diagnostic d'une incroyable sûreté s'appuyait sur une argumentation serrée... »

Toutes les qualités de Walther, Arrou les possédait, il avait le même calme, il avait aussi une prodigieuse rapidité de jugement et il opérait très vite. Cette rapidité n'était pas cherchée, elle était naturelle et n'avait d'égale que sa précision. Avec de telles qualités, il devait faire une rapide carrière. Le 16 mai 1896, il était nommé chirurgien des hôpitaux. J'assistais à la dernière séance du concours et je n'oublie pas avec quel brio Arrou subit l'épreuve clinique. A la sortie, mon maître Le Dentu et Péan, ses juges, firent devant nous à Arrou des compliments que je n'ai pu oublier, ils étaient si mérités et ils nous firent tant de plaisir !

Après avoir été chargé de la consultation de la Charité, et avoir été assistant de Charles Monod à Saint-Antoine, Arrou devint chef de service à Saint-Louis (Enfants), avant d'aller à la Pitié, où il est demeuré jusqu'à sa retraite en 1924. A la Pitié, il eut pour assistants Alglave, Gernez et surtout Fredet qui fut son plus intime collaborateur.

Arrou a été un membre très actif de la Société Nationale de Chirurgie, devenue depuis l'Académie de chirurgie. C'est là qu'il dispensait les trésors de son expérience et de son observation : en quelques mots, ciselés au coin du meilleur bon sens clinique et de la plus délicate finesse française, il exposait, en une langue imagée et élégante, les résultats de sa pratique, énonçant avec simplicité et clarté la conduite qu'il tenait dans tel ou tel cas, ce qui lui semblait bon, ce qui lui semblait mauvais : le silence, rare, avec lequel on l'écoutait, montrait bien tout le prix que l'on attachait à ses sages conseils.

Entre temps, Arrou s'était marié. En devenant le gendre de Félix Voisin, conseiller à la Cour de Cassation et membre du Conseil de surveillance, il était entré dans une grande famille médicale. Auguste Voisin était devenu son oncle, M. Barth, le maître vénéré, son cousin germain.

Notre ami s'était entièrement consacré à son foyer, aux côtés de son admirable compagne. Chef d'une nombreuse famille, il connut il y a peu d'années l'indicible douleur de perdre un de ses fils, jeune officier de marine... Il y a deux ans, à la suite d'une atteinte de la maladie qui restreignait son activité sans réduire sa lumineuse intelligence, Arrou se retira définitivement à la campagne.

C'est là dans son pays natal, en Saintonge, que la mort est venue, non le surprendre, car il l'attendait avec la sérénité du croyant, mais le réunir à son fils....

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Les états anxieux, par Henri CLAUDE et J. LÉVY-VALENSI. Paris, Maloine, 1938 (Bibliothèque de neurologie et de psychiatrie.)

Les plus récents ouvrages français sur la question ont au moins dix ans d'âge. Une mise au point des idées actuelles s'imposait, sur un sujet vaste, mais qu'il n'en était pas moins désirable d'étudier avec quelque brièveté. On trouvera pourtant dans le présent volume une étude très fouillée pour laquelle les auteurs ont généreusement puisé dans leurs archives personnelles, clinique ou clientèle, sans cependant alourdir de documents inutilement détaillés l'exposé général.

A une description clinique générale fait suite une étude particulière des variétés étiologiques des états anxieux constitutionnels bénins et graves et des formes larvées, des états acquis relevant de psychopathies, de lésions organiques, d'émotions et de traumatismes, enfin de l'anxiété qui prend part au complexus symptomatique de confusions mentales d'origines diverses.

Après une esquisse pathogénique prend place une étude médicolégale et thérapeutique de ces états si fréquents dans leurs formes légères, mais qu'il n'est que plus important de savoir dépister et combattre.

Comme l'ont fort justement exprimé les auteurs, de nombreuses raisons leur commandaient de faire court en même temps que substantiel. Leur longue expérience en cette matière délicate leur a permis de réussir pleinement à satisfaire à ces deux conditions.

L. BABONNEIX.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — MERCREDI 6 AVRIL 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux (admissibilité).* — Sont déclarés admissibles : MM. Hepp, 79 points ; Petit, 75 ; Aboulker, 74 ; Lecœur, 65 ; Cordier et Rudler, 64.

Faculté de médecine de Lyon. — Les chaires de clinique oto-rhino-laryngologique (dernier titulaire : M. Collet), de clinique urologique (dernier titulaire : M. Gayet) et de pathologie interne (dernier titulaire : M. Chalier), de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, sont déclarées vacantes.

Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire d'ophtalmologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Légion d'honneur. — INTÉRIEUR. — *Officier* : M. le docteur Blottière, maire du 7e arrondissement à Paris.

Ministère de la Santé publique. — MM. les docteurs Cavaillon et Leclainche, inspecteurs généraux des services techniques, sont nommés conseillers techniques au cabinet du ministre de la Santé publique.

Association générale des Médecins de France. — *Bourses familiales du Corps médical.* — Fondation de M. le docteur ROUSSEL. — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants, et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1938.

Pour le monument aux anciens élèves de l'Ecole de Lyon. — Pour aider à l'érection d'un monument aux anciens élèves de l'Ecole militaire de santé, à Lyon, un timbre de 55 centimes+45 centimes serait prochainement émis. La vignette gravée représenterait le monument dans un cadre orné d'un caducée et d'une croix rouge.

Troisième Conférence internationale pour l'étude du goitre. — Du 12 au 14 septembre 1938 aura lieu, à Washington (U.S.A.), la troisième Conférence internationale organisée par l'*American Association for the Study of Goitre.*

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Goitre endémique, crétinisme et myxœdème ; 2° Thyroïde et métabolisme, nutrition et glandes endocrines, physiologie et pathologie, applications cliniques ; 3° Hyperthyroïdisme.

La langue officielle est l'anglais. Les orateurs pourront remettre leurs communications dans leur langue.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Allen Graham, M. D. Chairman of the program Committee 2020 East 92 Street, Cleveland, Ohio (U.S.A.).

COURS ET CONFÉRENCES

Faculté de médecine de Bordeaux. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Cours de perfectionnement* du professeur PORTMANN, du lundi 4 juillet au samedi 16 juillet 1938, avec la collaboration de M. le professeur agrégé J. DESPONS ; de MM. les professeurs DUPÉRIÉ, JEANNENEY, LEURET, PAPIN, PETGES, RÉCHOU, TEULIÈRES ; de MM. les professeurs agrégés BROUSTET et DELMAS-MARSALET,

et de MM. les docteurs BERGER, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; BARRAUD, chef de clinique ; COURBIN, médecin des hôpitaux.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution, sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : *la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.*

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. Droit d'inscription : 300 francs.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1937-1938, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le troisième trimestre 1937-1938

1er mai. — M. RICHARD, chirurgien des hôpitaux : l'évolution et le traitement chirurgical de la tuberculose du genou chez l'enfant (projections).

8 mai. — M. SOULIÉ, médecin des hôpitaux : le syndrome de Stockes-Adams (projections).

15 mai. — M. BOURDIER, ophtalmologiste des hôpitaux : la signalisation et l'acuité visuelle.

22 mai. — M. GRENET, médecin des hôpitaux : la maladie rhumatismale chez l'enfant. Etude clinique et thérapeutique.

29 mai. — M. VIGNES, accoucheur des hôpitaux : le traitement de l'éclampsie.

12 juin. — M. CHABROL, médecin des hôpitaux : les cholécystites chroniques simples et leur traitement.

19 juin. — M. TURPIN, médecin des hôpitaux : contribution à la pathologie des jumeaux.

26 juin. — M. LÉVY-VALENSI, médecin des hôpitaux : la possession en Provence au XVIIe siècle. Gaufriedy et Magdaleine de la Palud.

CHAIRE D'HYGIÈNE. — Un cours des grandes endémies tropicales aura lieu, sous la direction de M. le professeur Tanon et de M. le médecin général inspecteur Sorel, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 heures, du 4 avril au 6 mai, les lundis, mercredis et vendredis.

CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le professeur Roger LEROUX commencera le lundi 9 mai 1938, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, le cours d'anatomie pathologique et le continuera les mercredis et lundis suivants, à 17 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique.

Objet du cours : *Anatomie pathologique générale. Les grands processus.*

CHRONIQUE

LE TRI CENTENAIRE DE STENON

Le troisième centenaire de l'anatomiste Nicolas Sténon a été célébré récemment à Florence.

Sténon, né le 10 janvier 1638, à Copenhague, s'appelait en réalité Niels Stensen. Il était luthérien. Nous verrons que, plus tard, il se fit catholique et entra dans les ordres.

C'est à Copenhague que Sténon fait ses études de médecine, sous la direction de Thomas Bartholin, père de Gaspard Bartholin, l'anatomiste qui décrivit les glandes vulvo-vaginales. Reçu docteur, Nicolas Sténon visite l'Europe, fait un séjour à Leyde, puis visite l'Allemagne. Il vient enfin à Paris. On raconte que Bossuet essaya, sans succès, de le convertir. Sténon va alors en Italie, exerce à Padoue, puis à Florence. Le grand-duc de Toscane, Ferdinand, le nomme son premier médecin. Côme III le charge de l'éducation de son fils. Il se convertit en 1667 au catholicisme.

En 1671 il revient à Copenhague, où il occupe la chaire d'anatomie. On connaît ses travaux : il découvre notamment le canal excréteur de la glande parotide, il décrit le plexus veineux qui entoure ce canal, le canal naso-palatin, enfin on lui doit une expérience célèbre qui prouve que la compression de l'aorte abdominale, au niveau des reins, chez le lapin, produit une paralysie motrice et sensitive du train postérieur. Cette paralysie disparaît si cesse la compression.

Revenu en Italie, Sténon entre dans les ordres. Innocent XI le nomme évêque *in partibus* de Titiopolis, en Grèce. Il meurt le 25 novembre 1686, à Schwerin.

F. L. S.

Une nouvelle Revue. — Nous recevons le premier numéro des *Archives internationales des brucelloses* (fièvre ondulante humaine, avortement épizootique) *et des maladies communes à l'homme et aux animaux.*

Cette Revue trimestrielle est publiée par les soins de notre savant confrère le docteur Jullien, de Joyeuse (Ardèche), conformément au vœu du dernier Congrès international tenu à Avignon.

Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à ce nouveau confrère.

Nécrologie. — Le docteur Paul Blatter, à Paris.

— Le docteur Mendiodo, à Bidache.

— Le docteur Joseph Prallet, chirurgien de l'hôpital de Sallanches.

— Le docteur André-Emile Jacquemin, médecin général de la marine en retraite, ancien directeur du Service de santé de la marine, à Toulon, et de l'Ecole du Service de santé de Bordeaux, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à La Seyne, à l'âge de 93 ans.

— Le professeur Gustave Delay, ancien élève de César Roux et ancien assistant du professeur Combe, à Lausanne. Il avait été doyen de la Faculté de médecine de Lausanne dle 1932 à 1934.

LA FOLIE ONDULANTE

Par le docteur Louis LÉORAT,

ex-interne des hôpitaux de Lyon,
ancien moniteur à la Faculté de Médecine de Lyon,
diplômé d'hygiène.

Définition. — De même que la fièvre ondulante est caractérisée essentiellement par une courbe thermique qui ondule et qui est capricieuse, la folie ondulante est caractérisée par une courbe pondérale qui ondule et qui est capricieuse.

Historique. — La folie ondulante n'a été individualisée jusqu'ici ni par les médecins ni par les psychiatres et, si des cas de ce genre ont pu être décrits sous des appellations diverses, on ne les a pas individualisés comme une entité clinique bien nette. C'est en 1933 que j'ai écrit l'observation princeps de cette maladie qui doit servir à reconnaître tous les cas de ce genre, à en comprendre l'étiologie, la pathogénie et à établir une règle de conduite prophylactique et thérapeutique efficace. Depuis lors, je me suis efforcé de chercher d'autres observations analogues permettant de créer une entité morbide nouvelle et je n'ai pas eu de peine à en trouver, ce qui permet de penser que cette maladie est plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer de prime abord.

Etiologie. — Nous limiterons cette étude de la folie ondulante aux malades internés dans les asiles d'aliénés ou hôpitaux psychiatriques et les maisons de santé car, si la maladie peut exister en dehors de ces maisons d'internement, il ne s'agit pas, à proprement parler, de folie ondulante et elle évolue différemment.

Un grand nombre de causes peuvent agir pour déterminer des variations dans le poids d'un interné. Il me suffira d'en citer un certain nombre : l'anorexie, l'asthénie, la dépression ou l'excitation, la mauvaise nourriture en qualité et en quantité, l'anaphylaxie alimentaire, les diverses formes de persécution (légères, moyennes ou grandes), les affections dentaires : fluxions, caries, abcès dentaires, fractures des dents ; la gastralgie, les bronchites, les vomissements des aliénés, la diarrhée, le tabagisme, la mise de la camisole de force, les visites excitantes ou déprimantes, tout ce qui paralyse l'individu et l'empêche de s'alimenter normalement.

Fréquence. — Les multiples causes énumérées qui peuvent influencer le poids de l'aliéné sont si nombreuses qu'il est rare que l'une ou l'autre de ces causes n'intervienne pas au cours d'un internement en général de longue durée pour modifier le poids du malade interné. Aussi, la fréquence de cette maladie est très grande et, si on voulait se donner la peine de la rechercher systématiquement, on la trouverait chez la plupart des internés.

Pathogénie. — Le facteur principal du maintien du poids du corps est la ration alimentaire. C'est la ration alimentaire qui entretient la vie et, dès qu'elle est modifiée, l'organisme réagit par une modification du poids. Or, si l'on envisage l'aliéné dans un asile, il peut être placé dans 9 divisions ou salles dans lesquelles le poids de la ration est différent sans parler des variations dans la qualité des aliments. Comme il y a parallélisme entre la courbe du poids de la ration et la courbe du poids de l'individu, il est facile de comprendre que le poids de l'aliéné varie suivant la division dans laquelle il est placé puisqu'il n'a pas la possibilité de recevoir des secours de l'extérieur de l'asile.

Si donc l'aliéné restait constamment dans la 1re division, son poids se maintiendrait constant à 75 kilogrammes, par exemple, mais s'il changeait de salle, tous les ans, en allant de la 1re à la 9e division, la courbe de son poids serait descendante.

Si, au contraire, le malade changeait de salle, tous les ans, en passant de la 9e à la 1re division, la courbe de son poids serait ascendante.

Si le malade changeait de division tous les ans dans l'alternance de l'ordre suivant :

1, 7, 3, 8, 2, 9, 4, 6, 5

la courbe du poids de l'aliéné serait représentée par la fig. I dans laquelle on observe des ondulations à peu près régulières et cette courbe pondérale justifie bien l'appellation de folie ondulante donnée à cette maladie.

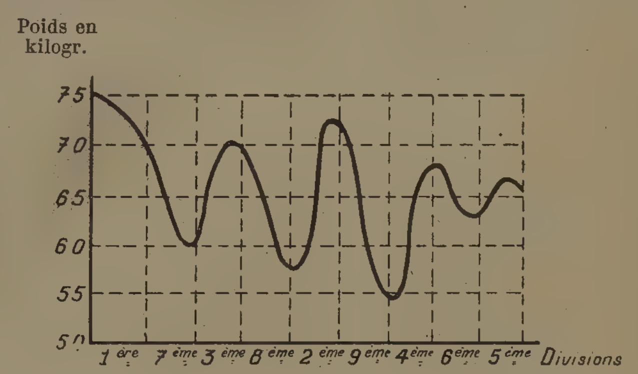


Fig. I. — Courbe pondérale de l'aliéné par changement de division tous les ans dans l'alternance 1, 7, 3, 8, 2, 9, 4, 6, 5. (Folie ondulante typique).

Nous avons donc, dans nos mains, le moyen de produire expérimentalement la folie ondulante sans que personne s'en aperçoive et sans que personne puisse l'empêcher. Il va sans dire qu'on peut réaliser ces conditions expérimentales chez les animaux petits ou grands : cobayes, lapins, porcs, chiens, vaches, etc., et déterminer des ondulations de la courbe pondérale.

La folie ondulante est donc bien une entité morbide puisqu'on peut la produire expérimentalement, mais il est facile de comprendre que ses formes cliniques sont multiples car tous les malades ne réagissent pas de la même façon aux persécutions qu'on leur fait subir.

Il faudrait décrire en détail l'influence de tous les facteurs étiologiques, énumérés précédemment, sur la courbe pondérale. Je me contenterai de parler des influences dentaires. Dans les asiles d'aliénés où les soins dentaires sont à peu près nuls, les malades peuvent souffrir de fluxions dentaires, d'abcès dentaires, de caries dentaires, de phlegmons d'origine dentaire, de

fractures des dents par traumatismes divers. N'étant pas traités, ils souffrent de névralgies dentaires parfois très longtemps, pendant des mois, avec du trismus empêchant l'alimentation solide ; il en résulte une dénutrition et un amaigrissement très marqués.

C'est la persécution qui, en règle générale, est la cause habituelle de la folie ondulante. L'aliéné interné est presque toujours persécuté sous toutes les formes et de toutes les façons car il n'a pas son train de vie habituel. Il se croit surveillé par des persécuteurs qui, parfois, lui font subir de rudes épreuves et, comme il y a de fréquents changements, il y a des variations dans le genre et la nature des persécutions. Elles sont dévoilées par la lecture de la courbe pondérale du malade confié à leurs soins. De même que la musique traduit le sentiments en ondes sonores, la science les traduit sur des graphiques.

Etude clinique.

Observation princeps par le docteur Louis Léorat. — X... entre à l'asile d'aliénés en 1925, dans un bon état de nutrition. Poids 75 kg. Taille 1 m. 67, bien proportionné mais, étant donnée l'impossibilité de prévoir la durée du séjour dans l'asile, il est placé à l'infirmerie des indigents. Le régime alimentaire y est assez bon bien qu'il y ait un certain degré de carence alimentaire par rapport aux régimes alimentaires habituels : pas de dessert, pas de vin, café au lait concentré ou soupe. Aussi le poids du malade diminue légèrement pendant un an que dure son séjour à l'infirmerie. Perte de poids de 3 kg. environ.

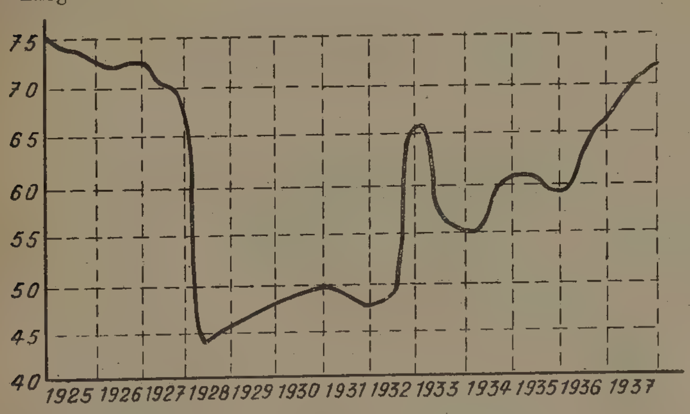


Fig. II. — Graphique du poids du malade pendant une période de douze ans.

Le malade est alors placé dans une salle où le régime se rapproche de celui des indigents : pas de vin, mauvaise soupe le matin avec un morceau de pain sec, un plat et un dessert le soir. L'état du malade se maintient encore à peu près stationnaire pendant un an, mais il passe quelques semaines dans une salle d'agités, où il commence à maigrir. Il revient dans la première salle pendant près d'un an, où son poids se maintient à 70 kg. environ. A la fin de la troisième année d'internement il passe dans une salle de grands agités indigents. Il éprouve de l'intolérance alimentaire et il perd 25 kg. en 50 jours. Il ne pèse plus que 45 kg., ce qui le fait admettre de nouveau à l'infirmerie, où il restera jusqu'en 1933. A l'infirmerie, il est maintenu à un régime très carencé pendant un an et à une ration alimentaire réduite au minimum indispensable à la vie. En 1929, légère ascension du poids à 50 kg., avec une ration minimum pour la station debout pendant 3 ans. Le poids du malade oscille entre 50 et 55 kilogrammes. Le poids de la ration alimentaire totale est de 1 kg. 5 environ, et le poids de la ration alimentaire solide de 700 gr. environ. En 1932, nouvel engraissement par augmentation de la ration, qui est doublée, puisque la ration totale est portée à 2 kg. 5 et la ration des aliments solides à 1 kg. 7. Aussi le poids du malade passe en quelques mois à 70 kilogrammes. En mars 1933, nouveau séjour dans la salle des grands agités indigents et nouvel amaigrissement brusque par diminution de la ration alimentaire. Le poids du malade tombe à 50 kg. pendant un an, puis s'élève à 60 kg. et se maintient à ce poids jusqu'en juillet 1936. Alors, passant dans une salle d'indigents calmes, où le poids de la ration alimentaire totale est de 2 kg. 5 et le poids des aliments solides de 1 kg. 5, l'engraissement se produit encore, pour se maintenir à 70 kg. Pendant un an, l'état est stationnaire.

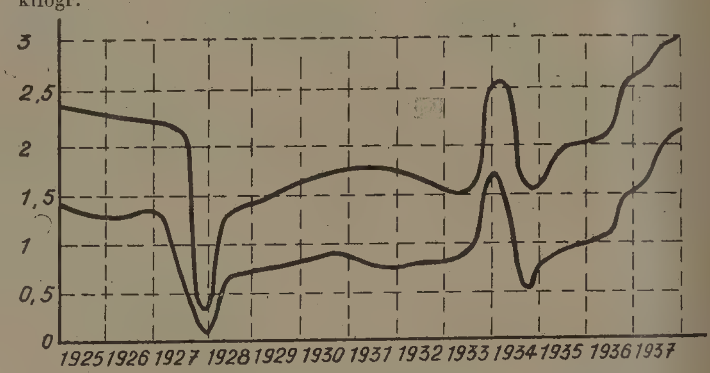


Fig. III. — Graphique des poids : en haut, de la ration alimentaire totale en 24 heures; en bas, de la ration alimentaire des aliments solides.

Une nouvelle étape est survenue dans l'existence de ce malade, qui a été transporté ailleurs et a reçu un régime bien meilleur et peut-on dire normal : alimentation abondante, bonne cuisine, café au lait le matin, aliments frais, desserts, fruits, vin, café, etc. Le poids total de la ration dépasse 3 kilogrammes et le poids des aliments solides est de 2 kg. Le poids moyen des malades soumis à ce régime est de 80 kilogrammes. Aussi, après un mois de ce nouveau régime, le poids du malade avait notablement augmenté et on peut penser qu'il atteindra également 80 kg.

Telle est l'évolution de la maladie constatée chez ce malade et que j'ai appelée : folie ondulante en me basant sur la courbe pondérale.

On peut voir sur la fig. II les variations de poids du malade survenues pendant une période de 12 ans et l'allure de la courbe qui est tout à fait capricieuse avec des ondulations qui n'affectent aucune loi. C'est par analogie avec la courbe capricieuse de la fièvre ondulante que j'ai dénommé cette maladie : la folie ondulante. Il s'agit bien de folie car toute évolution dans l'intérieur d'un asile d'aliénés est rattachée à la folie.

Sur la fig. III on voit les variations des poids de la ration alimentaire totale en 24 heures et de la ration alimentaire des aliments solides. On peut constater une similitude de ces deux courbes entre elles et avec la fig. II.

En somme, cette maladie bien individualisée se caractérise et se reconnaît à l'examen de la feuille pondérale de l'aliéné comme une fièvre se reconnaît à l'exa-

men de la feuille de température. La conclusion qui s'impose est celle-ci : Il est très souhaitable que l'on établisse systématiquement la feuille pondérale de tous les aliénés internés afin de reconnaître et de prévenir les cas de folie ondulante.

Observation II. — *Folie ondulante.* Mort le 16e jour. — B..., 45 ans, interné depuis plusieurs années, s'occupait aux travaux de l'infirmerie et se trouvait dans un état de bonne santé apparente. Son poids se maintenait à 70 kg., la ration des travailleurs manuels étant plus forte.

Quand, un beau jour, on exigea qu'il changeât de salle pour passer à la 8e division, il refusa et suspendit son alimentation. Il se mit à maigrir aussitôt, restant à la diète à peu près complète pendant 16 jours. On ne lui fit pas de tubage et d'alimentation par la sonde nasale. Le 16e jour on constatait le décès, le poids du malade étant tombé de 70 kg. à moins de 50 kg.

Voilà un exemple pris entre beaucoup d'autres dans lesquels la folie ondulante aiguë non traitée aboutit à la mort en quelques jours.

Observation III. — *Folie ondulante aiguë traitée par l'alimentation à la sonde nasale.* Guérison. — Malade interné, de 40 ans environ, ayant une bonne constitution. Soigné à l'infirmerie, il refuse l'alimentation. La courbe pondérale tombe de 12 kilogrammes en 6 jours. Au 6e jour, on se décide à l'alimenter au lait de poule (lait et jaunes d'œufs battus) au moyen de la sonde nasale, matin et soir, 1 litre à 1 litre 1/2 à chaque repas. Aussitôt la courbe pondérale se relève et au 13e jour elle est redevenue normale. Le malade reprend alors l'alimentation solide et il est guéri.

En somme, c'est une forme de folie ondulante aiguë dont l'issue aurait pu être fatale si on n'avait pas fait l'alimentation avec la sonde nasale en temps voulu, et dont l'évolution a été bénigne.

Observation IV. — C..., 30 ans, célibataire. Est interné depuis de longues années et est atteint de folie intermittente : phases de dépression avec mutisme, puis phase d'excitation avec agitation et loquacité. En 1933 il était à la 8e division. Il avait une maigreur caractéristique qui, en 1934, atteignait la cachexie. On notait également des lésions de gingivite expulsive avec caries dentaires. Il s'agissait bien de maladie par carence alimentaire de longue durée : avitaminose. En 1935, il passe dans une salle de malades payants, comme travailleur, et son régime s'améliore fortement. En un an et demi, on constate une ascension de la courbe pondérale avec engraissement notable. Mais une nouvelle phase de dépression avec mutisme survient à la fin de l'année 1936 et il passe dans la 6e division. Aussitôt on constate une nouvelle chute de poids à 60 kg. environ, et son poids se maintient à ce niveau en attendant un nouveau changement. En somme, il s'agit bien d'une folie ondulante chronique typique survenant chez un aliéné atteint de folie intermittente.

Observation V. — *Folie ondulante chronique.* — A..., 34 ans. A été interné pour aliénation mentale et est placé en 1933 dans la 8e division. Il est dans un état de maigreur très marquée, car il ne pèse que 53 kg. Il maigrit encore dans cette salle et, en 1935, son poids est tombé à 47 kg. C'est alors que ce malade est changé de salle et il passe à la 6e division.

Alors, on constate une ascension de la courbe pondérale, qui atteint 6 kg. en 1937.

Il s'agit bien d'un cas de folie ondulante chronique, dont la cause doit être attribuée à une persécution de degré moyen.

Ces quelques observations suffisent pour permettre de faire l'étude clinique de cette maladie. Je pourrais en fournir un grand nombre d'autres. La folie ondulante se présente sous deux aspects cliniques différents : la forme aiguë, la forme chronique. Elle peut en outre présenter d'autres formes cliniques que nous aurons à envisager.

Symptomatologie. — I. *Folie ondulante aiguë.* — Le début est presque toujours identique. Il s'agit d'un malade qu'on interne d'urgence parce qu'il refuse l'alimentation depuis quelques jours, ou bien il s'agit d'un malade interné depuis un temps plus ou moins long pendant lequel il a maigri lentement de quelques kilogrammes, en un an par exemple, quand brusquement, souvent sans cause apparente mais plus souvent à la suite de persécutions, il refuse l'alimentation. On ne constate aucun autre symptôme important et l'interrogatoire est négatif. Le seul signe apparent est la courbe pondérale et, dans cette période aiguë, il y a lieu de mesurer le poids du malade tous les 2 jours. La courbe pondérale est régulièrement descendante et elle décroît de 1 à 2 kgs par jour, si l'alimentation est réduite aux liquides. En même temps, les urines se font rares ainsi que les matières fécales qui sont rares, peu abondantes et réduites à quelques scybales dures.

Si on laisse la maladie évoluer à elle-même le malade maigrit de plus en plus, devient cachectique et la mort survient au bout de 15 à 30 jours selon le degré de l'alimentation. Mais il peut survenir un arrêt d'évolution, après quelques jours de diète si le malade se remet à manger de lui-même ou bien si on est parvenu à le forcer à s'alimenter, ce qui est rare, car les manœuvres de force sont à éviter et ne donnent pas de bons résultats. On peut encore arrêter la marche fatale de la maladie par l'alimentation avec la sonde nasale pendant un temps indéterminé qui peut durer parfois indéfiniment.

II. *Folie ondulante chronique.* — Cette forme, si fréquente et presque constante dans les asiles d'aliénés, peut passer inaperçue quand on n'est pas habitué à rechercher la maladie sur une longue durée et si on ne surveille pas le poids du corps par la pesée avec une bascule médicale. Ce qui frappe cependant dans un asile d'aliénés, c'est que, dans certaines salles, les malades ont en général un degré d'amaigrissement très marqué tandis que dans d'autres le poids est normal en apparence. C'est que le régime varie d'une salle à l'autre en ce qui concerne la quantité et la qualité des aliments, de telle sorte qu'un certain nombre de malades maigrissent lentement et s'étiolent avec des régimes fortement carencés. On les reconnaît d'un coup d'œil quand on y est habitué mais ces procédés sont insuffisants médicalement parlant. Le seul moyen précis est la pesée avec la bascule médicale qui doit être pratiquée systématiquement une fois par mois pour tous les aliénés internés afin d'établir la courbe pondérale individuelle pour tous et d'apprécier les variations de poids. Cela ne se fait pas généralement dans les asiles d'aliénés et c'est un tort car la santé des individus en dépend. On ne saurait trop engager les psy-

chiatres à marcher dans cette voie, ce qui éviterait bien des accidents mortels car on peut dépister ainsi des amaigrissements chroniques, qui aboutissent lentement à la mort. Avec des pesées mensuelles on verra toute sorte de courbes pondérales avec des ondulations multiformes à faible ou grande amplitude, et toutes ces courbes pondérales décèleront autant de folies ondulantes chroniques. On ne se contentera pas de reconnaître cette maladie mais on en recherchera la cause à chaque ondulation par un examen complet du malade, un interrogatoire soigné et aussi par la pesée de la ration alimentaire, des aliments solides et des aliments liquides.

On pourra ainsi constater que cette maladie est plus fréquente qu'on ne croyait, et qu'on peut la prévenir et la guérir.

Evolution. — Par définition la folie ondulante chronique évolue lentement, sournoisement pendant des années et celui qui observe le malade pendant longtemps constate des périodes de maigreur alternant avec des périodes d'engraissement mais, si la maigreur devient trop grande, le malade se rapproche de la cachexie et il suffit d'une maladie intercurrente même légère pour aboutir à la mort. D'autres fois c'est au cours de ces périodes de maigreur que survient une folie ondulante aiguë qui entraîne la mort en quelques jours.

L'examen de la courbe pondérale et aussi la mesure du poids des aliments permettent d'agir sur la courbe pondérale pour l'atténuer dans ses ondulations et rendre l'homme normal.

Formes cliniques. — 1. *Forme subaiguë.* — Cette forme est intermédiaire entre la forme aiguë et la forme chronique. L'observation princeps que j'ai rapportée donne un exemple de cette forme dans laquelle la folie ondulante évolue de façon subaiguë, c'est-à-dire pendant des mois.

2. *Forme avec vomissements.* — Les vomissements sont bien connus chez les aliénés. Ils surviennent spontanément, sans cause apparente, sans efforts, ne s'accompagnent d'aucune fatigue et se répètent parfois pendant des mois et même des années. C'est au cours de ces périodes de vomissements que l'on voit des chutes du poids de l'aliéné parfois importantes. Le médecin doit donc traiter ces vomissements en en recherchant la cause afin de faire cesser l'amaigrissement.

3. *Formes suivant l'âge.* — La folie ondulante peut s'observer à tout âge et elle revêt des formes différentes suivant l'âge.

a) *Chez le nourrisson.* — La folie ondulante peut se voir chez le nourrisson dans les cas de mères internées dans les asiles et on constate chez le nourrisson des alternatives de maigreur et d'engraissement qui sont dues à des erreurs alimentaires ou bien à ce que le nourrisson refuse le sein.

Le seul moyen pour reconnaître un état pathologique de ce genre est la pesée du nourrisson qui doit être pratiquée toutes les semaines et on verra s'il y a des ondulations dans la courbe pondérale du nourrisson. On comparera sa courbe pondérale à la courbe normale et on s'efforcera de rechercher la cause de ces variations ondulatoires dans la courbe.

b) *Chez l'enfant.* — Il n'est pas de période dans la vie où la courbe pondérale doit être plus surveillée que chez l'enfant jusqu'à l'adolescence car, à cet âge, les maladies sont très nombreuses : troubles de la croissance, rachitisme, vers intestinaux, lymphatisme, scrofule, végétations adénoïdes, adénopathie trachéo-bronchique, etc. C'est la courbe pondérale qui renseignera sur l'existence de ces ondulations aiguës ou chroniques qui peuvent revêtir un degré de gravité suffisant pour déterminer la mort sans cause apparente. Il faudra donc soumettre l'enfant à des pesées régulières et mensuelles surtout s'il est interné ou placé dans une maison d'arriération mentale.

On comparera la courbe pondérale à celle de l'enfant normal.

c) *Chez l'adolescent.* — C'est dans l'adolescence que la démence précoce fait de terribles ravages, cette maladie si redoutable et si redoutée des parents. Un des moyens les plus sûrs de la dépister et de la prévenir c'est la surveillance attentive de la courbe pondérale de l'adolescent qui doit être pesé tous les mois et les plus petites ondulations de cette courbe doivent éveiller l'attention du médecin qui fera aussitôt un traitement sans attendre des aggravations qui obligeraient à un internement de longue durée et qui seraient préjudiciables au malade pour toute son existence car c'est dans l'adolescence que l'individu décide du choix d'une carrière pour toute sa vie. S'il est interné à ce moment c'en est fini de tous ses projets d'avenir. D'ailleurs, dans les asiles d'aliénés, la démence précoce évolue très souvent sous la forme de folie ondulante aiguë ou chronique.

d) *Chez le vieillard.* — La folie ondulante aiguë n'est pas rare chez le vieillard et peut être rapidement mortelle par suite de la sénilité. Il en est de même de la forme chronique qui aboutit à un amaigrissement marqué.

La courbe pondérale renseignera sur les variations de poids et permettra de prévenir les complications et les accidents mortels.

4. *Chez les tuberculeux.* — On observe souvent des troubles mentaux dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire et, dans cette maladie, la pesée mensuelle et même hebdomadaire est de rigueur. On constate parfois, dans la courbe pondérale des ondulations produites plus par les troubles mentaux que par l'évolution de la tuberculose elle-même. C'est au phtisiologue de savoir les reconnaître et les traiter.

Diagnostic. — a) *Diagnostic positif.* — Le diagnostic de la folie ondulante aiguë est basé sur le refus de l'alimentation par le malade pendant plusieurs jours en même temps que par un amaigrissement très rapide et une chute de la courbe pondérale, tandis que la folie ondulante chronique est insidieuse et passe souvent inaperçue si on ne fait pas des pesées régu-

lières et systématiques. C'est par l'examen de la courbe pondérale que l'on fera le diagnostic.

b) *Diagnostic causal.* — Il ne faut pas se contenter de faire le diagnostic positif de la folie ondulante mais il importe d'en rechercher la cause afin de faire un traitement étiologique qui sera le seul efficace : persécutions, démence, dépression, vomissements chez les aliénés, nourriture mauvaise ou insuffisante, etc.

c) *Diagnostic différentiel.* — On éliminera l'anorexie, les maladies de la bouche et des dents, du tube digestif, les maladies par carence, les maladies organiques par intoxication ou infection en faisant un examen complet du malade. La grève de la faim et la simulation n'existent pas dans les asiles d'aliénés par définition.

Pronostic. — Dans les asiles d'aliénés, le pronostic doit toujours être réservé en raison des difficultés auxquelles on se heurte à cause de la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés qui les prive de tous droits civils et politiques. Voilà pourquoi cette maladie revêt une allure et une évolution très particulières dans les asiles d'aliénés.

Anatomie pathologique. — Ce qui caractérise les maladies mentales c'est l'absence de lésions organiques. On ne trouve en général aucune lésion macroscopique et microscopique des organes et même du système nerveux.

Physiologie pathologique. — Expérimentalement on peut reproduire la folie ondulante chez tous les animaux et les éleveurs connaissent bien ces alternatives de maigreur et d'engraissement chez les animaux domestiques si on fait varier la ration alimentaire. C'est pourquoi ils exigent que ce soit toujours la même personne qui prépare la ration alimentaire pour éviter des variations dans l'engraissement toujours préjudiciables. Ce qui importe au point de vue pratique c'est de déterminer le poids de la ration minimum nécessaire à la vie et le poids de la ration maximum. Quand on connaît le poids de la ration minimum, on peut être certain d'éviter la mort du sujet par insuffisance d'alimentation. On précisera expérimentalement le poids de la ration de l'homme couché, de l'homme au repos, de l'homme au travail et de cette façon on assurera une alimentation rationnelle.

Les Professeurs Weill et Mouriquand ont observé pendant la guerre en 1918, dans les asiles d'aliénés, des cas de maladies par carence par réduction de la ration alimentaire et privation d'aliments frais, de fruits, de vin, etc. Ces restrictions alimentaires de longue durée par cas de force majeure déterminaient également une folie ondulante chronique.

Traitement. — a) *Prophylactique.* — Rénover l'organisation des asiles d'aliénés et l'enseignement de la psychiatrie. Les asiles d'aliénés s'appellent maintenant hôpitaux psychiatriques pour bien montrer la similitude avec les hôpitaux et non pas avec les prisons. L'enseignement de la psychiatrie ne devrait plus être facultatif mais obligatoire car ainsi, il entraînerait moins d'erreurs de diagnostic de la part des médecins praticiens, erreurs si préjudiciables aux aliénés. On n'interne pas un individu pour un motif insignifiant, une bagatelle.

Eliminer systématiquement du personnel des asiles d'aliénés tous ceux qui ont de bas sentiments et exiger de l'instruction et du dévouement.

Interdire de façon absolue les manœuvres de force toujours inutiles, souvent dangereuses et inefficaces car l'aliéné est susceptible de résister jusqu'à la mort à ses persécuteurs. Avoir de la patience, employer des manœuvres douces. « On prend plus de mouches avec du miel qu'avec du vinaigre. »

Eviter l'emploi des appareils de contention : camisole de force, etc.

Eviter de déclasser les individus en les mettant sans motif légitime dans des salles de répression.

b) *Traitement curatif.* — Dans la folie ondulante aiguë, s'efforcer de reconnaître la cause afin de la faire cesser aussitôt. Si on n'y parvient pas à cause de l'état de démence, de folie furieuse, de mutisme, on pèsera le malade tous les deux jours et on pratiquera l'alimentation avec la sonde nasale. Deux fois par jour on fera le tubage et l'alimentation avec 1 litre à 1 litre 5 de lait de poule à chaque repas (lait auquel on ajoute 4 jaunes d'œufs battus). L'alimentation à la sonde sera continuée jusqu'à ce que le malade reprenne son alimentation normale, c'est-à-dire parfois pendant des années.

Pour la folie ondulante chronique soumettre le malade à un bon régime alimentaire sans variations afin de lui permettre d'avoir des réserves de graisse dans ses organes et de pouvoir faire les frais d'une maladie intercurrente. Mais le mieux que l'on puisse faire pour l'aliéné c'est de le sortir le plus tôt possible du cycle infernal de persécution qu'il trouve dans l'asile d'aliénés en lui faisant reprendre la vie normale.

BIBLIOGRAPHIE

Pallas (1). Dans la treizième livraison de Pallas, qui vient de paraître, notre confrère Crinon affirme une fois de plus sa maîtrise et sa réputation de somptueux éditeur.

La composition de ce numéro est, comme toujours, infiniment variée : Une heure avec le professeur Georges Dumas, au sujet des rapports de la France et du Brésil. — Un voyage chez les Moïs, par Robert Hérisson. — Des confidences sur le ski, par Blanche Vogt. — Des articles historiques ou familiers, ou d'une poignante actualité à propos de l'Espagne. — Les épilogues dans lesquels Crinon apprend à ses lecteurs à réfléchir. — Enfin le cinquantenaire de l'élection à l'Académie de médecine de d'Arsonval par Chauvois, son historiographe ordinaire.

J'aurais dû parler d'abord de cet article, puisque c'est le leader du numéro de Pallas. J'ai préféré le garder pour la fin et rappeler que d'Arsonval a été élu le 1er mai 1888. Il est le doyen d'ancienneté des membres de la Compagnie. L'Académie ne peut laisser passer ce jubilé sans le célébrer.

En attirant l'attention sur ce cinquantenaire, nos confrères Crinon et Chauvois se sont montrés comme toujours les bons propagandistes de la science française.

F. L. S.

(1) Boulevard Magenta, Paris.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 MARS 1938)

M. SOUPAULT rapporte deux observations d'**invagination de l'adulte** due à une tumeur bénigne de l'intestin grêle.

M. BERGERET a observé également cinq observations d'invagination de l'adulte ; dans deux cas, une tumeur bénigne de l'intestin était en cause.

M. SOUPAULT fait un rapport sur une observation de M. MAGNANT, intitulée : **Sténose de la 3e portion du duodénum coexistant avec ulcère latent du duodénum. Duodéno-jéjunostomie. Résultat éloigné.** M. SOUPAULT reprend la question des rapports entre ulcère duodénal et sténose du duodénum ; après la duodénojéjunostomie qui guérit la sténose présentée par la malade de M. Magnant, on assista à une reprise ultérieure de l'évolution de l'ulcère. M. Soupault discute la tactique opératoire qu'il convient d'opposer à cette double lésion.

M. OKINCZYC fait un rapport sur des travaux de MM. QUERNEAU et R. DENIS, sur **les gastrectomies pour ulcère.**

M. QUERNEAU rapporte 34 gastrectomies pour ulcère avec une mort et M. DENIS 111 gastrectomies avec 3 morts. Les deux auteurs restent partisans des techniques classiques.

M. A. BASSET. **A propos d'un cas de symphyse cardiaque traité par la thoracectomie précordiale (opération de Brauer). Résultat au bout de deux ans et demi.** L'intervention a amené une amélioration indiscutable, mais non une guérison complète ; il importe pour apprécier la valeur du résultat de suivre les opérés pendant au moins un an.

MM. ROUX-BERGER et SALOZ : **Opération de Brauer.**

M. ROUX-BERGER souligne l'amélioration considérable obtenue chez son opéré.

MM. SÉNÈQUE, SICARD, DOR et CARCASSONNE : **A propos des injections intra-utérines d'eau de savon.** A l'aide d'observations inédites, M. Sénèque montre les conséquences d'injection intra-utérine d'eau de savon. Certaines injections ne sont suivies d'aucune complication autre que l'avortement cherché ; quelques-unes n'entraînent même pas cet accident. Enfin certaines injections amènent un infarctus utéro-ovarien ; faut-il se contenter d'évacuer l'utérus ? Certaines observations tendraient à le prouver. Mais souvent en raison de l'état alarmant présenté par les malades, on préfère (devant l'incertitude qui plane sur l'importance des lésions), faire uue laparotomie et une hystérectomie.

Expérimentalement, il est très difficile d'expliquer la variété des lésions rencontrées ; ni la concentration de la solution d'eau de savon, ni sa nature ne semblent avoir d'influence (Gross).

M. MOCQUOT souligne la facilité avec laquelle se produit la pénétration vasculaire dans les utérus gravides ou qui viennent de faire un avortement ; cette notion expliquerait peut-être la genèse des accidents.

M. MONDOR appuie la notion apportée par M. Mocquot.

M. BASSET : **Anévrysme artério-veineux traumatique des vaisseaux fémoraux. Quadruple ligature. Guérison.**

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1938)

Deux cas de chimiothérapie par les dérivés sulfamides. — M. R. DALIMIER relate et commente deux cas intéressants. L'un de ces cas montre le remarquable pouvoir préventif de l'azo-sulfamide sur l'érysipèle récidivant de la face (le malade, qui avait eu 7 érysipèles en 4 ans, n'en a plus eu depuis 16 mois). L'autre cas décrit des troubles réactionnels d'intolérance chez un malade, très tolérant auparavant, au décours d'une infection grippale.

Les synostoses vertébrales (blocs vertébraux) sont-elles toujours congénitales ? — M. C. ROEDERER pense que les synostoses vertébrales, encore appelées blocs vertébraux, représentent la fusion partielle ou totale de deux, trois ou quatre éléments vertébraux, ou même davantage. On les croyait, autrefois, toujours congénitales. Actuellement, on a pu suivre des maux de Pott aboutissant à de vrais blocs. Il peut y avoir intérêt à discerner un bloc congénital d'un bloc acquis, pour le traitement, d'une part (mal de Pott), pour une expertise médico-légale d'autre part (fracture de la colonne). Or, à part le fait de la synostose soudant à la fois les vertèbres antérieures et les postérieures, il n'y a pas de critérium diagnostic radiologique absolu, quand les corps seuls sont soudés, parce que même dans le bloc congénital, on trouve souvent trace de la ligne de jonction, sous forme d'une ombre plus ou moins régulière et opaque.

Présentation de films. — 1° M. LE GAC présente un film sur l'hémicolectomie droite pour cancer.

2° M. BÉCART présente un film en couleurs montrant la technique de la transfusion du sang réalisée à l'aide du transfuseur électrique. Il insiste sur l'extrême simplicité de la méthode et le grand intérêt qu'il y a à pouvoir réaliser la seule injection rythmique au sang, non seulement utile dans l'hémorragie aiguë et le choc traumatique, mais aussi dans de nombreux troubles circulatoires observés dans les maladies infectieuses, la maladie post-opératoire sous la dépendance d'une défaillance de la circulation de retour.

Elections pour 1938. — Président : M. DUPUY DE FRENELLE ; Vice-Présidents : MM. G. LUYS, C. ROEDERER, LHERMITTE ; Secrétaire général : M. A. BÉCART.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE (1)

DIAGNOSTIC

1° A la période prééclamptique.

Tout symptôme anormal chez une femme enceinte, tel que céphalée, troubles de la vue, demande immédiatement la prise de la T. A. et la recherche de l'albuminurie.

Penser à la céphalée syphilitique ; au décollement du placenta normalement inséré (utérus de bois).

Les œdèmes devront être différenciés de ceux dus à une stase veineuse (varices), ou lymphatique.

2° En présence des accès.

En principe, toute crise convulsive survenant chez une femme enceinte *albuminurique* doit être imputée à l'éclampsie.

On éliminera :

a) Pendant la grossesse :

— Facilement : l'épilepsie (aura, cri initial, antécédents, urines claires sans albumine, ni hypertension).

— Plus difficilement : encéphalopathie saturnine (rare) ; urémie convulsive (le gros diagnostic) (antécédents néphritiques, azotémie progressive).

— Accessoirement : hystérie ; crises nitritoïdes du traitement spécifique intraveineux.

b) Pendant les suites de couches :

Les convulsions relevant d'une infection ou intoxication d'ordre non gravidique (tétanos, strychnine).

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 24, du 23 mars 1938, p. 390 ; n° 26, du 30 mars 1938, p. 422.

3° A la période de coma :

Le diagnostic ne se pose que si l'on n'a pas assisté à la crise. On éliminera les comas :

— Alcoolique (haleine, vomissements).

— Saturnin, urémique.

— Diabétique (examen des urines).

— Toxique ou médicamenteux (opium, oxyde de C., barbituriques).

— Des méningites tuberculeuses ou cérébro-spinales, qui peuvent parfois simuler l'éclampsie. Examen du L.C.R.

— Apoplectique, diagnostic d'autant plus difficile que, parfois, l'hémorragie cérébro-méningée peut compliquer l'éclampsie.

TRAITEMENT

A. Prophylactique. — Son importance est primordiale, son efficacité incontestée.

Toute femme en état de gestation doit être surveillée, examinée périodiquement, surtout au cours des trois derniers mois, afin

— D'analyser ses urines (hebdomadairement), à la recherche d'une albuminurie latente.

— De dépister une hypertension même faible, ou des œdèmes légers.

— De chercher à mettre en évidence des petits troubles d'intoxication.

1° L'apparition de ces signes impose une règle thérapeutique formelle : *le régime lacté intégral, absolu*, car l'axiome de Tarnier conserve encore aujourd'hui toute sa valeur.

Lait : 1 litre et demi à 2 litres par 24 heures, en prises fractionnées, ou ses dérivés (babeurre, yogourt), — associé : au repos au lit, à la chaleur ; aux purgatifs légers.

Il ne sera remplacé par le régime déchloruré lacto-végétarien qu'au bout de quelques jours, lorsque albuminurie ou hypertension auront disparu.

2° En cas de prodromes immédiats graves, d'accès imminents, d'urgence :

— Diète hydrique absolue (1/2 à 1 litre d'eau lactosée par 24 heures).

— Saignée de 300 à 700 gr. sous le contrôle du tensiomètre.

— Entérolyse : grands lavements tièdes d'eau bicarbonatée.

— Purgation drastique.

— Isolement dans une pièce chaude à demi-obscure.

— Calmants du système nerveux.

L'interruption rapide de la gestation n'est indiquée que dans les cas rares où, malgré une thérapeutique sévère suivie pendant plusieurs jours, des symptômes graves tels qu'anurie, troubles rétiniens (amaurose subite) persistent ou s'accusent.

B. Curatif. — L'éclampsie est confirmée.

1° *Pendant la crise convulsive :*

La femme sera isolée, à l'abri du bruit et de la lumière.

On évitera :

— Les morsures de la langue à l'aide d'un linge introduit entre les mâchoires.

— Sa chute dans le pharynx en luxant la mâchoire en avant.

Au besoin, recourir à la respiration artificielle et à l'oxygénothérapie.

2° *En dehors des accès :*

I. — Les Méthodes

A) Traitement médical, bien que symptomatique, est *capital :*

a. — Lutter contre l'hypertension :

La saignée reste classique ; elle abaisse la tension artérielle, rétablit la diurèse. Son abondance (500 à 1.000 grammes) sera fonction du chiffre tensionnel *contrôlé par le manomètre.*

La P. L. n'est indiquée que si l'on soupçonne un œdème cérébral ou une hémorragie méningée (coma profond hyperthermique, troubles oculaires ou paralytiques).

Chlorhydrate de pilocarpine (Lévy-Solal, Tzanck), un centigramme et demi par jour en inj. s.-c. (anti-choc).

b — Calmer le sytème nerveux :

— L'hépato-toxicité du chloroforme l'a fait remplacer par le *chloral* à fortes doses, 10 à 20 grammes par 24 heures, en lavements ou par sonde après lavage d'estomac.

— Alterné avec la morphine, 2 à 6 centigrammes par 24 heures (méthode de Stroganoff).

— Sulfate de magnésium en solution à 20 p. 100, a été employé en injections.

— Veratrum viride (XX à C gouttes).

c. — Combattre l'intoxication :

— Purgatifs drastiques en ingestion, lavement.

— Sérum *glucosé* en injection, goutte à goutte rectal.

— Inhalation d'oxygène.

— Si acidose : essayer insuline et bicarbonate de soude.

B) Traitement obstétrical, plus discuté.

Il repose sur l'évacuation aussi rapide que possible de l'utérus.

a. La femme n'est pas en travail :

Césarienne vaginale (si segment inférieur bien constitué) ou mieux abdominale basse, opération de choix chez la femme près du terme avec enfant vivant.

b. La femme est en travail. Sous anesthésie générale :

— Si la dilatation est incomplète : les incisions du col suivies de forceps ont détrôné la dilatation manuelle ou la pose de ballons.

— Si la dilatation est complète : forceps ou version.

II. — Les indications

1° Eclampsie de la grossesse.

a) Certains se contentent uniquement du traitement médical.

b) D'autres ont recours à un traitement mixte, variable suivant l'âge de la grossesse, l'état du fœtus.

— E. précoce (6e, 7e mois), le traitement médical doit être préféré.

— E. tardive (8e mois) césarienne vaginale si enfant vivant.

— E. à terme : césarienne abdominale, si enfant vivant.

— Si enfant mort : traitement médical.

— Si mort subite de la femme avec enfant vivant, tenter l'extraction immédiate par césarienne ou dilatation forcée du col.

2° Eclampsie du travail : traitement médical joint à l'évacuation rapide de l'utérus, dès que la dilatation est suffisante.

3° Eclampsie des suites de couches : traitement médical.

La décapsulation des reins peut être tentée en cas d'anurie du post-partum.

Ainsi donc, il n'y a pas de traitement spécifique, uniformément adopté, de l'éclampsie déclarée, et les règles thérapeutiques forcément schématiques ne doivent pas faire oublier que là comme ailleurs, l'éclectisme est de rigueur.

PASCAL VILLANOVA.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 29. — SAMEDI 9 AVRIL 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — *Vacances de Pâques*, du dimanche 10 avril au dimanche 24 avril inclus. Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 25 avril au matin.

Secrétariat. — Le secrétariat sera fermé du vendredi 15 avril au mardi 19 avril inclus. En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours de midi à 15 heures.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera ouverte seulement les lundi 11, mardi 12, mercredi 13, de 13 h. 30 à 17 heures. Elle sera fermée du jeudi 14 au dimanche 24 avril inclus.

Leçon inaugurale. — Le professeur Roger LEROUX fera sa leçon inaugurale le lundi 9 mai 1938, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, il continuera son cours d'anatomie pathologique les mercredis et lundis suivants, à 17 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique.

Travaux pratiques supplémentaires de parasitologie. — Deux séries de travaux pratiques supplémentaires de fin d'année auront lieu dans la salle des travaux pratiques de parasitologie, escalier B, 3e étage : du 25 au 30 avril, de 16 à 18 heures ; du 2 au 7 mai, de 15 à 17 heures.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, *jusqu'au 22 avril inclus, guichet* 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le droit d'inscription est de 250 francs pour les étudiants dont les travaux pratiques ne sont pas validés ; 125 francs pour ceux dont les travaux pratiques sont validés.

La mise en série se fera au laboratoire de parasitologie sur présentation de la quittance.

Faculté de médecine de Lyon. — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est conféré à M. Cluzet, professeur de physique biologique, radiologie et physiothérapie ; à M. Gayet, professeur de clinique urologique ; à M. Collet, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique, admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

Légion d'honneur. — COLONIES. — *Officier :* docteur Alphand (Charles-Victor). — *Chevalier :* docteur Devy (Indochine).

— TABLEAU DE CONCOURS POUR OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR (RÉSERVE). — MM. Azémar, Léard. Busy, Rabaloye, Tellier, Bergé, Joly, Geniaux, Livon, Sibille, de Castéras, Jeannin (Eug.), Alexandre (Paul), Foucaud, Lejeune, Schirck, Humbert, Hautefort, Gautrelet, Clermont, Daunay, Wagon, Quentin, Collin, Triqueneaux, Monier-Vinard, de Brisson de Laroche, Antoine (G.-A.), Oster, Izard, Barthélemy, Renaud (M.), Ameuille, Treille, Teulière, Le Cacheux, Dive, Maurer, Bureau, Arquembourg, Poujol, Gayet (R.-E.-E.M.), Colson, Imbert (G.-G.), Bernoud et Sarrailhe.

Distinctions honorifiques. — *Officier de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Chicandard, Sarazin et Prosper Veil (à Paris).

Officier d'académie. — MM. les docteurs Remlinger (à Paris) ; Blum (Jean), à Paris ; Casalis (à La Garenne) ; Cof-

finey (à Belfort) ; Faivre (à Melun) ; Mallet (à Brienon-sur-Armançon) ; Menger (à Bégard) ; Metz (à Strasbourg) ; Noël (à Marseille) ; Vuillemard (à Luxeuil).

Médaille des épidémies. — La médaille en or est décernée à titre posthume à M. le docteur Henri David, médecin chef du territoire de Safi (Maroc), victime du devoir professionnel.

Conseil supérieur d'hygiène sociale. — M. le professeur Villaret est nommé membre du Conseil.

Ministère de la Santé publique. — Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Rennes (Ille-et-Vilaine) est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Mouchette, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne) est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Pottier, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne) est actuellement vacant par suite du départ de Mlle le docteur Jacob, appelée à un autre poste.

Un poste de médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne) est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Magnand, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin directeur à la colonie agricole de Chezal-Benoit (Cher) est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Caron, appelé à un autre poste.

Guerre. — Un concours s'ouvrira, à neuf heures, le 15 novembre 1938, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, pour l'obtention du titre de « professeur agrégé du Val-de-Grâce » et pour un emploi de « professeur agrégé d'électro-radiologie ». (*J. O.*, 3 avril 1938.)

Marine. — Le concours de professeur agrégé des écoles de médecine navale, annoncé au *Journal officiel* du 20 juillet 1937, en vue de la nomination d'un titulaire dans la catégorie physiologie, médecine, aura lieu, à l'hôpital maritime de Toulon, le 3 mai 1938. (*J. O.*, 3 avril 1938.)

Assemblée française de médecine générale. — Les prochaines assises nationales, consacrées à la *Lithiase rénale* (étiologie, prévention et thérapeutique médico-chirurgicale), sous la présidence du professeur Legueu, auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Paris, le dimanche 8 mai 1938, de 9 heures à midi.

A 13 heures, le déjeuner habituel aura lieu chez Laurent, avenue Gabriel (60 fr.). S'inscrire à l'avance.

Nécrologie. — Le professeur Domenico Taddei vient de mourir à Florence. Né à Ferrare en 1875, il avait professé la pathologie chirurgicale à Padoue, à Pérouse, à Cagliari, à Sienne, à Pise, et enfin à Florence depuis 1934. Ses principaux travaux ont trait surtout à la chirurgie urinaire, mais aussi à la chirurgie gastro-intestinale et à la chirurgie osseuse. Taddei était vice-président de la Société italienne de chirurgie et associé de l'Académie de chirurgie de Paris.

On annonce la mort, à l'âge de 78 ans, du docteur Etienne Barral, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon. Il était depuis 1928 correspondant national de l'Académie de médecine, dans la section des sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles.

CHRONIQUE

UNE CÉRÉMONIE A L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Dimanche dernier, 3 avril, avait lieu, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours, la remise, à l'Ecole, du buste du docteur Guillaume Louis, Directeur de l'Ecole. La cérémonie organisée par un comité formé de collègues, d'amis et d'élèves du professeur Guillaume-Louis, était présidée par M. Roussy, recteur de l'Académie de Paris, et avait lieu en présence de M. le préfet d'Indre-et-Loire, de M. le maire de Tours, du médecin général inspecteur Rouvillois, du médecin général Schneider, du docteur Bazy, secrétaire général de l'Académie de chirurgie, des doyens des Facultés de Poitiers, des professeurs Castaigne, directeur de l'Ecole de Clermont-Ferrand, Marquis, directeur de l'Ecole de Rennes, et Marcland, directeur de l'Ecole de Limoges.

Ce fut l'occasion d'une très belle manifestation de sympathie. Tour à tour, le professeur Cosse, le professeur Mercier, le préfet d'Indre-et-Loire, M. le recteur Roussy, dirent ce que l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours doit à son directeur, louèrent les qualités et l'œuvre scientifique de ce dernier.

A son tour, le professeur Guillaume-Louis remercia en termes émus et célébra l'amitié qui réunissait autour de lui tant de sympathies agissantes et bienveillantes.

Le buste fut ensuite remis à l'Ecole par le professeur Roussy.

CONTRE LA PROPOSITION DE LOI SELLIER SUR L'ADJONCTION DE MENTIONS DE SPÉCIALITÉS AU DOCTORAT EN MÉDECINE

Le Conseil d'administration de la *Fédération corporative des médecins de la région parisienne*, réuni le 1er avril 1938, à la Faculté de médecine de Paris :

1° Manifeste son étonnement de voir une proposition de loi sur le doctorat en médecine avec mentions ou certificats obligatoires déposée au Sénat :

a) Non à la Commission compétente (Commission de l'*Enseignement*), mais à la Commission de l'*Hygiène*, de l'Assistance, de l'Assurance et de la Prévoyance sociales) ;

b) Alors qu'aucune modification des programmes d'études médicales n'a été étudiée et qu'aucune mesure n'a été envisagée permettant de rendre efficaces les dispositions que cette proposition de loi veut rendre obligatoires ;

2° Est de plus stupéfait de voir qu'une proposition de loi ayant pour but de supprimer les titres médicaux de fantaisie, sous peine de sanctions pénales, confère cependant le grade de docteur à des praticiens de l'art dentaire qui n'ont aucune qualité pour le porter, accordant ainsi à une catégorie de citoyens le privilège de faire ce qu'elle interdit comme un délit aux autres citoyens ;

3° Repousse en conséquence la proposition de loi Sellier sur le doctorat en médecine à mentions par option.

CETTE RÉSOLUTION A ÉTÉ VOTÉE A L'UNANIMITÉ.

(*Communiqué.*)

REVUE GENERALE

MALADIE de BESNIER-BŒCK-SCHAUMANN

Par M. Olivier DELZANT (1)
Interne des hôpitaux de Paris.

Evolution. — La maladie de Besnier-Boeck-Schaumann est de nature tout à fait bénigne. Son évolution est essentiellement chronique et de longue durée. Les lésions sarcoïdiques, cutanées et osseuses ont une tendance prononcée à régresser spontanément sans traitement ; le traitement, en particulier celui par les arsenicaux, semble accélérer cette régression. Les cas de mort signalés (Schaumann, Danholt, Nickreson) sont dus soit à une tuberculose associée, soit à une infection intercurrente.

Formes cliniques. — Les multiples et diverses localisations de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann que nous venons de décrire, ne se retrouvent pas toujours dans chaque cas. C'est ainsi que l'on peut décrire :

1° Une forme cutanée pure, une forme cutanéo-ganglionnaire ;

2° Une forme ostéo-ganglionnaire pure sans manifestation cutanée (Weissenbach et Kaplan) ;

3° Une forme pulmonaire et ganglionnaire sans manifestations cutanées (Pautrier, Jacob Weber) ;

4° Suivant le mode de début, il est souvent difficile de dire par quelles manifestations débute l'affection, vu le silence et l'insidiosité des premières manifestations.

On a décrit des débuts par des lésions osseuses, muqueuses, ganglionnaires, par leur caractère objectif les lésions cutanées attirent en règle générale les premières l'attention. Sont-elles les premières en date ? Il est possible que les lésions pulmonaires, que la radiologie seule peut démontrer, les aient devancées (Rist, Pautrier, Troisier).

Formes associées. — *a*) Forme avec diabète insipide (Tillgren, Lesné et Cl. Launay, Flandin et Poumeau-Delille). Aux manifestations de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann s'associe de la polyurie, de la polydipsie. La pathogénie de ce diabète insipide reste encore obscure. Faut-il supposer qu'il existe à la base du cerveau des formations nodulaires identiques à celles des extrémités digitales ? Mais l'examen radiologique de la selle turcique n'a montré aucune lacune, aucune altération osseuse qui puisse être rendue responsable d'une compression, ou d'une destruction osseuse. Il reste seulement permis de supposer la présence dans l'hypophyse, ou les méninges, de granulations ou de nodules sarcoïdiques, dont rien ne permet cependant d'affirmer l'existence.

b) Forme avec syndrome de Heerfordt (Bruins, Slot, Pautrier, Lamy, Lesné et Coutela). Aux diverses manifestations, on peut dans quelques cas voir s'associer le syndrome d'uvéo-parotidite subchronique fébrile d'Heerfordt, donnant lieu à une parotidite double avec fièvre légère, à une paralysie faciale et récurrentielle, à une irido-cyclite.

Ainsi donc, à côté des formes torpides cutanées, osseuses, ganglionnaires, pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, les plus fréquentes, il en existe un type particulier de l'extrémité céphalique à prédominance parotidienne, oculaire, nerveuse, pouvant ou non s'accompagner d'autres manifestations. Ce type revêt une allure assez spéciale avec fièvre, parfois céphalée, un peu de prostration, qui souligne le côté infectieux possible de la maladie (Pautrier).

Diagnostic. — Dans la forme complète où se trouvent associées les diverses manifestations cutanées, ganglionnaires, osseuses, pulmonaires, et viscérales, le diagnostic prête peu à discussion, et est en général facile. Il en est tout autrement dans les formes où prédominent les manifestations cutanées, osseuses, pulmonaires.

A. *Diagnostic des manifestations cutanées.* 3 affections peuvent surtout prêter à erreur, ce sont : le lupus tuberculeux et accessoirement le lupus érythémateux, la syphilis tertiaire, la lèpre.

a) Le lupus tuberculeux. Les foyers de lupus tuberculeux, surtout ceux de la face, avec leur teinte rouge violacée jaunâtre, leur évolution chronique, leur tendance à la cicatrisation centrale, peuvent simuler les sarcoïdes dans leur partie centrale. Mais l'infiltration du gâteau lupique est plus diffuse sur ses bords et n'a pas la limitation nette de la sarcoïde, sa mollesse est plus grande. La vitro-pression montre bien dans la sarcoïde quelques points jaunes grisâtres, mais ils n'ont pas la teinte ambrée sucre d'orge du lupome, ils sont moins translucides. La surface de la sarcoïde est également fréquemment sillonnée de télangectasies qui manquent dans le lupome.

Le lupus érythémateux prête moins à confusion. Ce diagnostic ne se discute que dans le cas rare où la surface des sarcoïdes est légèrement squameuse et présente une légère dilatation des orifices pilo-sébacés. Ces squames toujours superficielles ne présentent jamais les prolongements en clous de tapissier de la squame du lupus érythémateux. Les télangectasies que l'on y voit sont plus fines que celles des sarcoïdes ; l'infiltration y est moins nette.

Seul le stade atrophique des deux lésions peut offrir des difficultés, mais les bords de la cicatrice des sarcoïdes peuvent présenter encore des lésions en activité, jaunes brunâtres, ou être franchement pigmentés de brun, alors que les bords du lupus érythémateux offriraient une teinte rouge et un enduit squameux.

b) La syphilis tertiaire peut dans quelques cas prêter à confusion à son stade cicatriciel ; mais les lésions ulcéreuses ont des bords plus circinés, surtout leur évolution a été beaucoup plus rapide.

c) La lèpre, dans les pays où règne cette affection, constitue le diagnostic de beaucoup le plus difficile. La teinte jaune brunâtre ou violacée des sarcoïdes peut simuler celle des lépromes ; les gonflements des doigts,

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 27, du 2 avril 1938.

les lésions osseuses se retrouvent également dans la lèpre.

Quant au groupe des sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy, il prête peu à confusion du fait de leur situation plus profonde hypodermique, de l'aspect normal des téguments qui les recouvrent.

Dans tous les cas, c'est en dernière analyse l'examen général du malade, et l'examen histologique des lésions qui fourniront des éléments sûrs de diagnostic.

B. *Diagnostic des manifestations osseuses.*

Tout à fait au début, la polyostéite pseudo-kystique peut être confondue avec la simple acrocyanose, l'acrodynie infantile. Constituée, elle a un aspect clinique spécial, ainsi qu'un aspect radiologique caractéristique prêtant peu aux erreurs de diagnostic.

Cliniquement à première vue on pourra être amené à discuter les spina ventosa, mais le siège même de la lésion, 1re ou 2e phalanges, l'aspect des doigts, l'évolution spontanée vers l'abcédation, et surtout l'aspect radiologique des lésions osseuses orienteront rapidement le diagnostic.

La radiographie étant faite diverses affections se présentent à l'esprit. Le kyste essentiel des os, donnant à l'examen radiologique une image de cavité régulière, dont le centre est parfaitement clair, mais cerné par un bord opaque continu, régulier, souvent très mince, mais aussi très net. Une tumeur à myéloplaxe, l'ostéite fibreuse localisée, les enchondromes des doigts, les tumeurs malignes des phalanges.

Cependant, il reste trois maladies dans lesquelles les images radiologiques peuvent être, dans certains cas, identiques à celles de l'ostéite pseudo-kystique : ce sont la lèpre, la syphilis et la tuberculose des extrémités osseuses.

C. *Diagnostic des lésions pulmonaires.* La constatation des images pulmonaires éveille immédiatement l'idée d'une tuberculose pulmonaire, soit granulie froide, soit tuberculose fibro-caséeuse. C'est l'absence de bacilles tuberculeux dans l'expectoration, après de nombreux examens, et la tolérance très grande de ces malades pour leurs lésions pulmonaires qui peuvent rester des années sans modifications, qui font rejeter le diagnostic de bacillose pulmonaire.

Traitement. — Celui-ci reste en général assez décevant.

a) Traitement local. Il donne peu de résultat. En cas d'une ou deux lésions isolées, et de moyen volume, on pourra faire pratiquer l'ablation chirurgicale de la tumeur. En cas de lésions multiples, rendant l'ablation impossible, on aura recours soit à la cryothérapie, soit à l'actinothérapie sous ses différentes formes (finsenthérapie, roentgenthérapie, radiumthérapie...) ; mais le plus souvent les résultats ne sont que passagers.

b) Le traitement général paraît le seul logique, puisqu'il s'agit d'une maladie générale, il se ressent des discussions étiologiques et pathogéniques.

On a employé des sels mercuriels (calomel), des sels de bismuth, des sels d'or, avec des résultats variables. L'arsenic, par contre, est le médicament le plus anciennement employé, et celui qui donne les meilleurs résultats ; Kissmeyer l'emploie sous forme de liqueur de Fowler donnée à fortes doses par périodes intermittentes et d'une façon prolongée. D'autres auteurs préconisent l'emploi du novarsénobenzol.

La tuberculine a été employée en injection intradermique, par différents auteurs avec des résultats variables.

S. Lomholt, dans 12 cas, a vu une action remarquable de l'Antiléprol en injections.

Pautrier préconise comme traitement, la tuberculine intradermique, à doses progressivement croissantes, associée au sulfarsénol en injections intramusculaires.

BIBLIOGRAPHIE

Nous nous bornerons à la bibliographie postérieure à 1935, renvoyant pour les publications antérieures aux publications suivantes.

KISSMEYER. La maladie de Boeck. Masson et Cie, Paris, 1932.
Réunion dermatologique de Strasbourg. — Séance spéciale du 13 mai 1934, consacrée à l'étude des sarcoïdes. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, N° 6, juin 1934, p. 995, 1932.

L. PAUTRIER. La maladie de Besnier-Boeck. *Nouvelle Pratique dermatologique*, t. III, p. 698-732.

BERTACCINI. La question des sarcoïdes à la réunion dermatologique de Strasbourg. *Giorn. ital. di Dermat. et Sifil.*, vol. 75, fasc. 6, décembre 1936, p. 2.053

BONNEVIE et T. K. WITH. Traitement des sarcoïdes de Boeck (lymphogranulomatose bénigne), avec apparition de tuberculose multiple évolutive et évolution des réactions à la tuberculine, *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 175, 1937, p. 407-411.

W. J. BRUINS, SLOT. Maladie de Besnier-Boeck et uvéo-parotidite, syndrome de Heerfordt, *Nederl. tijdschr. v. geneesk.*, 80, 20 juin 1936, p. 2859-2863.

BRUNER. Les lésions osseuses de la maladie de Besnier-Boeck. *Medycyna*, N° 18, 21 septembre 1936, p. 547.

K. BORMWATER. Sarcoïdes de Boeck des muqueuses. *Haps-Nasen, u. Ohrenarzt* (Teil 1), N° 27, 1936, p. 259-264.

CARAVEN, MOULONGUET et LAFFITTE. Les lésions osseuses, ganglionnaires et cutanées de la maladie de Besnier-Boeck, la polydactilite de Jüngling. *Mém. de l'Académie de chir.*, t. 63, n° 27, p. 1085-1093.

CHATELIER et GADRAT. Sur les lésions pulmonaires dans la maladie de Besnier-Boeck. *Soc. de Méd. et Pharm. de Toulouse*, mars 1936.

P. CHEVALLIER et E. ORINSTEIN. Sarcoïdes de Boeck avec lésions osseuses spéciales, précession de plusieurs années de la polyostéite cystoïde sur les lésions cutanées (maladie de Besnier-Boeck (Pautrier), à début osseux. En outre, lésions oculaires. *Bul. Soc. fr. de derm. et syph.*, 1936, p. 1815.

J. COMBY. Maladie de Besnier-Boeck, revue générale. *Arch. de méd. des enfants*, n° 39, juillet 1936, p. 474-479.

P. COURMONT, J. GATÉ, H. GARDÈRE et MÜLLER. Maladie de Besnier-Boeck. R. L. *Bull. de la Soc. fr. de derm. et syph.*, n° 43, mai 1936, p. 834-839. *Lyon Médical*, 7 juin 1936, p. 681-686.

A. CROSTI. Observation sur les sarcoïdes dermiques (syndrome de Besnier-Boeck) et sur certaines manifestations réticulo-endothéliales de la peau. *Giorn. ital. di dermat. et sifil.*, vol. 76, fasc. 4, août 1935, p. 975.

N. DANBOLT et E. HVAL. Sarcoïdes de Boeck, autopsie d'un cas ancien du prof. Boeck. *Acta dermat. vénéréol.*, n° 17, sept. 1936, p. 477-493.

H. C. ERNSTING. Sarcoïde de Boeck de paupières, avec coexistence de sarcoïdes de Darier-Roussy. *Arch. ophth.*, n° 17, mai 1937, p. 493-504.

FLANDIN, POUMEAU-DELILLE. A propos d'un cas de sarcoïdes noueuses disséminées avec diabète insipide associé. *Bul. Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1936, p. 1423-1426 et *Paris Médical*, n° 3, 16 janv. 1937, p. 68.

J. da FONSECA BICUDO. Un cas de lupoïdes cutanées de Boeck en plaques. *Rev. Assoc. paulista de med.*, 8 avril 1936, p. 243-250.

A. FOLPMERS. Un cas d'association de lupus pernio et de sarcoïde de Boeck avec syndrome de maladie de Besnier-Boeck. *Dermat. Ztschr.*, n° 75, mars 1937, p. 83-92.

GADRAT et MARQUÈS. Aspect radiologique des lésions dans la maladie de Besnier-Boeck (lupus pernio). *Bull. et Mém. de la Soc. de radiol. de France*, 24 juin 1936, p. 585-586.

GRJEBINE. Contribution à la démonstration de l'identité des sarcoïdes de Boeck et de Darier-Roussy, de l'érythème induré de Bazin et du lupus pernio. *Sovietsky Vestnik Venerologii i dermatologii*, n° 8, 1934, p. 687-690.

E. HALM. Un cas de sarcoïde de Boeck des yeux. *Acta ophth.* n° 15, 1937, p. 235-238.

F. T. HUNTER. Maladie de Hutchinson-Boeck, sarcoïdes généralisées, historique, relation d'un cas avec guérison. *New England, J. Med.*, 20 févr. 1936, p. 346-352.

F. JOLDSCHLOG, FGRÖER et E. MEISELS. Un cas de maladie de Besnier-Boeck, forme isolée du poumon, chez une fillette de 13 ans. *Przegl. dermat.*, n° 31, décembre 1936, p. 384-395.

KLAUDER et WEIDMANN. Sur la clinique de la sarcoïde de Boeck. *Dermatologische Wochenschrift.* t. 99, n° 52, 29 décembre 1934, p. 1665.

J. W. JORDON et E. D. OSBORNE. Deux cas d'évolution extensive de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. *Arch. dermat. et syph.*, n° 35, avril 1937, p. 663-684.

S. LOMHOLT. Sarcoïde de Boeck ou lymphogranulomatose bénigne, revue brève basée sur 60 cas. *Acta dermat. venereol.*, n° 18, avril 1937, p. 131-149.

S. LOMHOLT. Sarcoïde de Boeck avec infiltration circinée de la peau particulièrement grande. *Arch. f. derm. und syph.*, n° 174, 1936, p. 132-139.

M. LAMY, M. MIGNON et J. POLACCO. Syndrome de Heerfordt, images radiologiques d'infiltration micro-nodulaire des poumons, guérison. *Bul. Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1937, p. 1621-1631.

W. T. LONGCOPE Forme généralisée de sarcoïde de Boeck. *Tr. A. Am. Physicians*, n° 61, 1936, p. 94-102.

W. T. LONGCOPE et J. W. PIERSON. Sarcoïdes de Boeck. *Bul. Johns Hopkins Hosp.*, n° 60, avril 1937, p. 223-296.

E. LESNÉ, Cl. LAUNAY, G. SÉE. Diabète insipide au cours de la maladie de Besnier-Boeck. *Bull. Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1935, p. 1137-1146.

E. LESNÉ, C. COUTELA et J. LEVESQUE. Syndrome de Heerfordt, forme particulière de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. *Bul. Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1938, p. 9-15.

J. NICOLAS et J ROUSSET. Nouveau cas de maladie de Besnier-Boeck, radiographie osseuse et pulmonaire. *Bul. de la Soc. franç. de derm. et syph.*, R. L. n° 2, février 1937, p. 184-188.

J. NICOLAS, J. COSTE, J. ROUSSET et J. COLAS. Un cas de maladie de Besnier-Boeck. *Bul. de la Soc. fr. de derm et syph.* R. L., 1936, p. 1315-1322.

D. A. NICKERSON. 6 cas avec autopsie de sarcoïde de Boeck. *Arch. path.*, n° 24, 19-29 juillet 1937.

PASINI. Lupus pernio avec lésions érythrodermiques. *Giorn. ital. di Derm. et Sif.*, vol. LXXVII, fasc. 6, décembre 1936, p 1046-1049.

L. PAUTRIER. La maladie de Besnier-Boeck. Les manifestations cutanées, ganglionnaires, osseuses, viscérales, nasales et conjonctivales. *Presse méd.*, n° 8, 26 janvier 1935, p. 146-149.

L.-M. PAUTRIER. Inoculation positive probable au lapin au point d'inoculation, de lésions cutanées de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. *Bul. de la Soc. fr. de derm. et syph.*, R. S., 1936, p. 505.

L.-M. PAUTRIER. Les lésions érythrodermiques pures de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. *Ann. de derm. et de syph.*, t. 7, n° 5, mai 1936, p. 433-464.

L.-M. PAUTRIER et P. LANZENBERGH. Nouveau cas de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. *Bull. de la Soc. fr. de derm. et syph.*, R. S. 10 janvier 1937, p. 225-232.

L.-M. PAUTRIER, JACOB et WEBER. Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann à forme uniquement pulmonaire et ganglionnaire, sans manifestations cutanées. *Bul. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1937, p. 1600-1608.

L.-M. PAUTRIER. Syndrome de Heerfordt et maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, parotidite, irido-cyclite, paralysie faciale d'origine périphérique, paralysie du récurrent, éruption confluente de grosses sarcoïdes du bras et des cuisses, érythrodermie sarcoïdique des jambes et des plantes des pieds. *Bul. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1937, p. 1608-1620.

J. PESSANO, TOMAS NEGRI. Hypothèse sur l'étiopathogénie de la maladie de Besnier-Boeck (lymphogranulomatose bénigne de Schaumann) et d'autres processus cutanés, la néoscrofule. *Ann. de derm. et syph.*, t. 6, n° 7, juillet 1935, p 606-620.

QUIROGA et BOSQ. Sarcoïdes cutanées multiples bénignes (maladie de Boeck, lymphogranulomatose bénigne de Schaumann). *Revista Argentina di Dermatosifilologia*, t. 18, 1re partie, août 1934, p. 51.

RADAELI. Contribution à l'étude des sarcoïdes cutanées (un cas de lupus pernio de Besnier-Tenneson). *Giorn. ital. di Dermat. e Sifilo*, vol. 76, fasc. 4, août 1935, p. 999.

E. RIST, SÉZARY, Mlle BLANCHY et BEYT. Maladie de Besnier-Boeck, un cas (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1936, p. 402.

E. RIST, Mlle M. BLANCHY et J. TUCHILA. Etude clinique et bactériologique d'un cas de maladie de Besnier-Boeck à détermination pulmonaire. *Ann. de méd.*, t. 41, n° 3, mars 1937, p. 169-182.

J. J. C. P. A. ROOVERS. Maladie de Besnier-Boeck, forme rare de réticulo-endothéliose. *Nederl. tijdschr. v. geneesk*, 79, 30 nov. 1936, p. 5,541-5.546.

RABELLO Junior. Données nouvelles pour l'interprétation de l'affection de Besnier-Boeck, rôle de la lèpre. *Ann. de derm. et syph.*, t. 7, n° 6, juin 1936, p. 571-596.

M. SAACKE. Un cas de sarcoïdes de Boeck à forme pulmonaire. *Med. Welh.* 10, 25 janvier 1936, p. 124-125.

J. SCHAUMANN. Lymphogranulomatose bénigne, à la lumière d'une observation prolongée, et de la vérification anatomique. *Brit. J. Dermat.* 48, août-septembre 1936, p. 399-446.

R. SEEFELDER. Etude prolongée de conjonctivite, évoluant en maladie de Besnier-Boeck. *Arch. f. Augenh.* 100, 1937, p. 415-425.

H.-F STOLL. Un cas de lésions pulmonaires et osseuses, dû vraisemblablement aux sarcoïdes. *Ann. int. méd.* 10, avril 1937, p. 1588-1594.

TILLGREEN. Diabète insipide, symptôme de maladie de Schaumann. *Brit. Journ. of Derm.* 47, 1935, p. 223.

J. TROISIER, M. BARIÉTY, E. HAUTEFEUILLE et J. ORTHOLAN. Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, affectant primitivement les voies respiratoires. Apparition successive de déterminations oculaires, puis cutanées, et ganglionnaires.

Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1938, séance du 14 janvier 1938, p. 111-117.

Mlle ULMO. La maladie de Besnier-Boeck (lymphogranulomatose bénigne de J. Schaumann, sarcoïdes dermiques de Boeck, lupus pernio de Besnier-Tenneson). *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, t. 105, cahier 22, 25 novembre 1934, art. 31034, p. 818.

M. R. J. WEISSENBACH et M. KAPLAN. Maladie de Besnier-Boeck, un cas à forme ostéo-ganglionnaire, remarques concernant son étiologie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1935, p. 1936.

R. J. WEISSENBACH, P. LEHMANN, J. MARTINEAU et M. KAPLAN. Forme ostéo-ganglionnaire de la maladie de Besnier-Boeck. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et syph.* n° 2, février 1935, p. 253.

T. K. WITH. Lymphogranulomatose bénigne (Besnier-Boeck-Schaumann-Jüngling) avec considération spéciale sur ses relations avec la tuberculose et l'uvéoparotidite. *Nord. Med. tidskr.* 12, 31 oct. 1936, p. 1787.

T. K. WITH et P. HELWEG-LARSEN. Un cas de lymphogranulomatose bénigne (sarcoïdes de Boeck-Schaumann) des ganglions, des amygdales et des glandes salivaires, mais sans lésions cutanées, muqueuses, ni osseuses, compliquée de tuberculose pulmonaire. *Ugesk f. laeger*, 99, 85, juillet 1937, p. 763-769.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1938)

Notice. — M. Ribadeau-Dumas donne lecture d'une notice nécrologique sur M. d'Astros (de Marseille).

La maladie des pêcheurs d'éponge nus. — M. SKEVOS SERVOS, dans une note présentée par M. Tanon, apporte un nouveau travail sur la maladie qui porte son nom, et qui est aussi appelée : « maladie des pêcheurs d'éponges nus ». Elle est déterminée par un coelentéré que l'auteur appelle hellénopolype.

La maladie devient plus rare depuis qu'on emploie le scaphandre, mais elle se rencontre encore souvent, et quelquefois avec des allures graves, dont quelques observations relatées dans ce travail, sont la preuve. Après une période initiale de fièvre, de malaise et de troubles généraux, la partie atteinte par l'actinion, même après un léger contact, s'enflamme et provoque la formation d'une escarre noirâtre, au-dessous de laquelle se trouve une sérosité sanieuse, blanchâtre ou rougeâtre. La lésion gangréneuse s'étend et la cicatrisation est très longue.

M. SKEVOS SERVOS décrit la constitution de cet actinion, son mode de vie et son mode d'action, ainsi que son liquide toxique, dont l'activité est variable suivant le fond de mer. C'est un parasite fréquent de toutes les éponges.

Les pêcheurs les redoutent énormément et beaucoup de syndromes graves nerveux signalés ne relèvent que de l'inquiétude que provoque leur mauvaise renommée.

Les figures et préparations qui accompagnent ce texte sont très belles et très démonstratives.

Sur une méthode simplifiée de mesure du pouvoir hémo-bactéricide. — MM. JEANNENEY, CASTANET et CATOR. La mesure du pouvoir hémo-bactéricide, telle qu'elle avait été décrite par Wright, est une manœuvre délicate, difficile et sujette à de multiples erreurs.

Les auteurs décrivent un procédé simple de mesure du pouvoir hémo-bactéricide ; ils déposent sur une cellule constituée par un anneau de verre scellé à la paraffine sur une lame porte-objet une goutte de sang citraté préalablement mélangé à une dilution microbienne donnée.

Après un séjour de 24 heures à l'étuve, suit une numération des colonies microbiennes qui ont poussé.

Le simple examen macroscopique de la cellule permet de se rendre compte du pouvoir bactéricide du sang qui, tantôt empêche totalement les cultures de pousser, tantôt n'en laisse pousser que de faibles quantités, tantôt enfin n'est nullement inhibiteur.

La mesure de ce pouvoir hémo-bactéricide permet d'évaluer la défense contre les infections, soit chez les infectés, soit chez les sujets vaccinés.

Vacances de Pâques. — La séance du mardi 19 avril 1938 est supprimée.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1938)

Action inhibitrice de certains dérivés sulfo-conjugués des amines aromatiques sur la spermatogénèse de l'homme. — MM. A. JAUBERT et Ch. MOTZ. Dans 23 cas de blennorragies aiguës traitées par différents dérivés sulfo-conjugués, des examens cyto-bactériologiques de sperme ont été pratiqués.

Le nombre des spermatozoïdes a été normal dans 39,13 pour 100 des cas, nettement diminué dans 30,43 p. 100 et très réduit dans 30,43 p. 100 des examens.

Assez souvent, la mobilité est fortement atteinte, parfois disparue et l'aspect morphologique des spermatozoïdes nettement altéré.

Cette action toxique des dérivés sulfo-conjugués peut apparaître dès les premiers jours du traitement, et elle semble devoir se prolonger. Chez 449 blennorragiques traités par les moyens classiques, les spermatozoïdes sont normaux dans 83,5 p. 100, diminués dans 7,8 p. 100, très réduits dans 0,4 p. 100 et les azoospermies se chiffrent à 8,2 pour 100.

Essai de mise en évidence des anticorps du typhus exanthématique par un test cutané. — M. P. GIROUD.

Action de la fagarine I sur le cœur isolé de grenouille. — MM. E. MOISSET et DE ESPANÈS.

Excitations urétérales et mouvements de l'intestin « in situ » chez des chiens normaux, yohimbinisés, atropinés et ésérinés. — MM. BARIÉTY et D. KOHLER. L'excitation de l'un des deux uretères provoque une chute du tonus intestinal avec diminution de l'amplitude des contractions bientôt suivie d'une élévation du tonus avec ou sans diminution des contractions. Ces réponses sont d'autant plus importantes que l'excitation urétérale est plus forte et que l'excitation porte sur l'uretère du rein énervé.

Chez le chien yohimbinisé, l'excitation urétérale provoque une augmentation de l'amplitude des contractions et une élévation passagère du tonus, bientôt suivie d'une chute.

Chez le chien atropiné, on trouve, après une élévation du tonus, le plus souvent sans augmentation des contractions, une chute prolongée du tonus avec diminution de l'amplitude des contractions, mais augmentation de leur fréquence.

Chez le chien ésériné, on note, soit une chute du tonus suivie d'une augmentation, soit une élévation immédiate du tonus avec diminution considérable des contractions. L'intestin se fatigue moins vite que chez le chien normal et les réponses sont très diminuées, quand les excitations portent sur l'uretère du rein énervé.

Effets de la testostérone chez Cairina. — MM. H. BULLIARD et A. RAVINA ont observé avec des doses élevées une croissance rapide du pénis, tandis que les testicules s'atro-

phient. On peut faire également apparaître un petit clitoris chez la femelle.

Sur le plumage, après une courte période d'excitation de la croissance, on assiste à un ralentissement, comme le montrent les zones de déplumage simultanées.

M. JUSTIN-BESANÇON signale l'observation d'un eunuchisme post-pubère traité par le propionate de testostérone. Il s'agit d'un sujet de 21 ans, suivi par MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon et A. Rubens-Duval depuis mai 1937 et traité par l'hormone mâle depuis cette date. Le sujet a présenté une transformation complète, en ce qui concerne ses caractères sexuels. Mais les cartilages de conjugaison persistent et la taille a augmenté de 3 centimètres. Ainsi, l'évolution sexuelle ne s'est pas accompagnée d'une inhibition de la croissance.

Injections continues d'insuline et diabète. — MM. A. BAUDOUIN, LEWIN et AZÉRAD ont recherché chez des diabétiques :

1° Quelle est la dose nécessaire pour ramener la glycémie à la normale. Dans les conditions où ils ont opéré, ils ont constaté que, pour baisser la glycémie à la normale en trois heures, il faut injecter trois dixièmes d'unité par kgr et par heure ;

2° Ce résultat une fois atteint, quelle est la dose nécessaire pour maintenir cette glycémie à la normale d'une façon prolongée. Chez deux malades, il a suffi d'un centième d'unité par kgr et par heure comme chez le sujet normal. Chez un troisième, il a fallu des quantités dix fois plus élevées.

Election. — M. LEMAIRE est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1938)

Essais de surinfection du lapin par le bacille de la tuberculose aviaire. — MM. A. BOQUET et W. SCHAEFER montrent que chez les lapins préparés 5 à 17 semaines auparavant par inoculation sous-cutanée ou intra-veineuse de bacilles aviaires, de bacilles bovins ou de bacilles humains, l'infection d'épreuve, provoquée par l'inoculation intraveineuse d'une forte dose de bacilles aviaires, évolue généralement un peu plus vite vers la mort que chez les témoins. Les animaux présentent alors, en dehors des lésions habituelles du type Yersin, des altérations pulmonaires inflammatoires d'un aspect particulier. Au contraire, il ne semble pas que l'évolution de l'infection d'épreuve effectuée dans les mêmes conditions, soit sensiblement accélérée chez les lapins préparés depuis cinq semaines, au moyen soit du BCG, soit de bacilles bovins tués, soit de bacilles paratuberculeux. Un ralentissement assez marqué de l'infection de type Yersin a été noté chez des lapins préparés par des injections intra-veineuses et sous-cutanées de protéides du bacille bovin.

Métabolisme du cholestérol dans les liquides d'épanchements (ascite ou pleural). — MM. J. DESBORDES et D. LÉVY ont étudié les variations du taux du cholestérol et du pouvoir cholestérolytique dans un certain nombre de liquides d'ascite et de liquides pleuraux. Ils voient d'une façon régulière le pouvoir cholestérolytique devenir négatif (pouvoir pécipitant) au fur et à mesure du vieillissement de ces liquides. Après chaque poussée liquidienne, ils voient ce pouvoir devenir positif (dissolvant). Les fluctuations importantes du pouvoir cholestérolytique ne s'accompagnent que de faibles variations du taux du cholestérol.

Sur le taux des protéines et l'équilibre sérine/globuline dans divers liquides d'épanchements. — MM. J. DESBORDES et D. LÉVY soulignent les points suivants :

1° Lorsqu'un épanchement d'ascite subit une forte poussée liquidienne à la suite d'une ponction importante :

a) Toujours le rapport sérine/globuline montre un gros excès de sérine par apport à la globuline.

b) Toujours le pouvoir cholestérolytique devient brusquement positif, ou bien cette tendance s'accuse (tendance dissolvante).

2° Lorsqu'un tel liquide d'ascite vieillit *in situ* :

a) Toujours le rapport sérine/globuline diminue, augmentation des globulines pour un taux de protéines total sensiblement constant.

b) Toujours le pouvoir cholestérolytique devient de plus en plus négatif (tendance précipitante).

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1938)

Taux de l'organisme en cholestérol après injection de thyroxine. — Plusieurs chercheurs ayant observé une diminution du cholestérol sanguin après injections de thyroxine, MM. H. VIGNES et G. GLOMAUD ont voulu savoir si cette diminution correspond à un appauvrissement des tissus. Ils n'ont observé aucun effet constant.

Rapports entre la morphologie des plaquettes sanguines et la charge électrique de ces éléments. — M. A. DREYFUS, Mlle S. JACOB et M. J. JUGAND. Sur les frottis préparés d'après une technique particulière, les plaquettes sanguines se présentent tantôt avec des prolongements rameux, tantôt dépourvus d'expansions. Entre l'une et l'autre espèce d'éléments il existe une proportion qui paraît liée à l'état de la fonction hémostatique.

On peut, en modifiant *in vitro* la charge électrique des éléments, modifier parallèlement la proportion des diverses sortes de globulies. Des précautions particulières doivent donc être observées si on veut apprécier correctement la forme des plaquettes sanguines.

Influence du rapport lipo-albuminurique et du rapport sérine/globuline sur le pouvoir cholestérolytique. — MM. J. DESBORDES, M. BOULENGER et Mlle Denise LEVY insistent à nouveau sur l'intérêt que présente la mesure du pouvoir cholestérolytique par rapport au simple dosage du cholestérol dans le sang. Après avoir passé en revue l'influence des protéines sériques de la liaison lipides-protéines, celle du pH et celle de la réserve alcaline, ils insistent sur les valeurs comparées des rapports lipo-albuminique d'une part et sérine/globuline d'autre part.

On peut dégager des chiffres qu'ils présentent que le rapport lipides/albumine semble avoir peu d'influence sur la valeur du pouvoir cholestérolytique. Lorsque le taux des globulines augmente et que celui des sérines diminue, le pouvoir cholestérolytique a tendance à être négatif, c'est-à-dire que la cholestérine a tendance à précipiter. Au contraire, un taux élevé de sérine semble toujours correspondre à un pouvoir positif (solubilisant).

En un mot, ce pouvoir dépend de la formule protidique des humeurs plutôt que de leur formule lipidique.

Notion d'exsudat et de transsudat dans les liquides d'épanchements. Signification du rapport sérine/globuline. — M. J. DESBORDES cherche à expliquer l'inversion du rapport sérine/globuline qu'il constate dans de jeunes liquides d'ascite, inversion toujours en opposition avec la formule des liquides vieillis *in situ*. Il montre, confirmant les opinions émises de divers côtés, que les liquides provenant uniquement de transsudat présentent un taux élevé de sérine, albumines de petites molécules, traversant l'épithélium vasculaire beaucoup plus facilement que les globulines de poids moléculaire plus élevé.

Par ailleurs, reprenant des expériences effectuées sur des liquides pleuraux, il réalise le vieillissement artificiel de

liquides d'ascite, y montrant la disparition progressive de la sérine et sa transformation lente en molécules de globuline.

Eloge funèbre de M. MESNIL. M. L. LAPICQUE, président.

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1938)

La neurocrinie épiphysaire et le complexe neuro-endocrinien épithalamo-épiphysaire. — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER. 1° La production de granulations mélaniques et argentaffines dans les cellules épiphysaires confirme la conception des auteurs sur les rapports fréquents entre ces inclusions et les fonctions neuricrines. 2° L'épiphyse est non seulement, comme ils l'ont indiqué antérieurement, une glande neuricrine, mais présente, comme l'hypophyse, une fonction neurocrine. 3° Les fibres nerveuses épiphysipètes d'origine épithalamique présentent des fonctions excito-sécrétoires certaines, étant donné l'existence de terminaisons péri et intraglandulaires. 4° Il existe un complexe épithalamo-épiphysaire homologue du complexe hypothalamo-hypophysaire.

Sur la similitude des lésions de primo-infection pulmonaire dans la tuberculose humaine et dans la tuberculose spontanée du cobaye — MM. A. SAËNZ et G. CANETTI.

Absence du pouvoir convulsivant de la strychnine dans l'iodométhylate de cet alcaloïde. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC.

Recherches sérologiques sur les milieux transparents de l'œil. Le cristallin. — MM. E. WOLLEMAN. Ph. GONZALEZ et P. DUCRET reprennent les recherches de Uhlenhuth sur les caractères sérologiques du cristallin, en les étendant aux poissons cartilagineux (raie) et aux céphalopodes (poulpe).

Ils confirment et étendent les données de l'auteur allemand quant aux propriétés antigéniques du cristallin, qui sont semblables pour tout l'embranchement des vertébrés. Par contre, le cristallin, hautement différencié des céphalopodes (poulpe) ne présente aucune parenté antigénique avec le cristallin des vertébrés (mammifères ou poissons). On peut dire dans ce sens que la spécificité d'organe si remarquable du cristallin est encore une spécificité d'origine, la marque d'origine étant ici celle de l'embranchement tout entier.

Action de l'acide ascorbique sur les réflexes vasomoteurs. — MM. G. et A. UNGAR ont constaté que les fortes doses d'acide ascorbique inhibent les réflexes dépresseurs et augmentent les réflexes presseurs. Cet effet semble s'exercer sur les terminaisons des voies centrifuges des réflexes par le mécanisme de l'activation de l'adrénaline et de l'inactivation de l'acétylcholine, ces substances jouant le rôle de médiateurs de l'excitation nerveuse.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1938)

Silicose et pneumoconioses. — M. NICAUD. D'après l'auteur, on doit douter de la réalité de la silicose et, par suite, de toutes les pneumoconioses en tant qu'entités pathologiques pures. L'action nocive des poussières est généralement attribuée à la silice. Son action irritante mécanique est dicutable, car beaucoup de particules de silice n'arrivent pas à l'alvéole. Son action chimio-toxique n'est pas prouvée en pathologie humaine. Cliniquement, il est impossible de différencier la silicose de la tuberculose fibreuse. Si la présence de la silice dans les lésions pulmonaires a été démontrée, rien ne prouve que sa teneur dépasse le chiffre normal. Si la silicose est associée à la tuberculose, les nodules ne peuvent être différenciés de la tuberculose pure. On peut donc se demander si la silicose a une existence propre.

Hyperazotémie transitoire observée au cours d'hémorragies gastro-intestinales et d'épistaxis déglutées. Diagnostic avec les hémorragies d'origine urémique. — MM. CAIN, CATTAN et ZARACHOVITCH. Observation d'hémorragies gastro-intestinales et d'épistaxis abondantes, au cours desquelles le dosage de l'urée sanguine fournit des chiffres variant entre 2 gr. 30 et 0 gr. 55. On note en même temps de l'oligurie, de l'hypoazotémie, de l'hypochlorurie et parfois de l'hyperchlorémie plasmique. On ne constate pas en pareil cas de lésion récente des reins. Les auteurs insistent sur la bénignité de ces azotémies toujours passagères et sur l'intérêt qu'il y a à les distinguer des azotémies au cours des ulcérations urémiques de l'estomac ou de l'intestin pouvant compliquer une néphrite chronique.

Deux cas de diverticules gastriques associés à d'autres diverticules du tractus digestif. — MM. HILLEMAND, GARCIA-CALDERON, LE CAMUS et HERRENSCHMIDT. Deux cas de diverticules de l'estomac. 1er cas associé à un diverticule duodénal ; 2e cas associé à deux diverticules du duodénum et à des diverticules coliques. Ils se montrent en faveur de la théorie congénitale du diverticule gastrique.

Exploration radiologique du thorax en position coudée dans un cas de cancer primitif du poumon. — MM. BENDA, FOURESTIER, Mme THAON et M. FASQUELLE.

Traitement arsenical massif de la syphilis par instillations intra-veineuses goutte à goutte. — MM. TZANCK, DUPERRAT et LEWI. Ce traitement arsenical massif, par instillations intra-veineuses de 1 gr. 50 de novar pendant trois jours consécutifs permet d'éviter les accidents du 10e jour et ceux qui surviennent au cours de l'injection. On n'observe pas de crise nitritoïde. L'action sur les lésions en évolution est rapide. Disparition des tréponèmes dès le lendemain ; fléchissement rapide du Wassermann. Ce traitement permet d'envisager la prophylaxie de la maladie.

Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adolescent (typho-bacillose, érythème noueux). – MM. J. TROISIER, BARIÉTY et BROUET. Jeune fille de 18 ans, soumise pendant 10 jours à un contact infectant auprès d'une phtisique moribonde. Apparition : 1° d'un érythème noueux au bout de 41 jours ; 2° du début des lésions pulmonaires vers le 74e jour ; 3° plus tard, du B. K. Mort phtisique au bout du 217e jour. A l'autopsie, on trouva deux ganglions caséeux latéro-trachéaux droits.

Kala azar autochtone chez l'adulte. Diagnostic sérologique. Guérison par le traitement stibié. — MM. POINSO et DE COUGNY (Marseille).

Diagnostic du rhumatisme cérébral méningo-encéphalite aiguë à Torulopsis histolytica. — MM. GERMAIN et MORVAN. Jeune homme de 19 ans, atteint de symptômes rappelant la maladie de Bouillaud. Apparition au 7e jour d'une excitation psycho-motrice aiguë avec hyperthermie à 39°9 entraînant la mort en 8 mois. Le liquide céphalo-rachidien contenait de nombreux *Torulopsis histolytica*. Il s'agissait donc d'une méningo-encéphalite causée par cette levure.

Résultats du traitement de la fièvre typhoïde par l'antivirus vieilli de Besredka. — MM. LIVIÉRATO et VAGLIANO (Athènes). — Les auteurs proposent les conclusions suivantes :

1° L'antivirus typhique de Besredka doit être frais pour atteindre son maximum d'effet dans le traitement de la fièvre typhoïde.

2° Le choc obtenu par l'antivirus est aussi net avec le produit vieilli qu'avec le produit frais.

LIVRES NOUVEAUX

De la séméiologie à la thérapeutique, par le professeur Maurice LOEPER. Paris, 1938, in-8°, 306 p., Doin et Cie, édit. Prix : 65 francs.

Dans ce volume élégamment présenté par la librairie Doin, M. Loeper a réuni un certain nombre de leçons ou de mémoires concernant les sujets qui ont particulièrement retenu son attention : *spécificité chimique*, l'intoxication dominant de très haut la pathologie tout entière et chaque agent toxique possédant son tropisme, si bien que l'existence de tel symptôme permet d'incriminer telle substance déterminée ; notions concernant l'*équilibre nutritif*, sans la connaissance desquelles il est impossible d'instituer un régime ; relations qui unissent l'*aliment au médicament* ; nécessité, pour la *nutrition du cœur*, de certains principes : glucose, ions Ca, Na et K, lécithine, etc. ; *origine alimentaire de certaines intoxications*, des aliments inoffensifs en eux-mêmes pouvant, dans le tube digestif, subir de telles modifications qu'ils acquièrent une extrême toxicité ; *vagues leucocytaires viscérales dans la digestion*, dont, surtout, la leucopédèse gastrique ; *hypercrinies*, caractérisées par l'augmentation, dans le sang, des substances endocriniennes ; *léiasthénie*, ou maladie de la fibre lisse ; *névrites digestives*, la voie nerveuse pouvant être remontée par diverses infections ou intoxications d'origine digestive ; *rôle du soufre*, considéré comme l'âme de la cellule, et dont la destinée est de subir une série d'oxydations progressives ; *maladies précipitantes*, auxquelles ressortit, en grande partie, l'arthritisme, et où la précipitation peut porter sur l'acide urique, l'acide oxalique, les dérivés calcaires, la cholestérine ; *possibilité, pour l'organisme, de fabriquer de l'oxyde de carbone*, grâce, surtout, à un trouble du métabolisme glucidique ; *auxothérapie*, par laquelle, grâce à certaines associations, est renforcée l'action thérapeutique de tel médicament.

Ayant ainsi discuté quelques-uns des problèmes les plus ardus de la pathologie générale, l'auteur songe au lecteur moyen qui n'a pas appris à jongler avec les radicaux de la chimie organique, pour qui toute double liaison appartient nécessairement aux *liaisons dangereuses* et que la décarboxylation ou la désamination risquent de plonger dans l'abomination de la désolation. Et, comme « il a l'esprit riant et orné, il lui tient des propos agréables ». Dans *Quelques préceptes de quelques vieux livres*, il ne lui parle que d'enluminures, de manuscrits anciens, de majuscules colorées, de « miniatures si parfaites qu'elles font entrevoir le paradis », comme disait M. Sylvestre Bonnard. Dans *Mélomanie, Mélopathie et Mélothérapie*, il se révèle aussi artiste que lettré. Il cherche à définir l'inspiration qui, de si après, s'apparente aux phénomènes de choc, passant, comme eux, par deux phases, une première, préparante, une seconde, déchaînante. Il étudie les mains des musiciens, « leurs doigts qui, vraiment, n'ont pour guide que la ferveur et le génie » (G. Duhamel). Il évoque Beethoven, Chopin, Debussy, Haydn, Méhul, Rameau, Schubert et Wagner. Il rappelle la phrase apaisante de la *Cantate* de Bach : « J'étends sur toi ma main. Je fais cesser la plainte ». Il ne quitte ce sujet qu'à regret, étant de ceux qui, comme Verlaine, veulent

De la musique avant toute chose...

Aussi trouve-t-il le moyen, à l'occasion, de nous faire passer de délicieux *moments musicaux*. Dans la leçon intitulée : *Les étapes de la thérapeutique*, ne souligne-t-il pas les innombrables accords entre le passé et le présent ? Celle qui s'occupe du *Déclenchement des symptômes dans les maladies* les définit, ces symptômes, des harmoniques autour d'une dominante : « La symphonie est « toujours faite des mêmes notes, l'orchestre, des mê- « mes instruments, mais il y a l'ensemble qui est plus ou « moins touffu ; et le soliste n'est pas toujours le même ». Etudiant *La thérapeutique à doses minimes*, ne fait-il pas montre de mesure en marquant que notre prudence doit être infiniment grande pour apprécier l'action de doses infiniment petites ? Il n'est pas jusqu'à la *douleur* à laquelle il ne tienne à consacrer un chapitre. N'est-elle point à l'origine de bien des chefs-d'œuvre ? Ne lui devons-nous pas, entre autres, la *Symphonie en ut mineur* et l'Adagio de la *Sonate pathétique* ?

Beau livre, où le professeur Loeper a mis, non seulement toute son expérience, mais aussi son grand talent. On en lit les pages avec un intérêt passionné. On les relit. Et, quand on a fini, il semble que, longtemps encore, une *flûte enchantée* soupire à nos oreilles pour les bercer de ses accents mélodieux.

L. BABONNEIX.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION D'HERBORISTE

La profession d'herboriste s'est trouvée longtemps réglementée par les seules dispositions de l'art. 37 de la loi du 21 Germinal an XI, aux termes duquel : « Nul ne pourra « vendre, à l'avenir, des plantes ou des parties de plantes « médicinales, indigènes, fraîches ou sèches, ni exercer la « profession d'herboriste, sans avoir subi auparavant, dans « une des écoles de pharmacie, ou par devant un jury de « médecine, un examen qui prouve qu'il connaît exacte- « ment les plantes médicinales, et sans avoir payé une ré- « tribution qui ne pourra excéder 50 francs à Paris et 30 « francs dans les autres départements, pour les frais de cet « examen. Il sera délivré aux herboristes un certificat d'exa- « men par l'école ou le jury par lesquels ils seront exami- « nés ; et ce certificat devra être enregistré à la municipa- « lité du lieu où ils s'établiront. »

Ce texte détermine ainsi de manière limitative les plantes dont la vente par les herboristes est autorisée.

La jurisprudence a précisé cette limitation et décidé, en particulier, que les seules plantes médicinales, fraîches ou sèches, que puissent vendre les herboristes, sont les plantes indigènes non vénéneuses, à l'exception des plantes exotiques médicinales. (V. Crim., 26 févr. 1891. D. 91.1.448. — d° 16 nov. 1923. D. 24.1.71.)

A un second point de vue, les tribunaux ont jugé encore que les herboristes excédaient le droit qui leur était limitativement concédé quand, par *le mélange des plantes* et par la façon dont ils l'offraient au public, *ils présentaient ce mélange comme constituant un remède*, et cela à supposer même que les plantes n'aient subi aucune altération chimique dans leur substance. (V. Crim. 13 mars 1919. Bull. crim. 1919.107. — D° 29 janv. 1926, *Gaz Pal.* 1926.1.534.)

La vente d'un tel mélange par un herboriste constituait, d'ailleurs, une infraction non seulement à l'art. 37 de la loi du 21 Germinal an XI précité, mais encore à la Déclaration du Roi du 25 avril 1777 et aux autres articles de la même loi, lesquels confèrent aux seuls pharmaciens le monopole de la préparation et de la vente des compositions faites en vue d'un emploi curatif. (V. Crim. 16 nov. 1923. *Gaz Pal.* 1924.1.197. — D° 16 nov. 1929. *Gaz Pal.* 1929.2.979.)

La jurisprudence relative aux droits des herboristes paraissait ainsi parfaitement constante et bien établie lorsque est intervenue la loi du 4 septembre 1936. Cette loi « concernant le colportage des médicaments et produits pharmaceu-

tiques » a complété l'article 32 de la loi du 21 Germinal an XI, notamment par les dispositions suivantes :

« La vente au public de médicaments ou produits jouis-« sant de propriétés curatives ou préventives, dans tous les « lieux publics, dans les maisons privées et dans les maga-« sins autres que les officines de pharmacie, est rigoureuse-« ment interdite.

« La même interdiction s'applique également à la vente « des plantes médicinales, mélangées ou non, dans tous les « lieux publics, dans les maisons privées et dans les maga-« sins autres que les officines de pharmacie et les herboris-« teries. »

La loi du 4 septembre 1936 semblait ainsi établir une distinction entre les médicaments ou produits jouissant de propriétés curatives ou préventives d'une part, et, d'autre part, les plantes médicinales, réserver le monopole de la vente des premiers aux seuls pharmaciens et autoriser la vente des seconds par les pharmaciens et les herboristes concurremment.

Fallait-il en conclure que, désormais, les herboristes seraient en droit de vendre des mélanges de plantes médicinales dans un but curatif et la jurisprudence antérieure devait-elle être tenue pour caduque ?

Au lendemain de la promulgation de la loi du 4 septembre 1936, les tribunaux se sont prononcés sur cette question en sens divers.

Certaines décisions (Trib. corr. Nevers, 13 nov. 1936, *Gaz. Pal.* 1937.1.458 ; Trib. corr. Rouen, 24 nov. 1936, *Gaz. Pal.* 1937.1.459) ont admis que le législateur avait entendu établir une distinction entre la vente des médicaments ou produits assimilés, impliquant une préparation pharmaceutique, exclusivement réservée aux pharmaciens, et la vente des plantes médicinales, mélangées ou non, concurrement autorisée dans les officines de pharmacie et les herboristeries.

Les autres (Trib. corr. de Marennes, 10 nov. 1936, *Gaz. Pal.* 1937.1.458 ; d° 26 juin 1937, *Gaz. Pal.* 1937.1.-848 ; Poitiers, 26 févr. 1937, *Gaz. Pal.* 1937.1.848 ; Bourges, 17 févr. 1937, *Gaz. Pal.* 1937.1.848), s'appuyant principalement sur les travaux préparatoires, ont déclaré que la loi du 4 septembre 1936 n'avait entendu créer aucun droit nouveau en faveur des herboristes.

La Cour de Cassation, en un arrêt de sa Chambre Criminelle du 19 novembre 1937 (*Gaz. Pal.* 21 déc. 1937), vient à son tour de se prononcer, en suite d'un pourvoi formé contre la décision précitée de la Cour de Bourges, et elle a rejeté ce pourvoi.

La Cour suprême a motivé sa décision dans les termes que voici :

« Attendu, en effet, que si les herboristes ont reçu, aux « termes de l'art. 37 de la loi du 21 germinal an XI, le droit « de vendre en nature les plantes médicinales non toxiques, « et si l'art. 32 de la même loi, complété par l'art 1er de la « loi du 4 septembre 1936, dispose que l'interdiction de la « vente au public des plantes médicinales, mélangées ou « non, s'applique dans tous les lieux publics, les maisons « privées et les magasins autres que les officines de pharma-« cie et les herboristeries, *les herboristes excèdent le droit « qui leur est limitativement concédé quand ils présentent « un mélange de plantes, offert au public comme consti-« tuant un remède*, alors que les pharmaciens ont seuls le « monopole de la préparation et de la vente des composi-« tions faites en vue d'un emploi curatif. »

L'arrêt de la Cour suprême paraît à l'abri de toute critique, car il semble hors de doute que, si la nouvelle loi a précisé que les herboristes étaient en droit de vendre concurremment avec les pharmaciens des plantes médicinales mélangées, elle n'a nullement décidé que les herboristes seraient autorisés à les vendre désormais dans un but curatif.

Dès lors, la jurisprudence ancienne qui a déclaré illicite la vente par un herboriste d'un mélange dans un but curatif doit conserver toute sa valeur.

Par contre, la vente d'un mélange qui ne serait pas fait dans un but curatif serait, semble-t-il, conforme à la loi, ce qui avait d'ailleurs été auparavant admis implicitement par la jurisprudence. (V. notamment Crim. 29 janv. 1926 précité.)

En résumé, pour reprendre les termes de l'une des décisions sus-indiquées (Trib. corr. Marennes, 26 janv. 1937), « la loi dont le texte et le français ont visiblement souffert « de l'urgence » ne crée aucun droit nouveau pour les herboristes en ce qui concerne la vente des produits médicamenteux dans un but curatif, vente qui leur demeure interdite comme par le passé.

C. NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour de Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 31 mars. — Jury : MM. Bézançon, président ; Terrien, Lemaire, Velter. — M. Taïeb. Les myéloses aplasiques d'origine stovarsolique. — M. Coste. Contribution à l'étude de la rétinite de Codts. — M. Lustig. Contribution à l'étude de l'emploi de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. — M. Skandrani. Le scotome central dans la sclérose en plaques.

— Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Maurice Villaret, Boulin, Chabrol. — M. Buisson. Résultats techniques du traitement de la paralysie générale par la malariathérapie à l'Asile de Clermont-de-l'Oise, de 1930 à 1935. — M. Duval. Les mécanismes antitoxiques au cours des azotémies.

PRATIQUE MÉDICALE

OBÉSITÉ ET EXERCICE PHYSIQUE (1)

L'auteur montre que l'exercice physique, excellent traitement de l'obésité, est bien souvent difficile à mettre en œuvre : l'effort de volonté qu'il exige est considérable chez les obèses ; de plus, ceux-ci ont fréquemment le cœur fatigué et un exercice intensif risquerait d'entraîner chez eux la défaillance cardiaque ; enfin, argument « économique », la perte de temps nécessitée par l'exercice répugne à beaucoup.

Ceci explique la valeur considérable attribuée au dinitrophénol, qui agit exactement comme l'exercice physique, c'est-à-dire beaucoup plus « physiologiquement » que la restriction du régime alimentaire.

Dupuy termine en citant le récent livre du docteur Jacques Bell sur la médication dinitrée : « Elle est irremplaçable dans tous les cas d'obésité monstrueuse empêchant toute gymnastique. Elle s'impose chez les obèses dont les occupations, le genre de vie ou les troubles cardiaques ne permettent pas les exercices physiques ».

Comme le dit justement l'auteur : « Ces conditions n'englobent-elles pas en fait tous les cas d'obésité, au moins tous ceux ayant une origine exogène, c'est-à-dire les plus fréquents ? »

(1) Dupuy. *Concours médical*, n° 9, du 27 fév. 1938.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 30. — MERCREDI 13 AVRIL 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Francaise

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Jury du concours de chirurgien des hôpitaux :* MM. les docteurs Gouverneur, Wilmoth, Chifoliau, Jacques Bloch, prof. Gosset, Girode, Apert.

— *Internat spécial de Brévannes, Sainte-Périne, Raymond-Poincaré, Chardon-Lagache.* — Sont nommés : à Brévannes : M. Tahar (service de M. Renaud) ; à Raymond-Poincaré : MM. Dangrenot (service de M. Kourilsky) ; Saltet de Sablet (service de M. Weissmann) ; à Sainte-Périne : M. Maillard ; à Chardon-Lagache : M. Delaire.

Hôpital de Fontenay-le-Comte. — Un concours pour un emploi de chirurgien chef à l'hôpital de Fontenay-le-Comte s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 9 mai 1938, à 9 heures du matin.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Commission administrative de l'hôpital de Fontenay-le-Comte (Vendée). Clôture des inscriptions le 25 avril 1938.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Commandeur :* M. Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

Officier : M. Girauld, chef de service du laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris.

Chevalier : M. Voillemin, médecin chef de l'hôpital de Langres.

Ministère de la Santé publique. — M. Hazard, professeur agrégé à la Faculté de pharmacie de Paris, a été nommé membre adjoint de la Commission des sérums.

Inspection des services d'hygiène. — Sont maintenus n fonctions :

I. — *Inspecteurs départementaux d'hygiène.*

MM. les docteurs Leconte (Haute-Savoie) ; Menantaud (Corrèze).

II. — *Directeurs de bureaux d'hygiène de villes de plus de* 100.000 *habitants*

MM. les docteurs Grand (Roubaix) ; Perrier (Rouen).

III. — *Inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène*

MM. les docteurs Mathieu (Saône-et-Loire) ; Robin (Rhône) ; Spindler (Calvados).

IV. — *Directeurs de bureaux d'hygiène de villes dont la population est comprise entre* 50.000 *et* 100.000 *habitants.*

M. le docteur Beslieu (Béziers) ; Mme le docteur Morel-Latil (Villeurbanne).

V. — *Directeurs de bureaux d'hygiène de villes de moins de* 50.000 *habitants*

M. le docteur Guiol (Hyères) ; Mlle le docteur Boubert (Lorient).

M. le docteur Faivre, inspecteur départemental d'hygiène de la Lozère, est affecté sur sa demande dans le département de la Loire-Inférieure ;

M. le docteur Thurel, directeur du bureau d'hygiène de Bègles, est nommé inspecteur départemental d'hygiène du département de la Charente ;

M. le docteur Bollon, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Tarn-et-Garonne, est nommé inspecteur départemental d'hygiène du département du Cher ;

M. le docteur Ouillon, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Isère, est nommé inspecteur départemental d'hygiène du département du Gers ;

Mlle le docteur Danzig, inspectrice, adjointe départementale d'hygiène du Loiret, est nommée inspectrice départementale d'hygiène du département de l'Indre ;

M. le docteur Salauze, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Aude, est nommé inspecteur départemental d'hygiène du département de la Manche ;

M. le docteur Robin, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Rhône, est nommé inspecteur départemental d'hygiène du département du Rhône.

M. le docteur Gresy est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de l'Aisne ;

M. le docteur Paimblant est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de l'Aude.

M. le docteur Theil est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de la Corrèze ;

M. le docteur Lesaffre est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de l'Eure ;

M. le docteur Alquié est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de l'Eure-et-Loir ;

M. le docteur Dainville de La Tournelle est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de l'Eure-et-Loir ;

M. le docteur Spindler, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados, est affecté sur sa demande dans le département de la Meurthe-et-Moselle ;

Mlle le docteur Mouton-Chapat est nommée inspectrice adjointe départementale d'hygiène du département de Meurthe-et-Moselle ;

M. le docteur Alaroze est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de Meurthe-et-Moselle ;

M. le docteur Gueutal est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de la Meurthe-et-Moselle ;

M. le docteur Guibert est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de Meurthe-et-Moselle ;

M. le docteur Frealle est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de la Meuse ;

M. le docteur Polge est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de la Meuse ;

Mlle le docteur Vernières est nommée inspectrice adjointe départementale d'hygiène du département de la Meuse ;

M. le docteur Deloose est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département du Pas-de-Calais ;

M. le docteur Salmon est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département du Pas-de-Calais ;

M. le docteur Cayla est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de la Seine-Inférieure ;

M. le docteur Gervois a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département du Nord ;

M. le docteur Petit-Maire est nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de la Seine-et-Marne.

Un monument à la mémoire de Calmette. — La semaine dernière, un monument a été élevé à Nice, à la mémoire du professeur Albert Calmette, né à Nice en 1863.

Des discours furent prononcés par le docteur Fernand Barbary, président du Comité ; par le docteur Vidal-Revel, au nom de la Ville ; par le professeur Olmer (de Marseille) ; par M. Louis Martin, au nom de l'Institut Pasteur, de l'Académie des sciences et de l'Académie de Belgique ; par le docteur Guérin, par le professeur Bezançon, président de l'Académie de médecine ; par le médecin colonel Abbatucci, enfin par le préfet, M. Mouchet.

Association des anciens internes des hôpitaux de Paris. — Le banquet de l'Internat aura lieu le samedi 30 avril, au Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, sous la présidence de M. Castaigne, à 20 h. 30 très précises. Tenue de soirée.

Le prix est de 70 fr. Pour les internes en exercice, il est réduit à 50 fr.

Les inscriptions seront reçues du 1er au 20 avril.

Le prix du banquet devant être réglé d'avance, envoyez la cotisation avec l'inscription, à l'Association des Anciens internes, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e), soit par chèque bancaire, soit par chèque postal. C. C. Paris 193-52.

Le même jour, l'*Assemblée générale* sera tenue à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau, à 16 h. 30).

Bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome. — L'Union internationale contre la tuberculose rappelle aux gouvernements et aux Sociétés nationales membres de l'Union, que la Fédération nationale italienne fasciste de lutte contre la tuberculose met à la disposition de l'Union internationale contre la tuberculose six bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini », à Rome.è

Les conditions offertes sont les suivantes : lès bourses mises au concours, d'une valeur de 2.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Carlo Forlanini », à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles. Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le directeur de l'Institut et le candidat. La priorité de la publication de ces travaux est réservée au Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité exécutif, qui doit se réunir le 11 juillet 1938. *Les noms des candidats, accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, leur expérience professionnelle, etc..., doivent parvenir au Secrétariat de l'Union internationale contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris* (6e), *avant le* 1er *juillet* 1938. Aucun acte de candidature ne sera pris en considération s'il n'est transmis au Comité exécutif par un gouvernement ou une Association membre de l'Union.

NÉCROLOGIE

— M. André Policard, interne des hôpitaux de Lyon, chef de travaux à la Faculté. Nous prions son père, M. le professeur Policard, d'agréer l'expression émue de notre très profonde sympathie.

Sur la causticité de l'acide bromacétique

Par M. le docteur F. CAUJOLLE,
chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Toulouse.

Tous les chimistes qui ont eu à préparer ou à manipuler des dérivés halogénés des acides gras inférieurs, de l'acide acétique en particulier, ont remarqué l'extrême agressivité de ces corps pour la matière vivante.

Les acides acétiques chlorés sont, d'une manière générale, moins redoutables que les acides bromés homologues ; cette circonstance est heureuse en raison de l'importance technique des acides mono et trichloracétiques. Les acides bromés sont surtout utilisés dans les laboratoires de recherches, leur emploi est peu étendu, si bien que les observations de brûlure par acides acétiques bromés sont rares ; à ce titre, nous avons pensé qu'il serait intéressant de signaler l'auto-observation suivante.

***

Dans le but de préparer du monobromacétate de cobalt par action directe de l'acide sur de l'hydroxyde de cobalt, je fis fondre au bain-marie à 80° le contenu d'une ampoule d'acide monobromacétique cristallisé ; l'acide fondu fut transvasé dans un erlenmeyer contenant l'hydroxyde de cobalt ; le col de l'ampoule était maintenu au moyen d'une pince de bois et l'écoulement de l'acide fondu dirigé au moyen d'une baguette de verre. Le transvasement opéré, l'ampoule est abandonnée sur la table de lave du laboratoire et l'agitateur est lavé dans la cuvette d'un évier. Dix minutes après, l'ampoule est prise *à la main* et portée pendant quelques secondes, jusqu'au rebut. Ces opérations sont terminées à 19 h. 15.

A 19 h. 30, au moment où je savonne mes mains avant de quitter le laboratoire, j'éprouve une très légère sensation de chaleur au niveau de la face interne de l'annulaire gauche ; je saisis, *à la pince*, l'ampoule ayant contenu l'acide monobromacétique et j'observe que l'ouverture irrégulière du scellement a permis à une quantité infime d'acide de refluer le long de la paroi extérieure de l'ampoule, malgré l'usage d'une baguette de verre au moment de la décantation ; l'acide qui a coulé le long du col de l'ampoule forme une traînée cristallisée de 2 à 3 centimètres de long sur 3 millimètres de largeur moyenne. Cette traînée est interrompue vers le milieu de sa longueur, sans doute au point venu au contact de mon annulaire gauche. Je savonne à nouveau ma main gauche et la lave dans de l'eau distillée tiède additionnée de bicarbonate de soude pendant quelques minutes.

A 20 heures, la face interne de l'annulaire, assez rouge, est le siège d'une légère sensation de cuisson ; deux points blancs apparaissent vers 22 heures, s'accompagnant de démangeaisons. Aucune sensation de douleur pendant la nuit.

Le lendemain, une phlyctène de 5 cm. de long et de 4 à 5 mm. de largeur siège sur la face interne de l'annulaire gauche, regardant vers le majeur à son extrémité supérieure ; l'annulaire est gonflé, rouge et douloureux. La phlyctène se rompt spontanément et le liquide qui s'écoule vient souiller la région supérieure de l'éminence thénar, la base de l'auriculaire et de l'index ; une heure après, toutes les régions souillées par le liquide issu de la phlyctène sont rouges et un peu douloureuses. Bain de 10 minutes dans une solution de borate de sodium à 5 p. 100 environ et pansement au liniment oléocalcaire. Progressivement la main enfle, l'annulaire en particulier ; pendant la nuit suivante, une traînée de lymphangite se dessine au niveau de l'avant-bras ; la main et le poignet sont douloureux. Au niveau de chaque zone atteinte par le liquide des phlyctènes, de volumineuses ampoules se constituent ; toutes ces ampoules sont emplies d'un liquide clair citrin, leurs bords sont rouge violacé.

M. le professeur Clermont (1), qui m'a prodigué des soins éclairés, a bien voulu me donner son observation :

« Devant ces lésions, connaissant les causes primitive et secondaire de ces brûlures, j'avoue avoir été fort embarrassé. Mais les signes qui paraissaient dominer la situation étaient ceux d'une brûlure au deuxième degré infectée avec traînées de lymphangite. Pensant que le liquide caustique devait être éliminé, j'ai placé la main et l'avant-bras dans un large pansement humide chaud avec imperméable. J'ai refait le pansement quelques heures après pour vérifier l'état de la main et de l'avant-bras. Les douleurs ainsi que la rougeur s'étaient nettement atténuées. J'ai renouvelé ce même mode de pansement qui, très simplement, après cessation rapide des douleurs et de l'infection, a entraîné une cicatrisation en une quinzaine de jours environ. »

***

Le mécanisme d'une brûlure chimique par un acide acétique halogéné peut se concevoir d'une manière simple. L'acide acétique et ses dérivés halogénés sont solubles dans les lipoïdes et traversent aisément l'épiderme, ils attaquent le derme en raison de leur acidité propre ; de plus, dans le cas des acides halogénés, au niveau du derme une action caustique secondaire apparaît, déterminée par l'hydrolyse des fonctions esters chloré ou bromé ; par hydrolyse de ces esters se libèrent, à l'état naissant, de petites quantités d'acide chlorhydrique ou d'acide bromhydrique, doués d'un grand pouvoir agressif.

Ainsi la brûlure à l'acide monobromacétique détermine une attaque en profondeur par l'acide bromhydrique, né suivant la réaction :

$$CH^2\,Br.\,COOH + HOH \longrightarrow Br\,H + CH^2\,OH.\,COOH$$

Une telle question appelle, tout comme l'observation clinique elle-même, un parallèle entre la brûlure aux acides acétiques halogénés et la brûlure à l'ypérite. Au même processus chimique correspond une même réponse biologique : insidiosité, incubation, gravité de la brûlure malgré des symptômes initiaux légers, désorganisation sévère du derme avec tendance à l'infection.

(1) Il m'est très agréable d'assurer M. le professeur Clermont, de ma respectueuse et profonde gratitude.

Ce parallèle peut être serré de plus près. La dernière guerre a démontré que les homologues supérieurs de l'ypérite sont peu ou pas agressifs ; ainsi le sulfure d'éthyle tétrachloré et le sulfure d'éthyle hexachloré sont, le premier légèrement agressif, le second sensiblement inactif.

$S\begin{cases} CH^2—CH^2\,Cl \\ CH^2—CH^2\,Cl \end{cases}$	$S\begin{cases} CH^2—CH\,Cl^2 \\ CH^2—CH\,Cl^2 \end{cases}$	$S\begin{cases} CH^2—C\,Cl^3 \\ CH^2—C\,Cl^3 \end{cases}$
Ypérite	**Sulfure d'éthyle tétrachloré ββ'**	**Sulfure d'éthyle hexachloré ββ'**

Or les acides acétiques halogénés les plus agressifs sont les dérivés trihalogénés ; des deux dihalogénés, le dibromacétique est réputé le plus agressif.

$CH^2\,Cl.\,COOH$	$CH\,Cl^2.\,COOH$	$C\,Cl^3.\,COOH$
a. monochloracétique	a. dichloracétique	a. trichloracétique
$CH^2\,Br.\,COOH$	$CH\,Br^2.\,COOH$	$C\,Br^3\,COOH$
a. monobromacétique	a dibromacétique	a. tribromacétique

Ces remarques, loin de controuver l'hypothèse admise pour expliquer le mécanisme de ces brûlures chimiques, viennent au contraire à leur appui. L'agressivité est liée en effet à la quantité d'hydracide que libère l'hydrolyse de la substance mise en œuvre ; or l'hydrolyse, qui s'effectue au sein des tissus, est sous la dépendance des conditions de température et de pH des sucs cellulaires. Tandis qu'à l'ébullition, la soude à 10 % hydrolyserait complètement et indistinctement tous les acides acétiques halogénés et toutes les ypérites, les sucs cellulaires à 37°-38° et à pH 7,2 à 7,6 n'attaquent de façon appréciable que les combinaisons les plus fragiles. Or, l'expérience démontre en chimie que les dérivés polyhalogénés des corps à fonctions oxygénées sont plus stables que les dérivés monohalogénés ; ainsi l'acide monochloracétique est moins résistant à l'hydrolyse que l'acide dichloracétique, qui est lui-même moins résistant que l'acide trichloracétique, — de même l'ypérite en Cl^2 s'hydrolyse mieux que ses homologues supérieurs.

Ainsi s'explique ce paradoxe apparent qui veut que les substances les moins halogénées soient les plus agressives, bien qu'en définitive les hydracides jouent le rôle principal dans le déterminisme de la brûlure.

Le même mécanisme rend compte de la sévérité plus grande des brûlures par acides acétiques bromés ; les dérivés bromés s'hydrolysent en effet plus aisément que les dérivés chlorés, et Br H est bien plus toxique que Cl H.

Si les théories de l'ypéritage devenues classiques ont admis que l'acide chlorhydrique était l'agent le plus agressif dans les produits d'hydrolyse de l'ypérite, il ne semble pas tout de même que le glycol sulfuré :

$$S\begin{cases} CH^2 — CH^2\,OH \\ CH^2 — CH^2\,OH \end{cases}$$

soit inoffensif ; de même on ne peut se résoudre à admettre que l'acide glycolique $CH^2OH.\,COOH$, l'acide glyoxalique $COH.COOH$, et l'acide oxalique $COOH.-COOH$, produits d'hydrolyse des acides acétiques halogénés, soient sans effets sur le derme. C'est là un aspect de la question qui n'est pas dépourvu d'intérêt, et que seule l'absence de moyens matériels ne nous permet pas d'étudier ; sans doute faut-il rechercher dans la nature des alcools nés de l'hydrolyse une des raisons capables d'expliquer l'inégale sévérité des brûlures chimiques par agents de même richesse relative en halogène hydrolysable, la partie non halogénée de la molécule ayant par ailleurs une influence décisive sur la pénétration à travers le derme.

***

En résumé, une brûlure par un acide acétique halogéné est d'autant plus grave que l'acide est lui-même moins halogéné, le maximum de gravité étant réalisé avec l'acide monobromacétique. Ces brûlures ont une évolution insidieuse, aucun symptôme ne les révèle au moment où elles se produisent ; leur sévérité n'en est pas moins redoutable par la facilité avec laquelle les tissus mortifiés peuvent s'infecter. Le liquide des phlyctènes produites est caustique et crée des brûlures secondaires.

Le traitement consistera aux premiers stades en bains alcalins, puis en pansements humides aseptiques renouvelés quotidiennement. Ce traitement devra être souvent prolongé très longtemps, les phlyctènes seront incisées avec prudence. Le pronostic devra être réservé si l'infection apparaît. La guérison est lente à s'établir.

Le mécanisme chimique et humoral de ces brûlures les apparente à l'ypéritage.

LIVRES NOUVEAUX

Radiothérapie gynécologique (*Curie et Roentgenthérapie*, par R. MATHEY-CORNAT, radiologiste des hôpitaux, médecin de la Fondation Bergonié (Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest), chef du Service central d'électroradiologie des hôpitaux du groupe Pellegrin-Le Tondu (1).

L'avènement des méthodes radiothérapiques — curie et roentgenthérapie — a marqué une étape nouvelle de la thérapeutique en gynécologie comme en d'autres domaines. La chirurgie, qui représentait le seul traitement radical des lésions organiques de l'appareil génital féminin, a pu être doublée ou complétée par l'irradiation en profondeur. Dans certaines affections, néoplasiques ou autres, l'irradiation s'est même substituée à l'intervention sanglante. Seuls des progrès techniques et biologiques de première importance ont permis cette transformation radicale de l'orientation thérapeutique. De cet immense chemin parcouru, on trouvera ici la relation.

Cet ouvrage de radiothérapie gynécologique est écrit pour tous ceux, médecins, chirurgiens, gynécologues, qui s'intéressent aux nouvelles méthodes physiothérapiques, dont on a dit parfois beaucoup de mal, plus peut-être par une sorte de méfiance instinctive que par une connaissance réelle de leurs possibilités et de leurs contre-indications. Les incidents et les accidents qu'on peut observer au cours ou à la suite des applications sont mentionnés. Les techniques qui ont fait leur preuve jusqu'à ce jour sont décrites, et, quand il l'a fallu, l'auteur a fait état de son expérience personnelle.

Quant au radiothérapeute averti des problèmes qui font l'objet de cet ouvrage, il y trouvera des éléments de spécialisation dans sa branche.

(1) Un volume de 370 pages, avec 81 figures. Prix : 60 francs. **Masson et Cie, éditeurs, 120, boul. Saint-Germain, Paris.**

NOTES DE MEDECINE INFANTILE

QUELQUES SIROPS D'USAGE COURANT

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Assurément, les sirops sont moins à la mode que jadis, aussi bien en pédiatrie qu'en médecine générale. Il en est quelques-uns, pourtant, qui rendent au médecin d'enfants des services quotidiens, et dont il doit, par suite, bien connaître le maniement. Tels sont, classés par ordre alphabétique :

Le **Sirop d'amandes** (*Syn. :* sirop d'orgeat, syrupus amygdalae, Codex). Il est à base d'amandes douces et d'amandes amères. On sait que, broyées en présence de l'eau, celles-ci dégagent de l'acide cyanhydrique, le glucoside cyanogénétique ou amygdaline qu'elles contiennent étant alors dédoublé par le ferment émulsine. Il convient donc de ne jamais prescrire ce sirop en même temps que le calomel, les substances acides alcooliques ou astringentes. Il est surtout utilisé comme *correctif*, à la dose d'une à deux cuillerées à soupe par jour.

Le **Sirop de baume de tolu** (*syrupus balsami toluitani*, Codex) est un puissant *modificateur des sécrétions bronchiques*, qu'il fluidifie. On le donne à la dose de 20 à 40 g. par jour, en potion.

Potion

Teinture de racine d'aconit : X gouttes.
Sirop diacode . . . . } ââ . . 15 cm³.
Sirop de capillaire . }
Hydrolat de tilleul : Q. S. p. 60 —.
M.
Une cuillerée à dessert toutes les 3 heures.

Le **Sirop de Belladone** (*Syrupus belladonae*, Codex) (à séparer, tableau C) est dosé de telle sorte que 20 g. de ce sirop correspondent à 2 g. de teinture de belladone et 6 g. à 0 g. 60 (XXXIV gouttes). Il figure au tableau C et est indiqué par le Codex comme à séparer. *Sédatif du système nerveux*, jadis très utilisé dans la chorée, l'épilepsie, l'énurésie nocturne, il n'est plus guère utilisé que dans la coqueluche. *Très toxique*, il ne doit être prescrit ni à doses trop fortes ni chez des enfants trop jeunes. La dose moyenne est une cuillerée à café dans une potion de 60 g. chez des enfants de plus de six ans.

Le **Sirop de biiodure de mercure** (Syn. : Sirop de Gibert, *syrupus hydrargyri biiodati*, Codex) (à séparer), dosé de telle sorte que 20 g. contiennent un cg de biiodure de mercure et 0 g. 50 de KI. Il a été autrefois utilisé dans le traitement de la syphilis congénitale. Aujourd'hui, on lui reproche son dosage trop faible, et on lui préfère soit les frictions, soit, plutôt, les injections de sels solubles.

Le **Sirop de bromure de calcium** (Codex 1908), *calmant du système nerveux*, est dosé de telle sorte que 20 g. contiennent 0 g. 25 de sel.

Le **Sirop de capillaire** (syrupus adianti pedati, Codex) est un *édulcorant béchique*, qui s'emploie en potion, aux doses de 20 à 60 g. par jour.

Le **Sirop de chicorée composée** ou **Sirop de rhubarbe composé** (syrupus rheae compositus, Codex) est souvent prescrit, comme *laxatif*, mélangé à de l'huile d'amande, par parties égales, aux doses de 5 à 10 g.

Le **Sirop de chlorhydrophosphate de chaux** (syrupus calcii chlorhydrophosphorici, Codex) contient, pour 20 g., 0 g. 25 de phosphate bicalcique. Il est utilisé comme *recalcifiant*.

Le **Sirop des cinq racines** (sirop *diurétique*, syrupus diureticus compositus, Codex) est à base de racines d'ache,

d'asperge, de fenouil, de persil et de rhizome de petit houx. On le donne à la dose d'une cuillerée à soupe par jour.

Le **Sirop de codéine** (Syrupus codeinae, Codex, tableau B) contient, pour 20 g., quatre centigrammes de codéine. C'est un *calmant de la toux*, d'où son emploi dans la trachéo-bronchite aiguë, la coqueluche. On le donnera à petites doses : une à trois cuillerées à café par jour et seulement au-dessus de six ans.

Le **Sirop de coing** (Syrupus cydonii, Codex) est employé dans la *diarrhée*, aux doses de 20 à 50 cm³, seul ou associé à des astringents ou à des opiacés.

Potion

Essence de citron : 1 goutte.
Acide lactique : 1 g.
Sirop de coing : 20 g.
Eau distillée : Q. S. P. : 60 g.
Une cuillerée à café toutes les deux heures.

Le **Sirop Delabarre** est un sirop *de dentition*, à base de safran, et que l'on emploie en frictions légères sur les gencives.

Le **Sirop Diacode** (sirop d'opium faible, syrupus opii extracti dilutus) contient, pour 20 g., un centigr. d'extrait d'opium.

Le **Sirop iodo-tannique** (syrupus iodotannicus, Codex) contient 0 g. 04 d'iode pour 20 g. Indiqué dans les tuberculoses non évolutives, il donne d'excellents résultats à condition :

1° D'être donné à petites doses : deux cuillerées à dessert par jour ;

2° D'être pris au moment des repas, et, autant que possible, associé à un aliment protéique (œuf, viande) ou à du vin rouge ;

3° D'être administré une semaine de suite, au plus, avec, au moins, autant de repos.

Malgré tout, il est parfois mal toléré, provoquant, soit des troubles digestifs, soit des iodides.

Le **Sirop iodo-tannique phosphaté** (Syrupus calcii phosphorici iodo-tannicus, Codex) contient, en plus, pour 20 g. 0 g. 40 de phosphate monocalcique.

Le **Sirop d'iodure de fer** (Syrupus ferri iodati gallicus, Codex) (0 g. 10 par 20 g. de sirop) doit être conservé dans de petites bouteilles en verre non coloré, exposées à la lumière. Il est prescrit dans les *états anémiques* (non tuberculeux) : une cuillerée à café à une cuillerée à soupe par jour, une semaine de suite.

Le **Sirop d'ipecacuanha composé,** ou **Sirop de Desessartz** (Syrupus ipecacuanhae compositus, Codex) est à base de racine d'ipéca, de folioles de séné, de supol, de fleurs de coquelicot et de sulfate de magnésium. 20 g. contiennent 0 g. 10 d'ipéca. On l'administre surtout comme *expectorant.*

Potion

Terpine : vingt centigrammes.
Gomme adragante : Q. S. pour émulsionner.
Eau de fleurs d'oranger : 10 cm³.
Sirop de polygale : 15 —.
Sirop de Desessartz : 15 —.
Hydrolat de tilleul : Q. S. P. 120 —.
Une cuillerée à dessert toutes les 2 heures, le jour.

Le **Sirop de Raifort composé** (sirop *antiscorbutique*, syrupus Cochleariae Armoricae compositus, Codex) se donne aux doses de 15 à 30 g. par jour.

Le **Sirop de Raifort iodé** (syrupus Cochleariae Armoricae iodatis) est doté à raison de deux centigr. d'iode par 20 g. de sirop. Mêmes doses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 MARS 1938)

Mélanine fixée sur les complexes protéidiques non dialysables du sang et de l'urine de malades cancéreux. — M. Emile ROUSSEAU.

Vaccination du cobaye contre l'infection brucellique. — MM. Marcel LISBONNE, G. ROMAN et G. RENOUX.

Recherches sérologiques sur l'existence de propriétés spécifiques de l'urine et du sang des tuberculeux. — M. Max ARON.

Altérations anatomiques des nerfs périphériques au cours du déséquilibre alimentaire aigu d'origine glucidique. — MM. Ivan BERTRAND et Raoul LECOQ.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 MARS 1938)

M. BARBIER revient sur l'intérêt de la **diaphanoscopie du sein** dans le diagnostic des tumeurs du sein, d'autant plus que cette méthode est d'application simple. M. Barbier précise les résultats fournis par cette investigation, qui permet de soupçonner fortement la nature maligne d'une tumeur en apparence bénigne.

MM. CADENAT et MONSAINGEON rapportent une observation de **spasme artériel** au cours d'une phlébite du membre inférieur gauche.

M. CHEVRIER rapporte également une observation analogue : syndrome de spasme artériel chez un malade ; neuf jours après, apparition d'une phlébite au niveau du même membre.

M. MOULONGUET fait un rapport sur une observation de M. LOYER, intitulée : **Une tumeur des parties molles de la cuisse traitée avec succès par la radiothérapie.** Il s'agissait d'un sarcome fibroblastique considéré théoriquement comme une tumeur radio-résistante.

MM. FEY et TRUFFERT : **Tumeur du rein : métastase thyroïdienne seize ans après l'énucléation d'un goitre.**

M. TRUFFERT montre la rareté de cette métastase d'un goitre bénin, dit « métastatique » ; la nature du goitre initial n'a pu d'ailleurs être précisée.

M. WELTI a observé un cas inverse : cancer du rein (hypernéphrome) ; dix ans après, noyau thyroïdien, dont l'aspect histologique était en tout point superposable à celui de la tumeur rénale.

M. BROCQ : **A propos du traitement chirurgical des fistules pancréatiques. Un cas de fistulo-gastrostomie. Guérison.** C'est à la suite de la marsupialisation d'un faux kyste du pancréas que s'est installée chez une jeune femme, une fistule pancréatique. Celle-ci s'avère rebelle pendant deux ans à tous les traitements médicaux ou physiologiques. On se décide à intervenir.

A l'intervention, M. Brocq arrive à disséquer complètement le trajet fistuleux qui est épais et rigide et il l'anastomose dans l'estomac. Suites opératoires simples.

M. Brocq n'a relevé que 26 cas de fistules pancréatiques rebelles ayant nécessité un traitement chirurgical ; la présence des trois ferments pancréatiques dans le suc fistuleux, l'injection de la totalité du canal de Wirsung en introduisant du lipiodol par l'orifice fistuleux, doivent inciter à penser que la fistule sera rebelle. Le point d'implantation du trajet fistuleux est en général l'estomac ou le jé-

junum ; cela dépend du point d'émergence du trajet fistuleux.

M. MICHON rappelle l'observation qu'il a eu l'occasion d'opérer ; il s'agissait d'une fistule datant de 3 ans ; dissection du trajet facile ; anastomose fistulo-gastrique en laissant flotter le trajet fistuleux dans l'estomac. Guérison.

M. LERICHE demande la raison pour laquelle la fistule devient permanente ; au cours des pancréatectomies partielles, on n'observe pas de fistule rebelle.

M. SÉNÈQUE a opéré également une fistule pancréatique qui est restée guérie pendant plusieurs années.

M. DESPLAS rappelle une observation de fistule pancréatique survenue à la suite d'une pancréatite suppurée. Un drainage de la vésicule fait secondairement, amène la suppression de la fistule.

M. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE : **Les lésions du nerf cubital dans les fractures fermées sus-condyliennes récentes de l'humérus.** Les auteurs ont observé 7 cas de paralysie cubitale et ont été frappés par la fréquence de cette complication (207 cas de fractures sus-condyliennes). Toutes les paralysies ont été observées dans les fractures par flexion de Kocher (fragment inférieur ayant passé en avant. Dans un seul cas, la réduction orthopédique a suffi pour faire cesser les troubles nerveux ; dans les autres cas, il a fallu intervenir chirurgicalement, mais en aucun cas, le nerf n'était rompu. M. Sorrel souligne l'intérêt d'un diagnostic précoce, car on a intérêt à libérer le nerf le plus tôt possible. Toutefois, si on obtient une réduction orthopédique très satisfaisante, on peut attendre quinze jours ou trois semaines ; au bout de ce délai, on doit observer déjà une amélioration nette des troubles paralytiques.

M. MOUCHET n'a observé que deux observations de paralysie du nerf cubital dans des fractures sus-condyliennes.

M. HEITZ-BOYER présente un malade auquel il a fait une **anastomose épididymo-déférentielle ;** à l'occasion d'un traitement par des hormones génitales poussée d'hypertrophie mammaire.

(SÉANCE DU 23 MARS 1938)

M. GRÉGOIRE revient, à propos du procès-verbal, sur le travail de MM. Wertheimer et Frich, consacré au rapport entre les thromboses veineuses et leur retentissement artériel.

M. CADENAT rapporte une observation de **fistule pancréatique survenue à la suite d'une cholécystectomie** d'ailleurs exécutée sans incident. Régime de Wolgemuth pendant trois mois. La fistule persistant, l'auteur pratique une anastomose fistulo-gastrique, qui amène la guérison sans difficulté.

M. GOUVERNEUR fait un rapport sur une **rupture traumatique du rein avec accidents à retardement**, observée par MM. SAUVAGE et REIGNIER. Huit jours après le traumatisme lombaire, apparition de douleurs intenses, contracture ; on craint une rupture secondaire de la rate. A l'intervention, on trouve un hématome rétro-péritonéal ; déchirure de la face antérieure du rein, qu'on suture en partie. Guérison. M. Gouverneur souligne la rareté de ces accidents secondaires dans les ruptures traumatiques du rein et de l'existence d'une fissure péritonéale comme il en existait dans le cas de Sauvage.

M. FEREY revient sur la **conservation des ovaires dans les hystérectomies.** Sur 547 conservations d'annexes, l'auteur n'a eu à réintervenir que dans deux cas. Il précise la technique qu'il utilise pour assurer une vascularisation aussi parfaite que possible à l'ovaire laissé en place.

M. BÉRARD fait une importante communication sur le **traitement chirurgical de la Maladie de Basedow et des goitres toxiques.** L'auteur insiste tout d'abord sur la communauté de nature histologique du goitre exophtalmique et du goitre toxique ; mais ce fait n'implique pas qu'il faut les confondre au point de vue thérapeutique et résultats du traitement chirurgical. Le traitement doit d'abord être médical ; mais s'il se montre insuffisant, ce qui est fréquent, il faut avoir recours au traitement chirurgical (la radiothérapie devant être réservée aux formes très légères ou lorsque l'état général ne permet pas l'intervention).

Le traitement préopératoire a une grosse importance. Au point de vue tactique opératoire, M. Bérard est éclectique ; à chaque malade convient une intervention, en un ou plusieurs temps.

Les résultats postopératoires doivent être repris longtemps après l'intervention ; dans ces conditions, on constate que le pourcentage des guérisons atteint 80 à 90 p. 100.

M. WELTI souligne le très grand pourcentage de goitre exophtalmique vrai observé dans la région parisienne.

Au point de vue technique, il insiste sur l'intérêt qu'il y a à préférer les pluriligatures et l'extériorisation.

M. PETIT-DUTAILLIS se demande s'il est bien légitime et exact de confondre au point de vue histologique goitre toxique et maladie de Basedow. Le critérium histologique est-il suffisant pour apprécier la toxicité d'un goitre ?

M. Petit-Dutaillis reste partisan des interventions en deux temps, mais il n'utilise pas les ligatures préalables.

M. DESPLAS. **Fracture-luxation atloïdo-cervicale antérieure. Greffons cervicaux-occipitaux articulés. Résultats radiographiques et fonctionnels.** — L'avantage de cette technique est de conserver au malade une certaine mobilité du rachis cervical.

M. OMBRÉDANNE a utilisé depuis plusieurs années l'ingestion de queue d'asperge pour favoriser l'évacuation des épingles et des broches intragastriques. La cellulose enrobe l'épingle et elle est rejetée dans les jours qui suivent par l'enfant.

M. CHEVASSU présente les images fournies par une urétrographie faite chez un hermaphrodite.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1938)

Hyperpolypeptidémie et syndrome thyro-testiculaire. Action du propionate de testostérone. — MM. CAROLI et GIRARD. Malade ayant l'aspect d'un myxœdémateux. Amélioration rapide des troubles fonctionnels et des signes objectifs par les injections de propionate de testostérone (10 millig. par jour). Chez ce malade existait une hyperpolypeptidémie aussi forte que dans un ictère grave. Ce fait permet d'affirmer l'action du propionate de testostérone sur le métabolisme azoté.

Diagnostic des tumeurs médullaires au stade névralgique. — MM. LAYANI et DAVID. Femme de 45 ans présentant un syndrome douloureux du flanc et de l'hémithorax gauche sans troubles neurologiques. Le diagnostic de tumeur médullaire parut s'imposer. L'arrêt du lipiodol en D LX confirme le diagnostic. L'intervention permet l'exérèse d'une tumeur médullaire postérieure. Guérison en 25 jours. A noter le grand intérêt qu'il y a à poser un diagnostic précoce avant que soit reconnue l'altération de la moelle.

Formes non paralytiques de la poliomyélite, fréquence des formes méningées pures. — M. CIBILS-AGUIRRE (Buenos-Ayres).

Panartérite noueuse. — MM. DE GENNES, DEBRÉ, J.-Ch. ROUX. Cas de panartérite noueuse chez un homme de 30 ans ayant évolué de la façon suivante :

1° Seul symptôme : toux coqueluchoïde incoercible avec léger état fébrile ; 2° disparition de la toux : accentuation de

la fièvre, apparition d'une hématémèse abondante suivie d'une anémie intense ; 3° douleur généralisée à prédominance sternale ; examen radiologique négatif. On pose le diagnostic de périartérite noueuse, qui se trouve confirmé par l'apparition de nodosités douloureuses le long des artères temporales, sur les artères mammaires externes, sur la poplitée et sur les péronières. Mort au bout de 6 mois, au cours d'une crise hyper-douloureuse.

Image recto-sigmoïdoscopique de la péri-artérite noueuse. — MM. LELONG, RACHET, FOULON et A. LELONG. Garçon de 12 ans atteint de péri-artérite noueuse chez lequel la rectoscopie permit de mettre en évidence une image spéciale, à savoir : séries de granulations arrondies, de la dimension d'une tête d'épingle, d'aspect translucide, saillantes sous une muqueuse normale et rangées le long des capillaires. Cette image paraît propre à la maladie de Kussmaul.

Azotémie et hyperazotémie consécutives à une hémorragie digestive chez un sujet atteint de diabète et de cirrhose du foie. — MM. H. BÉNARD, P. MERKLEN et ZARACHOVITCH. Chez un diabétique atteint de cirrhose du foie, les auteurs ont observé une augmentation de l'urée sanguine consécutive à une hémorragie digestive. On peut, en l'espèce, incriminer seulement une hyperuréogénèse de mécanisme à trouver.

La chlorémie dans un cas de myxœdème. Traitement thyroïdien. — MM. DECOURT, GUILLAUMIN et CAVIER.

Aplasie infantile familiale avec atrophie testiculaire. Etude du syndrome de Fanconi. — M. P. EMILE-WEIL.

Rhumatisme chronique consécutif au rhumatisme articulaire aigu à forme disloquante. — MM. BOIDIN, PASTEUR VALLERY-RADOT, M. ROUX. Malade de 51 ans, à la suite de crises de rhumatismes articulaires aiguës, vit s'installer des déformations des pieds et des mains dues à des luxations par laxite articulaire. Il n'y a pas d'ankylose, ni de lésions osseuses sauf au cou-de-pied. Cas analogue à un cas publié par Lereboullet.

Granulie consécutive à l'injection intraveineuse volontaire d'une émulsion de bacilles de Koch. — MM. LEMIERRE et AMEUILLE. Homme de 29 ans, s'étant inoculé à lui-même une émulsion de bacilles tuberculeux (soit 2 millig. de bacilles virulents). Fièvre élevée 48 heures après et mort après 2 mois et demi par syndrome méningé. On ne constata pas de bacilles dans le sang. Il s'est agi d'une surinfection atypique par sa porte d'entrée et par sa masse.

Infection à staphylocoques et vaccinothérapie. — MM. FLANDIN et DUCHOIR.

Le sort de l'antitoxine diphtérique chez les sujets traités par le sérum antidiphtérique. — MM. RAMON, DEBRÉ et Jean BERNARD. Les auteurs en rappelant l'étude de MM. Sohier et Jude, sur la présence de l'antitoxine dans les urines qu'ils n'ont pu faire au cours de l'immunisation antidiphtérique, insistent sur les points suivants :

1° Au delà d'une certaine quantité, les doses d'antitoxine injectées ne font pas monter la teneur du sang en antitoxine. Le nombre maximum d'unités antitoxiques dans le sérum sanguin est noté rapidement après les injections de sérum antitoxique. La courbe dessine au début une ascension brusque. Cette courbe est suivie par un plateau assez bref, — la descente est rapide, et bientôt le nombre d'unités antitoxiques tombe.

2° Il existe de grandes différences individuelles dans la teneur du sang en antitoxine. Ce 2e groupe est caractérisé par la persistance d'une immunité pendant un temps très long, après les injections d'antitoxine.

En somme l'immunité antitoxique consécutive à l'injection de sérum antidiphtérique et appréciée par la teneur en antitoxine du sérum, apparaît variée. On observe des variations individuelles que l'on peut rapprocher de celles que l'on voit dans l'immunité active.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1938)

Une observation d'infarctus intestinal. — M. DIAMANT-BERGER.

Quelques résultats du traitement non sanglant des épiphysiolyses de l'adolescence. — M. RŒDERER.

A props de la gastrectomie d'urgence. - M. P. LE GAC.

(SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU 21 JANVIER 1938)

Eloge de Victor Pauchet, par M. G. LUQUET.

Présentation de films de technique, — M. P. LE GAC. Le premier film est un souvenir, il n'a pour but que de faire revivre un instant devant les sociétaires la silhouette chirurgicale de leur regretté Président Victor Pauchet. Puis vient un film représentant une hystérectomie abdominale pour fibrome. Enfin, et c'est le plus intéressant, un film au ralenti, permettant de préciser certains points de technique de la gastrectomie : enfouissement du duodénum ; libération d'un ulcère térébrant de la petite courbure, exécution du sujet d'un polya transmérocolique.

Sympathome de l'estomac. — M. G. LUQUET rapporte le cas d'un malade opéré, en juin 1934, pour cette lésion, par Victor Pauchet. L'évolution de l'affection a duré 16 ans. Pendant 15 ans les seuls signes cliniques ont été des crises, à intervalles éloignés, de maelena. Les derniers mois, ont apparu des hématémèses et une tumeur gastrique volumineuse s'est développée rapidement. L'état général est resté parfait. L'intervention a consisté en une ablation de la tumeur, mais les dimensions de la perte de substance gastrique résultant de cette ablation ont nécessité l'exécution d'une gastrectomie. Depuis, l'opéré va bien. L'examen histologique de la pièce, qui était de forme ovoïde et mesurait 12,5 cent. sur 9 cent., a montré qu'il s'agissait d'un sympathome atypique.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1938)

Il est procédé à l'installation du bureau pour 1938. — Président : docteur REGIS ; vice-présidents : docteurs RAISON (Paris) et GAHINET (province) ; secrétaire général : docteur LACAISSE ; secrétaires annuels : docteurs FRIEZ et DELIBEROS ; archiviste : docteur CHATELLIER ; trésorier : docteur MARTIN.

Les docteurs BÉLIARD, LEBOURG, Mlle GUNTZ, ont observé un cas de **noma** chez une femme de 41 ans, succédant à une plaie provoquée par un crochet de prothèse mobile. Heureux effet de la sérothérapie polyvalente.

Le docteur GORNOUEC présente les heureux résultats obtenus par le **monobloc armé** chez une enfant atteinte de rétrognathisme supérieur.

Le docteur LEBOURG fait le compte rendu d'une visite à l'Institut de stomatologie de l'Université d'Innsbruck et expose l'organisation de l'Institut de stomatologie qui fait partie de la clinique universitaire.

Les docteurs MAHÉ et DELIBEROS ont observé des lésions **atrophiques unilatérales des maxillaires inférieurs et supérieurs d'origine tabétique** chez un homme de 55 ans.

Le docteur DECHAUME et Mlle DOBKEVITCH présentent un travail sur les **kystes de la lèvre inférieure**, d'origine traumatique fréquente, de contenu mucoïde, ils sont justiciables de l'excision avec suture.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS DU FOIE

La syphilis du foie, par ses aspects anatomo-cliniques très divers, est une des syphilis viscérales les plus intéressantes.

Les problèmes diagnostiques qu'elle soulève souvent — et les difficultés thérapeutiques qu'elle entraîne, soulignent encore l'intérêt de son étude.

Héréditaire, ou acquise, la syphilis peut toucher la glande hépatique à toutes les périodes de son évolution. Mais il est classique d'opposer, du moins schématiquement :

1. Les lésions de la syphilis secondaire et de l'hérédo-syphilis précoce — diffuses, explosives, mais généralement transitoires et accessibles au traitement,

2. Aux lésions de la syphilis tertiaire et de l'hérédo-syphilis tardive — circonscrites, mais insidieuses, chroniques et mutilantes, et en règle rebelles à la thérapeutique.

Nous envisagerons successivement :

— La syphilis hépatique acquise ;

— La syphilis hépatique héréditaire.

A. Syphilis acquise du foie

Quel que soit le stade évolutif, l'infiltration du parenchyme se fait par *voie artérielle*,

— Et il importe de souligner de suite l'importance des

causes adjuvantes,

qui favorisent la pullulation des tréponèmes dans le foie :

Paludisme,

Lithiase biliaire,

Alcoolisme surtout — facteur aggravant de si grande fréquence.

B. Syphilis secondaire du foie

Etiologie.

a) Le plus souvent, *en pleine efflorescence secondaire*, du deuxième au quatrième mois.

b) Rarement plus tôt, au moment du chancre, « ictère préroséolique » de Castaigne.

c) Exceptionnement, après le huitième mois d'évolution.

CLINIQUE

Le type habituel, de loin le plus fréquent, est réalisé par :

1. *L'ictère syphilitique bénin.*

Il correspond anatomiquement à une *hépatite* diffuse, dont les lésions n'ont en général aucune spécificité.

Son début est insidieux, sans mouvement fébrile, sans troubles gastro-intestinaux, et court,

Car très rapidement apparaît le symptôme majeur :

Etat. — L'Ictère : c'est un ictère franc, généralisé, mais peu foncé, à type de rétention, avec chlorurie, matières colorées ou à peine colorées ; mais prurit et bradycardie sont inconstants.

Les urines sont de couleur brune. On y trouve des pigments et des sels biliaires.

Le foie est un peu gros et sensible.

Au total : c'est le tableau clinique d'un *ictère catarrhdl banal.*

a) Il sera aisément rattaché à sa cause s'il survient chez un sujet en pleine *septicémie tréponémique*,

Pâle, amaigri,

Présentant, isolés ou associés, d'autres *accidents secondaires :*

Roséole, plaques muqueuses,

Alopécie en clairière,

Adénopathies (nuque, épitrochlée), etc...

b) En l'absence de ceux-ci, le diagnostic peut être plus délicat. C'est alors que prennent toute leur valeur :

Certains caractères de l'ictère :

Pas de fièvre,

Pas de troubles digestifs,

Langue restant rose et humide,

Céphalée et asthénie hors de proportion.

Deux signes qu'il faut systématiquement rechercher :

Une splénomégalie légère, rate palpable par son pôle inférieur ;

Une albuminurie.

c) Un *B.-W.* sera le complément biologique indispensable.

Cependant, il faut rappeler que :

Le test sérologique a été discuté avec les sérums ictériques.

Evolution. — Elle est, dans la règle, très satisfaisante.

a) *Judicieusement traité*, cet ictère bénin se montre un accident « en feu de paille », qui guérit en deux ou trois semaines, après être passé assez souvent par une phase de dissociation pigmento-cholalique.

b) *Non traité*, l'évolution est plus lente, mais la guérison habituelle. Il faut un terrain particulier pour qu'il s'aggrave, comme nous le verrons.

2. *Les autres aspects cliniques de la syphilis secondaire du foie* sont beaucoup plus rares.

a) *Les formes frustes* correspondent à une *hépatite latente :*

— Révélée au maximum par un subictère transitoire au moment d'une roséole,

— Qui n'a généralement qu'une *expression biologique :*

Hyperbilirubinémie avec urobilinurie ;

Hypoazuturie ;

Glycosurie alimentaire intermittente.

b) *Les ictères syphilitiques du type infectieux :*

Avec fièvre, troubles gastro-intestinaux,

gardent cependant un pronostic bénin.

c) *Les formes graves* sont exceptionnelles :

— Correspondant anatomiquement à une *atrophie jaune aiguë du foie*, avec nécrose cellulaire massive.

— Ce sont en réalité des *ictères aggravés.*

— Evolution d'un ictère bénin non traité, chez la femme enceinte, chez un alcoolique,

Ou d'un ictère bénin traité par de fortes doses d'arsenicaux, sur un foie antérieurement malade.

Le passage à l'ictère grave est annoncé par des hémorragies, une dyspnée sine materia.

Puis peu à peu se confirme un tableau d'*hépato-néphrite*, avec signes nerveux, signes rénaux, aboutissant à peu près fatalement à la mort en quelques jours dans le coma, malgré le traitement.

— A côté de cette forme moyenne, on a signalé (Fournier) une forme suraiguë d'emblée et, à l'opposé :

Une forme traînante, qui pourrait être plus favorable.

d) *L'ictère hémolytique secondaire* est classiquement rattaché à la syphilis secondaire du foie.

C'est en réalité un *syndrome spléno-hématique* assez rare.

Toujours discret : anémie modérée, faible diminution de la résistance globulaire, subictère, mais *urobilinurie abondante*, évoluant rapidement vers la guérison sous l'effet du traitement.

(A suivre.) G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


DIASTOGÈNE F
Kola fraîche stabilisée
Manganèse
Arsines
Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)
abrège les convalescences
2 à 3 cachets par jour
Laboratoire Dehaussy
66 rue Nationale Lille

N° 31. — SAMEDI 16 AVRIL 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Lyon. — La chaire de physique biologique, radiologie et physiothérapie (dernier titulaire : M. Clozel), de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Jacques-Tony Callot a été délégué, à compter du 1er janvier 1938, dans les fonctions d'agrégé d'histoire naturelle et parasitologie, en remplacement de M. Larrousse, décédé.

Distinctions honorifiques. — M. le professeur H. Hartmann a été nommé grand officier de l'ordre national du Lion Blanc de Tchécoslovaquie.

M. le docteur Leroux-Robert a été nommé officier du même ordre.

Conseil supérieur de protection de l'enfance. — Par décret en date du 8 avril, le nombre des membres du conseil est porté de quatorze à vingt.

Le nombre des membres de la section permanente du conseil est porté de dix à vingt.

IVe congrès international de pathologie comparée (*Rome* 1939). — Le IVe congrès international de pathologie comparée aura lieu à Rome, du 15 au 20 mai 1939, sous le haut patronage du gouvernement.

Le Comité d'organisation est ainsi composé :

Président : S. E. Pietro Rondoni, membre de l'Académie d'Italie.

Membres : Prof. Carmélo Ciaccio, docteur Ugo Frascherelli, prof. Guido Guerrini, prof. Alessandri Lanfranchi, prof. Domenico Marotta, prof. Sen. Nicola Pende, prof. Giovanni Petragnani, prof. Lionello Petri, prof. Sen. Nazareno Strampelli, prof. Guido Vernoni.

Secrétaire : prof. Vittorio Zavagli.

Les travaux du Congrès sont répartis en trois sections : Section de médecine humaine. — Section de médecine vétérinaire. — Section de pathologie végétale.

Les sujets suivants sont inscrits à la discussion : Maladies à ultravirus. Hérédités en pathologie. Fonction des antigènes associés. Processus régressifs dans les plantes.

Les langues officielles admises au Congrès sont : allemand, anglais, espagnol, français, italien.

Pour tous renseignements, s'adresser aux Comités nationaux respectifs, ou bien au *secrétaire général, Consiglio Nazionale delle Ricerche*, Piazzale delle Scienze, Roma.

Le XVIIIe banquet annuel du Syndicat des Médecins de la Seine aura lieu samedi 14 mai 1938, à 20 heures, dans les salons du Palais d'Orsay, 9, quai d'Orsay, sous la présidence de M. le docteur Hartmann, ancien président du S. M. S. et de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. Il sera suivi d'un bal.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des Médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris (6e).

CHRONIQUE

LA MAISON DU MÉDECIN

Au cours de la dernière Assemblée générale, le Conseil nous avait laissé entendre que, bientôt, « la Maison du Médecin », de Valenton, serait doublée d'une maison de repos. La chose est réalisée.

Délaissant l'Ile-de-France, le Conseil d'administration a tourné ses regards vers la Côte d'Azur. Auprès d'Antibes, non loin de la mer, sur un escarpement choisi à souhait, dominant Nice, Cannes, le Fort-Carré, avec une vue merveilleuse sur les Alpes, le médecin fatigué, convalescent de maladie, le médecin qui a besoin de dételer quelques semaines pour pouvoir reprendre le collier (en attendant quelque hypothétique retraite) va pouvoir s'installer pour trois semaines, six semaines, deux mois et quelquefois trois mois.

Il sera chez lui.

Sa femme pourra l'accompagner.

Pour 30 francs par jour (soulignons ce chiffre), notre confrère recevra vivre et couvert.

Naturellement, le Conseil d'administration décidera, seul, de son admission. Naturellement, l'examen médical, *obligatoire*, sera passé par un membre du Conseil. Et, naturellement encore, les places seront retenues de préférence pour les membres du Corps médical participant à l'Œuvre.

Après eux, pour les confrères les plus âgés.

On n'y admettra pas les infirmes ou ceux qui seraient porteurs d'une tare physique gênante pour les voisins.

Valenton (et son château des Charmilles) est toujours accueillant pour tous nos confrères, « les blessés de la vie », qui cherchent un refuge où, entourés de toutes les sollicitudes, ils passeront la fin de leurs jours.

Pour ceux qui n'abandonnent pas la lutte, le havre de la Côte d'Azur les revigorera. Notre bon confrère Raphaël Massart leur donnera tous renseignements (*Maison du Médecin*, 51, rue de Clichy).

Notre œuvre va se compléter tous les jours. Une belle propriété, près de Toulouse, s'ouvrira bientôt, comme Valenton... Ceci est encore un secret !

MOLINÉRY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES REMPLACEMENTS DE MÉDECINS A L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

Le Comité de *l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris* rappelle aux médecins de Paris et de province, l'existence de son *Service de remplacement* qui leur a rendu si souvent d'utiles services.

L'Association corporative ne fermant jamais pendant les vacances (sauf dimanches et jours fériés), on est toujours assuré de s'adresser à elle et on peut lui téléphoner de 13 heures à 18 heures 30.

Les remplaçants de la « Corpo » sont toujours français et observent les conditions légales. Les décrets du ministre de la Santé publique et la loi de 1935 sur les médecins étrangers sont parfaitement respectés.

Le Comité rappelle à ce sujet, qu'*aucun étranger n'a le droit de remplacer un médecin*, et qu'un naturalisé doit avoir fait son service militaire pour pouvoir faire un remplacement.

Si un naturalisé n'est pas dans ce cas, *il doit laisser s'écouler quatre ans entre le jour de sa naturalisation et son premier remplacement* : tout praticien qui ne se conformerait pas à cette législation tomberait immédiatement sous le coup de la loi, y compris son remplaçant.

Si des médecins désirent être remplacés par des internes ou des externes des hôpitaux de Paris, ils n'auront à l'Association corporative que l'embarras du choix et d'un choix du reste sélectionné, car ce groupement a toujours compris toutes les catégories d'étudiants en médecine, y compris un certain nombre de docteurs, continuant à Paris à se perfectionner dans les hôpitaux.

S'adresser pour tout remplacement au siège de l'Association corporative, 8, rue Dante, Paris (5e). Téléphone : Odéon 58-90.

Le Président :
DE KÉRAUTEM,
Externe des hôpitaux de Paris.

ASSOCIATION ENTRE PHARMACIENS ET NON-PHARMACIENS

M. Camille Dahlet, député, demande à **M. le ministre de la Santé publique** : 1° s'il existe une loi interdisant une association entre pharmaciens et non-pharmaciens pour la fabrication et la vente de spécialités pharmaceutiques aux grossistes ou aux pharmaciens ; 2° s'il est permis à une personne munie d'un diplôme de docteur en médecine, de docteur ès sciences, mais non pharmacienne, de préparer et de vendre des sérums et des vaccins aux grossistes et aux pharmaciens ; 3° si une association de pharmaciens avec des personnes munies d'un diplôme de docteur en médecine, de docteur ès sciences, mais non pharmaciennes, est permise en vue de la préparation de vaccins et de sérums et de leur vente aux grossistes et aux pharmaciens ; 4° si ces lois sont applicables en Alsace et Lorraine. (*Question du 11 janvier 1938.*)

Réponse. — 1° L'interdiction de l'association entre un pharmacien et un non-pharmacien, pour la fabrication et la vente en gros ou en détail de spécialités pharmaceutiques, résulte de la Déclaration royale du 25 avril 1777 et de la loi du 21 germinal an XI (Cr. 16 avril 1921, D. P. 1922-1-107, cour de Paris 30 mars 1926, D. P. 1926-2-99) ; 2° la fabrication de sérums ou vaccins, ainsi que leur vente, est soumise à autorisation, en application de la loi du 14 juin 1934 (*Journal officiel* du 22 juin). Le diplôme de pharmacien n'est pas obligatoire pour la vente aux grossistes et aux pharmaciens ; 3° oui ; 4° cette question ressortissant, également, aux attributions du président du Conseil, chargé des affaires d'Alsace et de Lorraine, un délai est nécessaire pour répondre.

(*J. O.*, 11 mars 1938.)

REVUE GENERALE

CANCER DU CÔLON TRANSVERSE

Etude clinique et thérapeutique

Par M. B.-Y. YOVANOVITCH
Chef de clinique chirurgicale de la Faculté (à la Salpêtrière)
Ancien interne des hôpitaux de Paris

La division du cancer colique en cancer du côlon droit et cancer du côlon gauche repose sur une réalité anatomique et embryologique, mais elle est insuffisante au point de vue clinique et thérapeutique. L'adage de Quénu est la vérité même : « La thérapeutique du cancer du gros intestin ne gagne pas à être étudiée en bloc ; il convient de l'étudier par segments ». Il faut donc pousser plus loin l'analyse et individualiser le cancer du côlon transverse ou côlon moyen (Okinczyc), cancer fréquent, cliniquement très spécial, et auquel s'appliquent des règles thérapeutiques particulières.

En parcourant la littérature, on est frappé par la pauvreté des documents cliniques et thérapeutiques sur le cancer du côlon transverse. A côté du rapport d'Okinczyc et Abadie au Congrès de Chirurgie de 1922, il faut signaler les communications à la Société Nationale de Chirurgie, de Lenormant, d'Okinczyc, de Schwartz, de P. Duval. La thèse de P. Bertrand (Lyon, 1925) est le premier travail d'ensemble. Le travail de Richard (Journal de Chirurgie, 1926) et celui de Lorin (Journal de Chirurgie, 1927) sont purement anatomiques, sans une observation personnelle sur le vivant à l'appui.

Nous avons cru utile de combler cette lacune en apportant une étude clinique et thérapeutique basée sur quarante-six cas de cancers du côlon transverse, observés et traités à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

***

La fréquence du cancer du transverse est beaucoup plus grande qu'on ne le croit. En réunissant les chiffres de neuf statistiques (De Bovis, Waldenstrom, Petermann, Clogg, Ansimoff, Vuichoud, Miller, Engelsmann, Denk), on arrive au chiffre de 809 cas de cancers du côlon, qui se répartissent de la façon suivante : cœcum et côlon ascendant 273, côlon descendant et sigmoïde 303, côlon transverse 233.

Dans la statistique plus récente de J. Quénu, sur 50 cas de cancers coliques on note : cœcum et côlon ascendant 11, côlon descendant et sigmoïde 29, côlon transverse 11.

A la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, le cancer du transverse a été aussi fréquent que le cancer du côlon droit et trois fois plus rare que le cancer du côlon sigmoïde.

ETUDE CLINIQUE

Accolé à droite (anse hépato-colique), mobile à gauche (anse gastro-splénique), encombré par le grand épiploon qui le masque et la surcharge de graisse, intermédiaire aux deux côlons droit et gauche, le côlon transverse dépend par l'aspect et la forme de ses tumeurs, tantôt des cancers du type droit, encéphaloïdes et diarrhéiques, tantôt de ceux du type gauche, squirrheux et sténosants.

Par ses rapports intimes avec l'estomac et le duodénum, le cancer du côlon transverse imprime plus souvent que les autres cancers coliques, une évolution clinique un peu spéciale aux tumeurs qui se développent dans sa continuité. Par les tractions que provoque le poids de la tumeur, par les réflexes qu'elle fait naître, ou par les compressions que déterminent ses adhérences, *elle retentit nécessairement plus ou moins sur les fonctions gastro-duodénales*. Plus fréquemment et plus précocement que dans les autres localisations, on assiste au développement du type gastrique ou du type dyspeptique du cancer du côlon.

Nos observations montrent que la description du cancer du côlon transverse en trois périodes (début, état, terminaison), n'a pas de signification clinique réelle, puisqu'il n'existe souvent aucun parallélisme entre l'importance de la symptomatologie et le degré d'évolution anatomique. Tel cancer du transverse découvert après la simple constipation peut être inextirpable. Tel autre manifesté par une occlusion aiguë, un abcès ou une grosse tumeur, peut, au contraire, être parfaitement curable. Nous décrirons donc surtout les *éventualités cliniques* qui peuvent conduire au diagnostic ou à l'hypothèse d'un cancer du transverse. On peut distinguer ainsi :

Les aspects, où il n'y a pas de tumeur perceptible et où le diagnostic est établi par un examen clinique et radiologique bien orienté à partir des symptômes fonctionnels et généraux plus ou moins significatifs ;

Les aspects où il existe une tumeur perceptible et alors tout s'oriente autour d'elle, quel que soit le symptôme qui ait amené le malade à consulter ;

Les aspects trompeurs, particulièrement fréquents et importants, faisant croire à une lésion d'un organe voisin ;

Les aspects, enfin, où une complication aiguë est la première manifestation importante.

I. LES ASPECTS AVEC MANIFESTATIONS FONCTIONNELLES OU GÉNÉRALES, SANS TUMEUR. — C'est l'éventualité clinique la plus rare (6 cas sur 46).

Tantôt ce sont des troubles vagues qui ne font guère penser à une maladie colique : asthénie, anémie, amaigrissement. Plusieurs de nos malades ont perdu de longs mois en traitements symptomatiques. Il faut, de parti pris, chez un homme au delà de la quarantaine, suspecter devant ces symptômes le cancer digestif, faire un toucher rectal, un examen radiologique de l'estomac et, si l'un et l'autre restent négatifs, penser au cancer colique et faire un lavement opaque qui découvrira le cancer.

Tantôt la symptomatologie fonctionnelle fixe vite l'attention sur le gros intestin : constipation, diarrhée, alternatives de diarrhée et de constipation, sang rouge ou noir dans les selles, syndrome rectal avec ténesme et fausses envies, crises d'obstruction à rechute.

C'est à l'*examen radiologique* qu'on demande le diagnostic. Ce dernier se heurte à de nombreuses difficultés : étendue du territoire à explorer, irrégularité normale des contours de l'ombre, soudures et super-

position d'images, spasmodicité fréquente enfin. Il faut multiplier les radiographies, et en cas de besoin, il faudra reprendre, au bout de quelques semaines, l'exploration radiologique pour vérifier la persistance d'une image suspecte.

Sans vouloir décrire ici la technique de l'examen, nous tenons à insister sur : la préparation du malade qui devra être minutieuse, par purgation et lavement pour éviter les erreurs dues au contenu intestinal ; la nécessité des incidences obliques en particulier pour l'étude des angles. Le malade peut être examiné par voie orale mais cette méthode ne donne que des renseignements imprécis, car le côlon ne se remplit que de façon segmentaire. Le lavement opaque, auquel on a recours habituellement, est suffisant pour poser le diagnostic d'une lésion avancée, mais il ne permet nullement de mettre en évidence des lésions au début. Aussi doit-il être systématiquement complété par *l'examen en lumière collabé* et par *l'insufflation* (méthode du double contraste).

En tout cas le lavement doit être donné sous le contrôle de l'écran : les spasmes, les altérations localisées du contour, le ralentissement de la progression du liquide opaque, le siège et la sensibilité seront étudiés chemin faisant et des clichés viendront contrôler toute image suspecte. Mais il ne faut pas s'attendre à voir une légère infiltration ou une petite tumeur, celles-ci disparaissent dans l'opacité colique et ne peuvent s'observer que quand elles siègent sur le bord de l'image. Le seul renseignement de valeur fourni par le lavement est l'existence éventuelle d'un *spasme*, surtout quand ce spasme est *persistant* et se retrouve au cours d'examens successifs. Mais ce n'est qu'un signe indirect qui ne permet pas de poser le diagnostic causal. C'est seulement après évacuation spontanée, en lumière collabée, et après insufflation que les images caractéristiques vont apparaître toujours sous les trois modes, infiltrant, bourgeonnant, ulcéreux. 1° La *rigidité*, l'absence d'élasticité et d'expansibilité du côlon se voient surtout après insufflation. Si l'infiltration gagne la muqueuse, les plis sont rigides et désorientés. 2° La *lacune* apparaît après évacuation spontanée, sous forme d'une tache claire interrompant le plissement, par ailleurs normal, de la muqueuse. Après insufflation, la fine courbe opaque qui recouvre la lésion se détache nettement dans la clarté gazeuse d'un côlon distendu. A un degré plus avancé, la lacune est plus visible, plus étendue, plus irrégulière et bosselée. 3° Dans les *formes ulcéreuses*, on peut voir des images cratériformes, avec plaque opaque due au moulage de l'ulcération et le bourrelet clair qui le cerne. Cet aspect est surtout visible en lumière collabée ou sur les images de réplétion quand la lésion occupe un des bords de l'ombre

Une recherche minutieuse et patiente de tous ces signes radiologiques, l'emploi de la méthode du double contraste, la prise des nombreux clichés, des examens radiologiques successifs devraient permettre de poser plus souvent le diagnostic précoce de cancer du transverse. La latence clinique de l'affection, le caractère banal ou trompeur des troubles accusés par les malades, l'insuffisance de l'examen radiologique expliquent pourquoi, dans la grosse majorité de nos observations, les malades ont été vus beaucoup plus tard, avec une tumeur colique souvent fixée et inopérable.

II. Les aspects avec tumeur. — En effet, dans 33 sur 46 cas, la tumeur a été découverte au moment où le malade est venu consulter. Ce signe a été noté moins souvent par Okinczyc (1 fois sur 3), et par P. Bertrand (2 fois sur 5).

Assez souvent (8 fois sur 33 cas), la tumeur constitue le seul symptôme du cancer du transverse avec peu ou pas de réactions sur l'état général et sans aucune manifestation intestinale. En général, la tumeur est accompagnée par les troubles généraux ou fonctionnels assez significatifs.

Quoi qu'il en soit, la tumeur siège dans la région paraombilicale, plus souvent dans la région sous-ombilicale que sus-ombilicale. A côté de ce siège le plus fréquent, on peut rencontrer un cancer du transverse dans toutes les régions de l'abdomen, et ce siège très variable, parfois même anormal, cause de fréquentes erreurs de diagnostic. Nous avons trouvé la tumeur dans la fosse iliaque droite, dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du pubis.

Le volume de la tumeur est généralement assez important, de la grosseur d'un ou de deux poings, d'une tête d'enfant. Mais ce volume est souvent trompeur, à cause de l'accumulation des matières au-dessus de la sténose, à cause de la contracture segmentaire du côlon en amont de la tumeur, et surtout parce que la tumeur est grossie de toute la masse du grand épiploon qui est venu se coller au-devant d'elle.

La tumeur est très souvent dure, régulière, bien limitée, cylindrique, allongée transversalement, indolente, surtout mobile et cette mobilité est un élément important de diagnostic. Dans les aspects avancés du cancer, la tumeur devient mal limitée, sensible à la pression et surtout immobile par formation des adhérences et la rétraction du mésocôlon.

Suivant le siège, cette tumeur pose le diagnostic avec le kyste du mésentère (2 cas), le cancer du pylore (3 cas), le cancer de la grande courbure (1 cas), la grosse vésicule (2 cas), le gros rein (1 cas), la grosse rate (1 cas), le gros foie (1 cas).

C'est la radiographie après lavement opaque, qui fait facilement le diagnostic en montrant une image lacunaire manifeste avec ou sans image de rétrécissement.

III. Les aspects trompeurs. — C'est au niveau du côlon transverse surtout, que le cancer se manifeste par les signes d'emprunt, faisant croire à une lésion d'un organe voisin. Nous insisterons tout spécialement sur la forme gastrique et la forme biliaire du cancer du côlon transverse.

La forme gastrique est particulièrement fréquente (9 cas sur 46). Il s'agit des malades qui se plaignent d'indigestions, de vomissements, douleurs épigastriques, avec ballonnement, digestions pénibles, haleine fétide, et devant les résultats négatifs de l'examen radiologique, on pense à une gastrite ou une gastropathie nerveuse (4 cas). D'autres fois, ce sont les malades qui présentent des douleurs périodiques, rythmées par les repas, et on pense à un ulcère (2 cas).

Parfois, enfin, ce sont les douleurs post-prandiales tardives avec vomissements qui les calment ; la radiographie montre une rigidité de la région pylorique (par coudure ou envahissement) et on fait le diagnostic d'un cancer du pylore (3 cas).

Non moins importante est la *forme biliaire* (8 cas), particulièrement fréquente dans le cancer de l'angle droit du transverse. Le voisinage immédiat de la vésicule explique qu'on ait pu porter le diagnostic de cholécystite, soit à cause de l'intensité et de l'irradiation des douleurs, soit à cause de la diarrhée que l'on trouve si souvent dans les lésions vésiculaires, soit enfin à cause de la perception de la tumeur dans la région vésiculaire. Dans 7 de nos observations, le malade a été soigné pendant six mois à un an, pour la cholécystite lithiasique ou non. Dans une de nos observations, le malade a présenté des crises des coliques hépatiques typiques avec subictère, diarrhée et fausse vésicule ; l'intervention faite pour une cholécystite lithiasique, montra un cancer de l'angle droit.

IV LES ASPECTS RÉVÉLÉS PAR UNE COMPLICATION AIGUË. — *L'occlusion intestinale aiguë* n'est pas rare dans le cancer du côlon transverse. Elle a été observée 7 fois dans nos 46 observations. Cette proportion de 15 % est un peu supérieure à celle que donne P. Bertrand (12 %). Dans 3 cas, l'occlusion aiguë a été le symptôme révélateur du cancer du transverse. Dans les autres cas, elle a été précédée par plusieurs crises d'obstruction chronique. Toutes ces occlusions ont abouti à un tableau commun : le ballonnement était considérable, généralement plus central et périombilical que périphérique, les vomissements étaient abondants et l'atteinte de l'état général, traduite par l'accélération du pouls et l'altération du faciès, plus rapide et plus intense que dans les occlusions du sigmoïde. En effet, à l'intervention, on remarquait que l'iléon subissait souvent (4 fois sur 7 cas) les répercussions de l'occlusion. Son amincissement extrême, sa distension par les matières liquides expliquaient à la fois la toxémie rapide et la gravité des complications post-opératoires.

L'abcès péri-néoplasique peut être également le signe révélateur d'un cancer du transverse. Dans une de nos observations, après une crise abdominale aiguë, un abcès péri-ombilical se constitua et fut incisé et traité comme un banal abcès chaud ; ce n'est qu'un an plus tard qu'on découvrit un cancer du transverse Dans une autre de nos observations, le premier et unique symptôme d'un cancer du transverse, fut l'apparition d'un abcès dans le flanc gauche Quelquefois l'installation d'un abcès concorde avec les accidents d'occlusion, à la fois mécanique et dynamique. Et c'est ainsi que chez une de nos malades, qui avait subi un anus cœcal pour occlusion aiguë, un abcès volumineux fut découvert derrière l'angle droit au cours d'une exérèse secondaire.

***

Tels sont les différents aspects cliniques du cancer du côlon transverse. Nos observations montrent nettement que l'existence d'une tumeur colique est l'éventualité clinique la plus fréquente et un des moyens les plus sûrs pour faire le diagnostic du cancer du transverse. La fréquence de la constatation de la tumeur colique prouve que le chirurgien a été consulté bien tard et il faut espérer que, dans l'avenir, les diagnostics arriveront à être portés plus tôt, grâce à l'emploi de plus en plus fréquent des examens radiologiques. Si, autrefois, on disait que dans toute tumeur de nature indécise il faut pratiquer une laparotomie, on devrait dire actuellement que devant tout trouble digestif suspect, même en l'absence de tumeur, on devrait faire étudier à l'écran tout le tractus digestif. C'est ainsi qu'on dépistera de plus en plus souvent les cas latents. C'est ainsi que les opérations deviendront de plus en plus précoces et les guérisons éloignées plus nombreuses.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Petit guide de physiothérapie, par Vincent PASCHETTA. Un volume de 188 pages. Prix : 40 fr., à l'expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Le milieu synovial physiologique et pathologique. (Introduction à l'étude de la pathologie articulaire), par J. SABRAZÈS et R. DE GRAILLY. Un volume grand in-8 de 205 pages (tome I). Prix : 50 fr., chez J.-B. Baillière et fils, 1936

Maladies de la nutrition, par F. RATHERY. Un vol. de 174 pages. Prix : 22 fr., chez Masson et Cie, 1936.

Mesmer et son secret, par le docteur Jean VINCHON. Un vol. grand in-8 de 130 pages. Prix : 28 fr., chez Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain (6e), 1936.

Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (infarctus viscéraux), par Raymond GRÉGOIRE et Roger COUVELAIRE. Un vol. de 182 pages. Prix : 50 fr., chez Masson et Cie. 1937.

Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie, 3e édition, entièrement refondue et augmentée, par R. RIVOIRE. Un vol. de 264 pages. Prix : 45 fr., chez Masson et Cie, 1937

Traumatismes de l'oreille, fractures du rocher, commotion labyrinthique, expertises en otologie, par J.-A. RAMADIER et R. CAUSSÉ. Un vol. de 150 pages avec 15 fig., chez Masson et Cie, 1937.

Les explorations fonctionnelles, par Noël FIESSINGER. Un vol de 432 pages avec 65 figures. Prix : 70 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Œuvre psychiatrique, par le docteur Ch.-L. TREPSAT, avec une préface du docteur B.-J. LOGRE. Un vol. de 189 pages, chez Vigot frères, à Paris.

Exposition internationale 1937. Hérédité, mutation et évolution, l'œuvre de Hugo de Vries. Une brochure de 96 pages avec figures — Hybrides sexuels et mosaïques, l'œuvre de Mendel et de Naudin. Une brochure de 94 pages avec figures. — La biologie. Une brochure de 118 pages avec figures. — La biologie animale. Une brochure de 80 pages avec figures — Microbiologie, l'œuvre de Pasteur et ses conséquences. Une brochure de 96 pages avec figures. — Médecine, les aspects de la science médicale. Une brochure de 96 pages avec figures. — La chirurgie. Une brochure de 68 pages avec figures. — Symbiose et parasitisme, l'œuvre de Noël Bernard. Une brochure de 90 pages. Chaque brochure, Prix : 6 fr., chez Masson et Cie, à Paris, 1937.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1938)

L'emploi des eaux minérales prises à la source. Rapport. — M. LENOIR, au nom de la Commission des Eaux minérales, lit un rapport qui est une réponse à une question posée par le Ministre de la Santé publique.

Il s'agit de l'ordonnance médicale que l'Académie a réclamée pour les malades faisant usage des sources ou des traitements dans les établissements thermaux.

La commission des Eaux minérales maintient ses vues antérieures, elle estime que la réglementation prescrivant l'ordonnance devrait être une mesure générale conformément aux règles adoptées par l'Académie. Les dérogations devraient être exceptionnelles et enfin, en toute occurrence, le règlement devrait être appliqué aux stations dont la liste sera publiée dans le Bulletin de l'Académie. La liste comprend seulement les stations possédant, soit des eaux sulfureuses, soit des eaux particulièrement actives.

Le rapport de M. Lenoir sera discuté dans quinze jours.

L'Amphistomose bovine. — MM. MAROTEL et DE GRATECOS attirent l'attention sur l'apparition soudaine en France d'une parasitose exotique : l'amphistomose bovine.

Cliniquement, l'affection paraît être une distomose hépatique. On a trouvé des vers abondants dans l'estomac, alors que les douves étaient rares dans le foie.

L'examen montra qu'il s'agissait de l'amphistomum cervi (=A. conicum.) Jusqu'ici, un seul foyer a été constaté dans la Meurthe-et-Moselle. Les auteurs insistent sur la nécessité d'enrayer de toute urgence la dissémination de cette affection.

Nouvelles recherches sur l'hérédité de l'hypertension artérielle. — M. RICHARD.

La prochaine séance aura lieu le 26 avril 1938.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 MARS 1938)

M. MÉNÉGAUX fait un rapport sur un travail de MM. Didier et Bompart : **gastrectomie en deux temps. Gastro-jéjunostomie à éperon.** — Le premier temps comporte une excision triangulaire de la grande courbure pour placer la bouche ; dans le deuxième temps, on pratique la gastrectomie. Trois malades ont été opérés suivant cette technique, qui semble devoir être réservée à des lésions étendues de la petite courbure.

M. BRÉCHOT préfère s'en tenir à l'exclusion haute de l'estomac.

M. LERICHE. **Résultats de quelques cas de fractures traitées par novocaïnisation et mobilisation active immédiate.** — Présentation de clichés et de radiographies.

MM. JEANNENEY et RINGENBACH. **Péritonite purulente par injection intra-utérine d'eau bouillie. Laparatomie. Mickulicz.** — Guérison à la suite de deux transfusions de sang rubiazolé.

M. JEANNENEY. **Sur le traitement de la maladie de Basedow.** — L'auteur souligne tout d'abord la fréquence de l'hythyroïdie ; la maladie de Basedow représente 60 p. 100 des goitres opérés. Il reste partisan de l'intervention en plusieurs temps lorsqu'il existe des signes d'hypertoxicose.

M. BERGERET. **A propos des thyroïdectomies.** — L'auteur a repris ses résultats éloignés ; 13 p. 100 de récidives dans les cas de maladie de Basedow. L'intervention en pareil cas doit être largement subtotale.

M. ROUX-BERGER fait un rapport sur un travail de M. Jourdan portant sur **l'anesthésie loco-régionale en chirurgie gastrique.** — L'auteur précise un certain nombre de points de technique ; une infiltration minutieuse de la petite courbure dans sa partie haute (ce qui permet une anesthésie du pneumogastrique) ; infiltration de la grande courbure, puis en relevant l'estomac on fera une infiltration de la racine du mésocôlon transverse et du péritoine juxta-pancréatique ; cette anesthésie du mésocôlon transverse rend singulièrement faciles les manœuvres ultérieures.

Il semble qu'il faille attacher également une grande importance à la préparation préopératoire du malade (calme, scopolamine, morphine).

M. R. MONOD croit que la préparation préopératoire a une très grosse importance ; il utilise la méthode de Kirschner (injection préopératoire de phlébafine ou de scophédale).

Quant à la technique d'infiltration préconisée par M. Jourdan, M. Monod croit qu'elle n'est pas toujours possible dans des lésions anciennes et étendues.

M. D'ALLAINES souligne l'intérêt de l'infiltration régionale faite sous le contrôle de la vue.

M. J. CHARLES BLOCH utilise la **phlébafine** soit par voie intraveineuse (à rejeter chez les néoplasiques). soit par voie sous-cutanée (2 cm³ une heure avant l'intervention).

L'anesthésie régionale est incomparablement préférable, et l'auteur n'a endormi que trois malades pour deux cents gastrectomies.

M. BRÉCHOT se demande s'il n'est pas sans inconvénient d'infiltrer ainsi la région prépancréatique.

M. MOULONGUET, rappelant les travaux expérimentaux de Reilly, demande si les infiltrations des plexus sympathiques périartériels ne sont pas susceptibles (chez des sujets particulièrement sensibilisés) de déterminer des accidents.

M. Clovis VINCENT présente deux malades opérées pour **abcès du cerveau.** Il montre l'intérêt de la méthode en deux temps pour extirper les abcès du cerveau comme une tumeur cérébrale.

M. MATHIEU présente une malade opérée pour **subluxation congénitale de la hanche avec arthrite,** traitée par butée ostéoplastique puis résection arthroplastique de la hanche. Excellent résultat.

M. BRAINE montre un ménisque présentant quatre fissures.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1938)

Splénomégalie myéloïde, érythhroblastique et mégacaryocytaire. Mégacaryocytose et sclérose de la moelle osseuse. Splénectomie. — MM. WAITZ et WARTER (Strasbourg). Il s'agit d'un cas de splénomégalie chronique sans hépatomégalie. La rate avait subi une transformation myéloïde et érythroblastique avec mégacoryocytose modérée. Dans le sang, myélémie discrète. Ce cas ressortit aux myéloses aleucémiques. A noter dans le cas dont s'agit : 1° une mégacarocytose médullaire importante ; 2° l'action de la splénectomie qui a été suivie d'une grande amélioration.

Remarques techniques concernant la ponction de la moelle osseuse et des organes hématopoiétiques. — M. WAITZ. La ponction de la moelle osseuse, de la rate, du foie, ramène du sang avec lequel sont effectués les frottis. Si l'on rejette ce sang dans un verre de montre et si on réaspire le liquide surnageant, on observe sur le fond des fragments blanchâtres de pulpe. Dans les écrasements, on note une richesse énorme des nappes cellulaires, un degré

minime d'altération des cellules. Les écrasements de fragments de pulpe offrent une image proche de la réalité mieux que celle fournie par les frottis classiques.

Insuffisance cardiaque grave, conséquence lointaine d'efforts physiques exagérés. — MM. PAGNIEZ, PLICHET et FAUVET.

Azotémie post-hémorragique. — MM. AUBERTIN et HOREAU. Chez les malades ayant présenté des hémorragies graves, on constata le lendemain une azotémie de 1 gr. 13, puis de 0 gr. 56 revenant à la normale en 3 à 6 jours. Cette azotémie doit être considérée comme due à la stagnation dans le tube digestif d'une grande quantité de sang dont les protéines sont absorbées d'une façon massive. Il en résulte une hyperprotéinémie passagère par impossibilité d'élimination des protéines par le rein.

De l'immunité et de l'allergie dans la tuberculose. — M. MARFAN rappelle que l'état d'immunité antituberculeuse est un fait relatif et variable pouvant être vaincu par une inoculation massive. Par ailleurs, l'allergie tuberculeuse ne donne pas la mesure de l'immunité.

Terminaison d'une observation de splénomégalie mégacaryocitaire splénectomisée. — MM. E. WEIL, ISCH-WALL, PERLÈS (suite de l'observation publiée en mai 1936). Il s'agit d'un sujet splénectomisé *in extremis*, atteint d'une maladie érythroblastique, dont la splénomégalie myéloïde ne constituait qu'un chapitre, très grande amélioration après l'intervention et pendant plus d'un an. Cependant, le foie continuait à augmenter de volume et se montrait très érythroblastique à la ponction. Mort par hémiplégie.

A l'autopsie, lésions intenses d'érythroblastose et de mégacaryocytose hépatiques ; les lésions érythroblastiques du couple spléno-hépatique ayant continué à évoluer seulement au niveau du foie.

Au début de la séance, une discussion très importante s'éleva sur **la pratique de l'oxygénothérapie.** — MM. BINET et BOCHET présentent un dispositif pour la respiration artificielle. Appareil automatique, mis en jeu par l'oxygène d'un obus et assurant à la fois la respiration artificielle et l'inhalation.

M. GRENET préconise chez les nourrissons, au cas de bronchite capillaire, la tente à oxygène, ce séjour sous la tente pouvant être maintenu pendant plusieurs semaines.

M. RIST déclare que l'oxygénothérapie donne surtout d'excellents résultats dans la pneumonie, le pneumothorax spontané et la perforation du poumon au cours d'un pneumothorax ancien ; traitement mis en action à l'aide de la simple sonde nasale.

M. RIBADEAU-DUMAS affirme que la tente réalise en l'espèce un sérieux progrès.

M. HALLÉ, comme M. COMBY, vante les bons résultats du traitement dans la coqueluche. M. FLANDIN, d'accord avec M. PAGNIEZ, attire l'attention sur les indications multiples de l'oxygénothérapie.

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1938)

Etude du chimisme du suc médullaire prélevé par ponction sternale. La glycomyélie. — MM. BENDA, FRANCKEL, DUCATEL et NICOLAS. La ponction sternale offre la possibilité d'étudier les variations du milieu tissulaire interne. Les auteurs ont pu établir que le suc prélevé par ponction sternale n'est pas toujours semblable au sang circulant. Des recherches sur le glycose, il résulte qu'à l'état physiologique, la glycomyélie est un peu inférieure à la glycémie ; qu'au cours du diabète la glycomyélie s'élève un peu au-dessus de la glycémie.

Recherches sur le fer médullaire. — MM. BENDA, POIROT et FRANCKEL. Chez un sujet normal, le taux du fer médullaire est un peu inférieur à celui du fer sanguin. Chez les anémiques, le fer médullaire est souvent inférieur au fer sanguin ; il lui est souvent aussi supérieur. Ces recherches pourraient aider à la classification encore incertaine des anémies.

Néphrite chronique hypertensive de l'enfant, simulant une tumeur cérébrale. – MM. DEBRÉ, MARIE, DUMAS et MALINSKY. Observation d'un garçon de 9 ans, adressé avec le diagnostic de tumeur cérébrale, basé sur des signes d'hypertension intracranienne. Par étude de la pression artérielle et du fonctionnement du rein, ce syndrome d'hypertension cranienne put être rattaché à une néphrite hypertensive. Les auteurs insistent sur la richesse du syndrome d'hypertension cérébrale et sur le peu d'augmentation de tension du liquide rachidien.

Polynévrite benzinique ? — MM. DUVOIR, POLLET et ARNOLDSON estiment qu'il n'y a aucune observation probante de polynévrite benzinique. Dans les cas publiés manquent parfois les signes neurologiques objectifs de polynévrite, parfois reste douteuse la nature du produit incriminé, tantôt coexistent des lésions sanguines permettant de penser à un syndrome neuro-anémique plutôt qu'à une névrite toxique.

La recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique chez l'adulte. — M. ARMAND-DELILLE signale que, dans un travail récent de Nils Levin, portant sur plus de 400 adultes non cracheurs, étudiés au sanatorium de Söderby, l'auteur a pu déceler chez la plupart d'entre eux l'existence de bacilles dans l'estomac, ce qui prouve qu'ils étaient atteints de tuberculose ouverte.

Etude topographique d'une collection pleurale enkystée, au moyen du lipiodol lourd et léger. — MM. ARMAND-DELILLE, LESTOCQUOY et PAILLAS.

A propos d'une pneumonie deux fois récidivante. — MM. RIST et BAUDET. Observation d'un médecin qui, 48 heures après avoir reçu au visage du pus d'empyème, présenta une première pneumonie typique. Une deuxième pneumonie survint 15 mois plus tard ; une troisième se produisit plusieurs mois ensuite. Chaque fois, l'expectoration contenait un pneumocoque virulent. La troisième atteinte se manifesta à la suite d'une vaccinothérapie antipneumococcique préventive.

Gastrite boutonneuse et atrophique révélée par l'endoscopie chez un vomisseur chronique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, MOUTIER, GALLOT et MIGNOT.

(SÉANCE DU 4 MARS 1938)

Myélose aplasique cryptogénétique à marche lente. — MM. Emile WEIL, ISCH-WALL et PERLÈS. Femme de 64 ans, sans antécédents, présente depuis trois ans des troubles digestifs vagues avec un peu d'anémie hypochrone. Le traitement anti-anémique a permis de maintenir les hématies autour de 4 millions, sauf à la suite d'une crise diarrhéique. Le taux des leucocytes s'accompagne d'agranulocytose et d'aplaquettose. La ponction sternale montre une lame pauvre en éléments. Il y a donc myélose aplasique sans éléments anormaux. L'aplasie ne fut reconnaissable que par l'examen du sang et de la moelle osseuse. Pronostic grave.

Double kyste pulmonaire suppuré. Cachexie œdémateuse curable. — MM. J. TROISIER, BARIÉTY et HAUTEFEUILLE. Observation de 2 volumineux kystes pulmonaires occupant chacun des deux poumons. La suppuration a donné lieu à une symptomatologie voisine de celle des abcès du poumon ; elle s'est accompagnée d'un état de cachexie œdéma-

teuse, avec eschares fessières. Les auteurs attirent l'attention sur l'utilité de la tomographie dans le dépistage des kystes latents du poumon.

Pour M. Debré, la disparition de ces kystes n'est parfois qu'apparente. D'autres estiment que notre éducation tomographique est encore bien sommaire.

Lésions pulmonaires complexes par la radiographie en tranches. — MM. Ameuille, Ronneaux, Lemoine présentent des clichés stratigraphiques obtenus par la méthode de Vallebona. L'utilisation de cette méthode en radiologie pulmonaire est indiquée pour les images complexes dues à la projection sur un seul plan de toutes les condensations ou raréfactions pathologiques superposées dans l'épaisseur du poumon ; elle serait surtout utilisable pour la recherche d'images lacunaires.

MM. E. Bernard et Léon Kindberg montrent une série de documents tomographiques permettant de préciser la localisation des lésions pulmonaires.

Un cas de cyanose par un dérivé sulfamidé. — MM. Soulié et Moret. Cas de cyanose intense, grave, observé au cours d'un traitement di *p*-acéthylaminophénylsulfone pour une otite moyenne suppurée. Evolution favorable.

Trois cas de méningite lymphocytaire bénigne d'origine encéphalitique probable. — M. Halbron a observé récemment 3 cas simulant la méningite lymphocytaire bénigne, dans lesquels l'apparition ultérieure de signes de la série parkinsonnienne permit de penser à une origine encéphalitique. Est-ce l'apparition d'une nouvelle vague de névraxite ?

Méningite lymphocytaire bénigne avec syndrome du trou déchiré postérieur. — MM. Decourt, Salomon et Dausse. Enfant de 13 ans, qui, au cours d'un syndrome infectieux fébrile, présenta une atteinte unilatérale des 9e, 10e, 11e nerfs craniens (syndrome du trou postérieur de Vernet). Traitement : sérum antipoliomyélitique en injections sous-cutanées. Les auteurs croient que le diagnostic de poliomyélite est improbable. Ils rappellent que beaucoup d'injections neurotropes peuvent réaliser le tableau de la méningite lymphocytaire curable et qu'on ne doit pas révoquer systématiquement le diagnostic de poliomyélite.

Un cas d'ostéodystrophie rénale chez l'adulte. — MM. René-S. Mach et Rutishauser (Genève). Cas d'une néphrite azotémique accompagnée d'hypocalcémie et d'hypochlorémie. La maladie osseuse observée au cours de cette néphrite a eu tous les caractères fondamentaux de l'ostéite fibreuse de Recklinghausen. La connaissance des ostéodystrophies rénales de l'adulte doit seconder la compréhension du rachitisme rénal.

(Séance du 11 mars 1938)

Le phlycténo-glycose dans le diabète sucré. — MM. Gilbert-Dreyfus et Lamotte. Dans le diabète sucré, le rapport du phlycténo-glycose à la glycémie subit des modifications.

Ce rapport s'élève et peut atteindre + 20 p. 100 dans les diabètes hyperglycémiques et cela d'autant plus que l'hyperglycémie est plus élevée et le potentiel de la maladie plus accentué.

L'étude des variations du rapport phlycténo-hématique au cours d'un diabète pourra être un élément de jugement utile.

Septicémie à bacillus fragilis. — MM. Lemierre, Reilly et Daune. Femme qui après un avortement présenta un état fébrile dépassant 39°. L'état fébrile persista pendant 48 heures, céda progressivement ; guérison complète en huit jours. Hémoculture donna un germe anaérobie : *bacillus fragilis*. C'est un exemple de la bénignité parfois rapide de cette infection.

Cancer gastrique ulcériforme purement hémorragique. — MM. Gutmann, Charrier et Bertrand.

Un cas de cancer pylorique opéré au début, invisible sur la pièce. Confirmation histologique. — MM. Gosset, Gutmann, Bertrand et Garcia Calderon.

Fausse image cavitaire sur films stratigraphiques. — MM. Troisier, Bariéty et Hautefeuille.

Sclérose rénale maligne gauche après néphrectomie droite pour tuberculose rénale. — MM. Nicaud, Bolgert et Tanret.

Cinq observations d'embolies pulmonaires avec révélation anatomique. — MM. Ameuille, Fauvet et Monsaingeon.

Oblitération latente de l'artère pulmonaire chez un tuberculeux atteint de phlébites multiples. — MM. Ameuille, Meyer et Canetti.

Hépatomégalie polycorique et son évolution favorable. Présentation de malades. — MM. Debré, Semelaigne et Gilbrin.

Coxite gonococcique avec lésions osseuses. Les mutilations osseuses dans l'arthrite gonococcique de la hanche. — MM. Jacquet, Thieffry, Piton et Basset.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 29 janvier 1938)

Présentation d'appareils. — Soulier à semelles pneumatiques. — M. Wallet présente un soulier à semelles pneumatiques établi pour le soulagement et le traitement orthopédique des affections douloureuses de la plante du pied et en particulier de la maladie de Morton pour affaissement de la voûte transversale antérieure.

L'assécurose. — M. Laignel-Lavastine nomme assécurose (de *ad* vers, *sine* sans et *cura* souci) un état psychique spécial, issu de la loi sur les assurances sociales, et déterminé par la préoccupation d'obtenir au mieux cet état sans souci que doit créer une pension. L'assécurose est à la loi des assurances sociales ce que la sinistrose est à la loi sur les accidents du travail. Cette assécurose s'exprime par des manifestations relatives à l'extériorisation des troubles encore persistants, à l'appréciation de ces troubles par l'assuré, au désir de les entretenir ou au contraire, à la décision de passer outre pour reprendre du travail, ou en même temps la crainte qu'un passage trop brusque du repos au travail soit nuisible ou par son insuccès en entraînant une rechute ou par son succès en enlevant tout recours à pension, but plus ou moins conscient de tout assuré.

Cliniquement, l'assécurose se résume donc dans la préservation des troubles et le refuge dans la maladie. Pour la guérir, il faut donc s'adresser à la psychothérapie et à la réadaptation professionnelle. Un nouvel organisme médical social répondra bientôt à cette double indication biologique et sociale.

Le barbiturisme et son traitement. — M. Flandin.

A propos du membre-fantôme chez les amputés. — Le membre fantôme vingt-cinq ans après l'amputation. M. Molinéry rappelle, d'abord, la très remarquable communication de MM. Lhermitte et Susic (de Zagreb), sur l'évolution du membre-fantôme chez vingt-huit mutilés : persistance du membre (illusion ou hallucination), raccourcissement du membre, douleurs du moignon et du membre fantôme, plénitude physiologique du membre-fantôme et au cours du rêve. Essai d'explication de la persistance du mem-

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL

GÉNATROPINE



Digestions pénibles lentes et retardées

Insuffisance gastrique

bre-fantôme par le mécanisme du rêve : « Nous ne nous souvenons que de nous-même ». Pour le moment, il ne semble pas que l'hypertension, relevée chez les amputés, aide à résoudre le problème du membre-fantôme.

Traitement des septicémies par les autosérovaccins. — M. A. GRIMBERG décrit une technique nouvelle pour la vaccinothérapie des septicémies. Il obtient des autosérovaccins en ensemençant les microbes isolés chez le malade, dans du sérum du sujet lui-même. Cette méthode inoffensive lui a donné de beaux résultats, aussi bien chez l'animal que chez l'homme et il montre une très belle observation de gonococcémie très grave, guérie rapidement par ce procédé.

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1938)

Réflexions sur le passé, le présent et l'avenir de la chimiothérapie des maladies microbiennes, et en particulier celle de la blennorragie. — M. LEVADITI.

Traitement de la blennorragie par les sulfamides. — M. GALLIOT considère cette thérapeutique comme un grand progrès dans le traitement de la blennorragie, mais conseille la plus grande prudence dans l'administration des sulfamides et recommande au médecin de surveiller journellement son malade pendant tout le traitement.

Blennorragie et sulfamidés. — MM. Marcel PINARD, CHICHE et F.-M. LÉVY. Après comparaison avec certains corps, concluent à leur action favorable, particulièrement à celle du paramino-benzène sulfamide. Celui-ci donne de bons résultats, même à la période toute initiale de la maladie. Avec une surveillance médicale étroite, les accidents doivent être évités et les incidents sont rares. On peut envisager un gros pourcentage de guérisons de la blennorragie en quelques jours à la période de début et sans être obligé d'associer d'autres thérapeutiques.

Les corps antigonococciques en clinique. — M. SAUPHAR.

Des avantages et des inconvénients des para-amino-benzène sulfamidés. — M. LAVENANT estime que ces produits donnent des résultats remarquables dans le traitement de la blennorragie surtout subaiguë ou chronique. Mais les doses fortes sont susceptibles de provoquer de l'asthénie, de l'anémie et de la leucopénie. L'association aux grands lavages donne des résultats plus certains, avec diminution de la dose médicamenteuse. C'est une thérapeutique riche de promesses, mais qui demande à être surveillée de près pour éviter des accidents.

A propos de la chimiothérapie buccale nouvelle de la blennorragie. Premières impressions. — M. MARCEL. Après avoir parlé des résultats et après avoir signalé les incidents observés, l'auteur pour éviter que la nouvelle chimiothérapie tombe en discrédit, souhaite une expérimentation prolongée.

Chimiothérapie de la blennorragie par le para-amino-phényl-sulfamide. — M. P. BARBELLION expose ses recherches qui ont porté sur 120 cas de blennorragie. L'action sur le gonocoque donne des résultats intéressants, surtout dans les blennorragies prolongées ou chroniques, en adjonction au traitement local (85 % de guérisons), puis dans les blennorragies antérieures subaiguës avec le traitement « superabortif » P. A. P. S. + vaccin de Pasteur antigono + Visellinate d'argent (guérison en quelques jours dans 75 pour 100 des cas). L'action sur l'organisme se traduit souvent par de la fatigue, de la pâleur, rarement de la cyanose et de la cylindrurie. La formule sanguine est souvent troublée; le rein réagit souvent : diminution de l'élimination de la P. S. P., augmentation de la constante. La chimiothérapie ne sera pas automatiquement appliquée à toute blennorragie. La doxe maxima sera de 3 gr. par jour. La surveillance journalière du malade est obligatoire.

Traitement de la tuberculose par les sulfamides. — M. MARCOU propose contre toutes les suppurations bacillaires mixtes (B. K. + pyogènes strepto-staphylocoque), un traitement par les sulfamidés buccal et intraveineux. Le produit est bien supporté, même par les cachectiques. Il n'agit pas là où le B. K. est seul en action. Il paraît efficace contre la suppuration bacillaire de la peau, des os, et peut-être même viscérale. En tout cas, il arrête la diarrhée, et la surabondance de l'expectoration.

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1938)

Vœu. — La Société de médecine de Paris, à la suite de la séance qu'elle a consacrée à l'étude de la médication à base de dérivés organiques du soufre, principalement dans le traitement de la blennorragie, attire l'attention de ses membres sur l'action indéniable, quoique inconstante, de ces substances, et surtout sur leur toxicité, qui peut entraîner des accidents graves si le malade n'est pas scrupuleusement surveillé.

Elle demande à M. le ministre de la Santé publique, qui a pris l'heureuse initiative de convoquer une conférence dite de la « Chimiothérapie dans la blennorragie », d'interdire la vente libre des médicaments à base de dérivés organiques du soufre, et de prescrire aux laboratoires qui les fabriquent de réduire les doses thérapeutiques actuellement préconisées sur leur prospectus, qui devront obligatoirement mentionner les dangers graves qu'encourt tout malade non soumis à un contrôle régulier.

A propos de la communication de M. Marcou sur le traitement des injections associées à la tuberculose. — M. ROSENTHAL est d'avis, également, que dans ces cas, le traitement par les sulfamides doit être employé, car il donne des résultats.

Progrès de la prothèse en France depuis la guerre. — M. G. ROEDERER.

Essai d'une interprétation psycho-physiologique du membre fantôme des amputés. — M. HARTENBERG estime que le membre fantôme des amputés doit être considéré comme un souvenir du membre disparu, possédant deux propriétés exceptionnelles, l'intensité et la durée. Ces propriétés sont dues à deux causes : 1° d'une part, la profondeur des traces mnémoniques imprimées dans le centre sensoriel par la sensation permanente du membre durant toute la vie antérieure du sujet ; 2° d'autre part, les excitations continues, venues à la fois des extrémités des nerfs sectionnés et des centres cérébraux qui entretiennent l'évocation du souvenir dans la conscience. Cette conception explique toutes les particularités du membre fantôme, qui ne se comprennent que par l'intervention d'une image mnémonique. Par contre, les douleurs paraissent dues exclusivement à l'excitation périphérique de la cicatrice.

M. LOBLIGEOIS approuve, d'après son auto-observation, les conclusions de M. Hartenberg, et constate que les sensations qu'il éprouve sont sensiblement les mêmes qu'il y a onze ans, date de l'amputation, bien qu'elles aient tendance à s'estomper sous certains rapports.

M. LHERMITTE estime que ce qui montre bien que l'illusion des amputés répond bien à un processus psycho-physiologique, c'est que le membre fantôme se réalise chez des malades atteints de lésions cérébrales et même chez l'indi-

vidu sain dont l'attitude physique a été passivement modifiée.

M. SCHNEIDER appuie également d'après son auto-observation les conclusions de M. Lobligeois.

La carence de la théorie classique en présence de certains tracés électro-cardiographiques. — M. MONNIER.

Une loi de physio-traumatisme pulmonaire. — M. PETIT DE LA VILLEON.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1938)

Allocution du médecin général inspecteur SAVORNIN, président de la Société.

Pleurésie putride de la grande cavité gauche. — M. DUBAU présente un malade traité par résection de la 11e côte, pleurotomie et drainage à thorax ouvert. L'épanchement, à germes anaérobies, était d'un volume supérieur à 4 litres et entraînait une dextrocardie très accusée. Le point déclive par affaissement du diaphragme était à trois travers de doigt sous le lit costal réséqué, c'est-à-dire dans l'abdomen. Guérison complète en un mois.

Un cas de paraplégie au cours d'une granulie froide. — MM. PHYLACTOS et KOURETAS (d'Athènes) présentent l'observation d'un malade atteint de granulie froide qui se compliqua successivement d'arthrite du genou droit, d'une paraplégie spasmodique d'emblée, et en dernier lieu d'une orchi-épididymite. Les auteurs mettent la paraplégie sur le compte d'une myélite subaiguë avec arachnoïdite dont la nature bacillaire ne fait pas de doute.

Un cas de septicémie à « bacillus funduliformis ». — MM. MANIEL et VINZENT. Début par une angine ; évolution rapide sous l'aspect d'un état toxi-infectieux grave avec foyers de suppuration pulmonaire. Les auteurs ont noté l'intensité des frissons, suivis d'un état de collapsus extrême. La mise en œuvre d'un auto-vaccin parut agir momentanément sur l'infection.

Un cas de pseudo-kyste pancréatique d'origine traumatique. — M. MONOT a vu se développer chez un jeune sujet, quarante jours après un traumatisme abdominal ayant entraîné une rupture de la vessie, une tumeur kystique présentant les caractères cliniques d'une origine pancréatique. Une première intervention vérifie ce diagnostic en montrant l'existence d'une tuméfaction occupant l'arrière cavité des épiploous, puis le faux kyste est ouvert en pratiquant une brèche dans le mésocôlon transverse. Un drain est introduit dans l'arrière cavité. Le malade est soumis dans les suites opératoires à un régime antidiabétique sévère. Il reçoit 3/4 de milligramme d'atropine chaque jour. La fistule pancréatique est tarie un peu plus d'un mois après l'ouverture du kyste.

A propos d'un cas de hernie para-inguinale. — M. TOUZARD.

De quelques améliorations à apporter aux aménagements intérieurs des infirmeries régimentaires. — M. MUFFANG.

Un cas de luxation ouverte complexe métacarpo-phalangienne de l'index. — MM. DU BOURGUET et BOUILLE.

Syndrome purpurique hémorragique, complication d'une appendicite. — MM. HEURAUX et MARION.

LIVRES NOUVEAUX

Pasteur (1), par PASTEUR-VALLERY-RADOT.

M. Pasteur-Vallery-Radot, pieux historiographe de son illustre grand-père, a bien voulu m'adresser le nouveau volume qu'il vient de publier chez Hachette — dans la collection des *Vies illustres*. — Bien que destiné au grand public, ce livre n'est pas un livre de vulgarisation. Il est plutôt une introduction, qui donnera aux jeunes gens et au public le désir de pénétrer plus avant dans la connaissance de l'œuvre immortelle du Maître.

C'est dans l'intimité de Pasteur que nous admet, d'emblée, son historiographe. Devant cette vie si simple, si noble et si laborieuse, comment ne pas être saisi de respect et d'admiration. Le lecteur se trouve dès lors bien préparé à lire avec recueillement les chapitres consacrés aux travaux de Pasteur, depuis les fermentations et les maladies des vers à soie, jusqu'à la théorie des germes et aux vaccins.

A la fin du volume, Pasteur-Vallery-Radot rappelle le jubilé de son grand-père. Il lui consacre seulement quelques lignes. C'est trop de modestie. Ceux qui ont pu voir, comme nous, le Président Carnot aller au-devant de l'illustre vieillard et le guider vers un fauteuil, ceux qui ont vu le grand Lister s'élancer pour embrasser le Maître qui avait été pour lui le révélateur, ont gardé de ce jubilé un souvenir ineffaçable. L'apothéose n'était-elle pas la juste réparation d'une trop longue incrédulité ?...

Au Palais de la Recherche, l'an dernier, les œuvres complètes de Pasteur, réunies par son petit-fils, étaient exposées. On sait que ces volumes furent littéralement *usés* à force d'être feuilletés par des mains pieuses, sans doute, mais peut-être maladroites. Un admirateur enthousiaste déroba même un volume...

Cette faveur populaire nous garantit le grand succès qui est assuré au nouveau livre de notre collègue et ami.

F. L. S.

La maladie de Lobstein (le syndrome des sclérotiques bleues dans ses rapports avec la fragilité osseuse et l'hérédo-syphilis), par MM. le professeur CARRIÈRE, le professeur agrégé HURIEZ et W. HOCQ (2).

L'analyse d'un nombre important d'observations personnelles et la confrontation de ces données originales avec celles tirées d'une revue générale du sujet incite les auteurs à formuler les conclusions suivantes :

— La maladie de Lobstein n'est pas aussi exceptionnelle que le laissaient supposer les descriptions classiques.

— La caractéristique dominante en est le syndrome des sclérotiques bleues et non la fragilité osseuse qui avait valu à cette dystrophie le nom d'ostéopsathyrose ; le cadre de l'affection s'en trouve singulièrement élargi.

L'étude de formes complètes a conduit les auteurs à isoler cinq grands syndromes : oculaire, osseux, articulaire, auriculaire et endocrinien. Ils soulignent la fréquence de formes incomplètes, oligosymptomatiques (auriculaires-ostéodystrophiques et articulaires) d'une affection dont ils ont dépisté de nombreuses formes monosympathiques, oculaires pures. L'unité de toutes ces formes cliniques est maintenue par la constance du stigmate oculaire et par la fréquence du caractère hérédo-familial. Mais surtout les auteurs insistent longuement sur tous les arguments qui permettent, selon eux, de considérer la teinte bleue des sclérotiques, qu'elle soit isolée ou associée à des troubles

(1) Un vol. in-8 de 62 pages. Collection *les Vies illustres*. Hachette, éditeur, Paris, 1938.

(2) Un vol. in-8 de 163 pages, 29 clichés. Doin, éditeur, 1938. Prix : 40 fr.

auditifs et à la fragilité osseuse de l'ostéopsathyrose classique, comme un véritable stigmate d'hérédo-syphilis.

Ces notions sont génératrices de deux indications thérapeutiques dans une affection contre laquelle il fallait s'avouer désarmé ; le traitement antisyphilitique n'est guère capable d'améliorer le syndrome établi, mais il doit être tenté pour arrêter la propagation de cette dystrophie héréditaire. Enfin, au cas de formes complètes évolutives, les auteurs ont été amenés à proposer la parathyroïdectomie, qui s'est seule montrée capable d'enrayer la fragilité osseuse de deux de leurs sujets à sclérotiques bleues.

Le traitement du rhumatisme gonococcique, par le docteur Maurice DÉROT, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté (1).

Bien que l'affection du rhumatisme gonococcique ait été pressentie par le médecin hollandais P. Van Forest, c'est en fait en 1866 et 1867 que la conception d'un rhumatisme gonococcique distinct de la maladie de Bouillaud a prévalu.

Ce qui fait la gravité de cette maladie, c'est le risque de séquelles graves d'ankylose articulaire. Pour éviter cette évolution redoutable, bien des thérapeutiques ont été mises en œuvre : vaccins, sérums, chimiothérapie, agents physiques, eaux minérales, interventions chirurgicales ont tour à tour été prônés. Mais le but que s'est proposé l'auteur dans ce volume est moins de dresser une liste complète de ces thérapeutiques, que de préciser les indications des plus utiles d'entre elles. C'est ce qu'il a su réaliser d'après un plan simple et clair.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (professeur F. RATHERY). — Lundi 18 avril. 9 h. M. SALLET : Leçon de séméiologie cardio-vasculaire.

Mardi 19 avril. 9 h. M. BACHMANN : Leçon de séméiologie digestive. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Diabète, nutrition, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 20 avril. 9 h. M. X... : Leçon de séméiologie nerveuse. — 1 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : maladies du rein.

Jeudi 21 avril. 9 h.: M. DE TRAVERSE : Leçon de chimie biologique. — 10 h. 30. M. F. RATHERY : leçon clinique : diabète et acromégalie.

Vendredi 22 avril. 9 h. M. BARGETON : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Diabète, nutrition, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 23 avril. 9 h. M. J. FERROIR : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Dimanche 24 avril. 10 h. 30. Conférence : M. BARGETON : Traitement des accidents par électrocution.

TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les séries de révision des travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le mardi 3 mai 1938, à 15 heures, dans les salles de microscopie, escalier B, 4e étage. Elles comprendront onze séances.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat, guichet N° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

La mise en série sera faite au bureau du chef des travaux pratiques, sur présentation de la quittance, tous les jours, de 14 à 18 heures, jusqu'au mercredi 27 avril inclus. *Passé cette date, aucune inscription ne sera plus admise.*

Les listes de mise en série seront affichées le lundi 2 mai, au laboratoire.

Le droit d'inscription est de 50 francs. En outre, une consignation de 50 francs pour les boîtes de coupes devra être déposée le jour de la 1re séance.

Il ne sera plus délivré aucune boîte pendant les séances ultérieures.

CONFÉRENCES GRATUITES ORGANISÉES A L'HÔPITAL FOCH (60, rue Vergniaud, Paris). — *Tuberculose pulmonaire et osseuse :*

1er mai 1938, de 9 h. 30 à 10 h. 15 : M. Pierre BOURGEOIS, Indications, possibilités et limites de la chirurgie thoracique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — De 10 h. 15 à 11 h. : M. CALVÉ, Généralités sur les tuberculoses osseuses. — De 11 h. à 11 h. 45 : M. COULAUD, Le B.C.G.

8 mai 1938, de 9 h. 30 à 10 h. 15 : M. BRISSAUD, Pleuroscopies et sections de brides. — De 10 h. 15 à 11 h. : M. LAMY. Diagnostic et traitement du mal de Pott. — De 11 heures à 11 h. 45 : M. SICARD. Le traitement chirurgical des cavernes du sommet.

15 mai 1938, de 9 h. 30 à 10 h. 15 : M. LEROUX-ROBERT. La tuberculose laryngo-pulmonaire : son traitement laryngé. — De 10 h. 15 à 11 h. : M. GALLAND, La coxalgie : diagnostic et traitement. — De 11 h. à 11 h. 45 : M. SICARD, Le traitement chirurgical des cavernes de la base.

22 mai 1938, de 9 h. 30 à 10 h. 15 : M. LEBEL, Le pneumothorax extrapleural chirurgical. — De 10 h. 15 à 11 h. : M. COULAUD, Le pneumothorax bilatéral. — De 11 h. à 11 h. 45 : M. Pierre BOURGEOIS, Le repérage radiologique des lésions pulmonaires.

29 mai 1938, de 9 h. 30 à 10 h. 15 : M. DE CAGNY, Tumeur blanche du genou. Diagnostic et traitement. — De 10 h. 15 à 11 h. : M. Pierre BOURGEOIS, Les tuberculoses mixtes : (osseuses et pulmonaires associées). — De 11 heures à 11 h. 45 : M. COULAUD, Les tuberculines : leur emploi dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 27 avril. — Jury : MM. Loeper, président ; Fiessinger, Aubertin, Sézary. — M. MONIMART. Contribution à l'étude comparative de quelques méthodes anciennes et nouvelles d'alimentation des nourrissons. — M. PENIT. Contribution à l'étude de la carence en vitamine C au cours de l'insuffisance surrénale. — Mlle PERLEMAN. Contribution à l'étude de l'administration prolongée des diurétiques organo-mercuriels.

Jeudi 28 avril. — Jury : MM. Crouzon, président ; Lenormant, Maurice Villaret, Moulonguet. — M. DAUM. Le pronostic des tumeurs du nerf auditif. — M. DOUVION. Contribution à l'étude des hernies épigastriques. — M. VERLIAC. Indications des sections de brides endopleurales par l'opération de Jacobaeus.

Jeudi 28 avril. — (Thèse vétérinaire). Jury : MM. Tanon, président ; Lesbouyriès, Robin. — M. AYCHET. Une des entérites toxiques des agneaux.

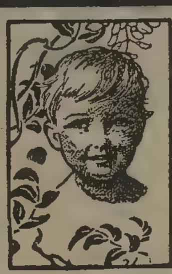
Samedi 30 avril. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Tanon, Moreau. — M. LEBRETON. Pneumopathies pseudo-tuberculeuses. — M. DELORT. A propos de certaines formes de cirrhoses atrophiques subaiguës.

(1) Un volume gr. in-8° de 44 pages. Prix : 15 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.





N° 32. — MERCREDI 20 avril 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Maison départementale de Nanterre. — Un concours pour l'admission à cinq emplois d'interne titulaire en médecine et en chirurgie à la maison départementale de Nanterre, et à cinq places éventuelles d'interne provisoire, aura lieu prochainement à une date qui sera fixée ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès à présent à la préfecture de police (direction du personnel) où tous renseignements seront fournis aux candidats. Il sera définitivement clos le 30 avril 1938 à midi.

Ministère de la Santé publique. — *Conseil supérieur d'hygiène sociale.* — La répartition des membres du Conseil supérieur d'hygiène sociale, autres que les membres de droit, dans les différentes commissions, est ainsi établie :

1re COMMISSION. — *Tuberculose*

MM. Armand Delille, le professeur Courmont, Poix, le professeur Declerq, Brouardel, Guérin, Guinard, Garczinski, Grimald, Ameuille, Aublant, Brisac, Calvé, Courcoux, Hazemann, le professeur Sergent, Cibrie, Hilaire, Godard, Lumière.

2e COMMISSION. — *Maladies vénériennes*

MM. Bertin, Boisseau, Yves Bureau, le professeur Castaigne, Flandin, le professeur Gaujoux, Girard, Laurent, Levaditi, Lévy-Bing, Millian, Massot, Marcland, Nanta, Marcel Pinard, le professeur Pautrier, Payenneville, Sezary, Vernes, Weissenbach, le professeur Petges, le professeur Spillmann, le professeur Nicolas, le professeur Favre, le professeur Margarot, Durand, Clerc, Cibrie, Hilaire, Le Blaye, le médecin inspecteur général Sorel, le professeur Tanon, Hazemann, Mme Avril de Sainte-Croix, MM Desmars, Ravaut.

3e COMMISSION. — *Cancer*

MM. le professeur Bérard, le professeur Delbet, Techoueyres, le professeur Ducuing, Florentin, Gauduchau, Imbert, Hazemann, le professeur Lambret, Gosselin, Gunsett, Beclère, le professeur Papin, le professeur Rechou, Cibrie, Hilaire, Grynfelt, Marquis, le professeur Bar, Hartmann.

4e COMMISSION. — *Rhumatisme*

MM. Hazemann, Costes, Cibrie, Hilaire, Mathieu-Pierre Weil, Milliès-Lacroix, Weissenbach.

5e COMMISSION. — *Infirmières et assistantes sociales*

MM. Armand Delille, Dyard, Hazemann, Mme Guetting, M. le professeur Courmont, Mmes Mascart, Brunschwicg, Mlles de Cuverville, Cremer, de Joannis, MM. Merma, Weill-Hallé, Dujarric de la Rivière, Aublant, Brisac, Mmes Eliane Brault, Vialiatte, MM. Cibrie, Hilaire, Mme Engeringh, MM. de Lillers, le professeur Rocaz, Mmes Barbier-Hugo, Rozagout, M. Grunebaum-Ballin.

6e COMMISSION. — *Propagande et documentation*

MM. Marcel Pinard, Lévy-Bing, Mme Brunschwicg, M. Claude Lévy, Mme Mascart, MM. le professeur Chavigny, Dujarric de la Rivière, Brisac, Cibrie, Hilaire, Richard, Hazemann, Ramon.

7e COMMISSION. — *Coordination sanitaire et sociale*

MM. le professeur Leclerq, le professeur Lambret, le professeur Crouzon, Claude Lévy, Merma, le professeur Courmont, Garczinski, Hazemann, Grimald, Dujarric de la Rivière, Brisac, Cibrie, Hilaire, Dreyfus, Heller, Godard, le professeur Rochaix, Louis Martin, Achard.

Ministère de l'Education nationale. — Par décret en date du 8 avril 1938, le palais de la découverte est rattaché à la caisse nationale de la recherche scientifique.

Guerre. — La médaille des épidémies en vermeil a été décernée à M. l'élève officier de réserve (médecin) Baysse (François), de la 32e section d'infirmiers militaires.

L'Office de l'Huile en Tunisie, d'accord avec M. le Résident général du Protectorat français, a mis à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 10.000 fr. pour récompenser, en novembre 1938, le meilleur travail sur diverses utilisations de l'huile d'olive en thérapeutique ou encore sur une nouvelle action de ce produit.

Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de l'Académie, avant le 15 octobre prochain.

Une commission chargée de susciter des candidatures et de les juger a été nommée par l'Académie. En font partie : MM. Lapicque, Perrot, Delépine, Lesné, Bertrand, Lœper et André Mayer.

Institut d'hygiène de la Faculté de médecine. — Un cours préparatoire à *l'examen d'aptitude aux fonctions du médecin breveté de la marine marchande* aura lieu sous la direction du professeur Tanon, du 27 mai au 11 juin.

Renseignements au laboratoire d'hygiène.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Louis-Henri Debayle, ancien interne des hôpitaux de Paris (1889), correspondant national de l'Académie de médecine (section de chirurgie), doyen et professeur à l'Ecole de médecine de Léon (Nicaragua).

— Le docteur Alfred Zuber à Paris.

CHRONIQUE

LES VOIX LATINES

« CE QUE J'AI VU AU MEXIQUE AU COURS DE MES MISSIONS »

Conférence de M. André LATARJET,

professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Le mercredi 30 mars 1938, à 21 heures précises, dans l'élégante salle de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, sous les auspices de l'UMFIA, et sous la présidence de S. Exc. F. de la Barra, ancien Président de la République du Mexique, le professeur A. Latarjet a fait une conférence, sur le sujet suivant : *Ce que j'ai vu au Mexique au cours de mes missions.*

Le docteur Dartigues, Président de l'UMFIA ou Union médicale latine, en termes éloquents présenta le savant anatomiste, qui a donné son nom à la salle de dissection de la Faculté de médecine de Mexico.

Le professeur Latarjet, après avoir rappelé la situation géographique du Mexique et donné quelques indications sur son histoire, a exposé ses impressions sur ce pays où se heurtent tous les contrastes, contrastes des paysages, contrastes des produits du sol, contrastes des civilisations successives, contrastes des types humains.

L'arrivée à Mexico, soit par la route des Etats-Unis, soit par le chemin de fer qui, de Vera-Cruz, gravit en quelques heures les hautes cimes de la Cordillière, permet déjà de contempler la variété des sites et des hommes. La capitale, avec ses immenses quartiers modernes, ses faubourgs indigènes, ses marchés si pittoresques, ses vestiges de la civilisation aztèque, ses églises de l'époque coloniale, son paysage dominé par les grands volcans neigeux, ses environs fleuris, captive le touriste. Au cours de ses missions, M. Latarjet a pu pénétrer dans les milieux les plus intéressants de cette cité, qui compte plus de 2 millions d'habitants. Il note l'influence considérable de la colonie française restée si vivante, si accueillante, si intimement unie par ses sentiments au pays natal. Non contente d'occuper une place prépondérante dans le domaine de l'industrie, du commerce, la colonie française joue un rôle actif dans le maintien de notre culture. L'Alliance française, le Club-France sont des foyers ardents.

Non moins accueillants sont les médecins mexicains. L'organisation de la Faculté de médecine, celle des hôpitaux, les œuvres d'hygiène sociale témoignent de la qualité scientifique des professeurs et des praticiens, disciples directs de la médecine française.

Le conférencier insiste sur la nécessité de faciliter le séjour en France de nos confrères, sollicités aujourd'hui par les Universités américaines ou par des nations européennes qui essaient de substituer leur action à la nôtre, par des avantages matériels appréciables. Il est encore temps de garder notre prépondérance, mais il faut se hâter.

Dans l'organisation de la mission biotypologique qu'il présidait en l'absence du professeur Laugier, le professeur Latarjet n'a eu qu'à se féliciter de l'accueil des autorités gouvernementales, qui ont facilité le travail de la Mission française chargée d'étudier une race indigène restée à peu près pure : les Otomis. Une collaboration des plus étroites s'est rapidement établie entre les chercheurs français et leurs collègues mexicains anthropologistes, ethnographes, et la Société de psychopédagogie.

Au cours de la conférence, furent projetées des vues des vestiges magnifiques des anciennes civilisations aztèque et toltèque. La vie actuelle des indigènes est rendue vivante par la description des petits villages, des marchés et des objets usuels indigènes.

En terminant, le conférencier a montré quelques-uns des types étudiés par la Mission biotypologique qu'il présidait.

Son Exc. F. de la Barra, ancien Président de la République du Mexique, remercia très chaleureusement les docteurs Dartigues, président-fondateur de l'UMFIA, et Bandelac de Pariente, vice-président-fondateur, organisateurs de cette soirée, et il exalta l'œuvre si utile de l'UMFIA, au point de vue des relations internationales dans le monde latin, et en particulier avec l'Amérique. S. Exc. F. de la Barra remercia tout particulièrement le professeur A. Latarjet ; il voulut bien lui dire toute sa gratitude pour la façon intéressante, substantielle, dont il venait de nous parler de son pays : le Mexique.

Parmi les personnalités présentes, nous avons reconnu MM. Nuñez Dominguez, Directeur du Musée de Mexico ; les professeurs Léon Bertrand, Rouvière ; les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente, Rivière, Noir, Cibrie, Chauvois, Bruder, Faulong, etc...

Cette conférence a été organisée avec le concours de la Société parisienne d'Expansion chimique.

C.

SYNDROMES DIENCÉPHALO-HYPOPHYSAIRES ET RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Par MM. G. CARRIÈRE et P.-J. GINESTE (de Lille)

Les travaux récents ont élargi de plus en plus le cadre de la maladie de Bouillaud ; à côté des complications nerveuses que résumait classiquement le rhumatisme cérébral, on a noté fréquemment des troubles neuro-végétatifs, des manifestations endocriniennes.

Vincent a signalé le premier la fréquence des modifications thyroïdiennes au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Plus récemment encore, on a établi un rapprochement entre la maladie de Bouillaud et l'apparition de certains diabètes, de certains états de dystonie vago-sympathique (Van Bogaert et Jean Mage).

L'observation que nous rapportons ici vient compléter les notions précédentes en montrant l'évolution, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, d'un syndrome neuro-végétatif complexe caractérisé par l'association d'un diabète insipide, d'une obésité du type diencéphalique, et d'un état d'hypervagotonie.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme âgée aujourd'hui de 38 ans, B... Louise, célibataire, caissière dans un restaurant.

L'affection dont elle souffre débute au mois d'août 1927.

Un jour, elle est prise subitement de douleurs dans un genou, qui gonfle et prend une teinte rosée ; la température s'élève à 39° et la malade doit s'aliter.

Le lendemain, l'autre genou est pris ; un médecin est consulté, il porte le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et donne une potion renfermant des doses croissantes de salicylate, passant de 4 gr. le premier jour à 8 gr. le cinquième jour.

D'autres articulations sont prises successivement par le rhumatisme ; les tibio-tarsiennes, les poignets, les coudes.

Vers le 20e jour, les symptômes commençaient à se calmer quand le médecin traitant lui-même tombe malade à son tour. Pendant une dizaine de jours, notre rhumatisante reste sans soins médicaux et ne prend plus sa potion salicylée.

Les phénomènes inflammatoires redoublent d'activité, s'étendant à la plupart des articulations.

Et un nouveau symptôme fait son apparition : une soif intense, inextinguible, forçant la malade à absorber sans arrêt des litres et des litres d'eau. C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'hôpital le 29 août 1927.

A ce moment, l'examen met en évidence trois ordres de symptômes :

1° Une *polyarthrite généralisée*, relevant évidemment du rhumatisme articulaire aigu ; arthrites atteignant les grosses articulations des membres, mobiles et fugaces dans leur évolution ; accompagnées d'un œdème rosé et de légers épanchements synoviaux ; douloureuses spontanément, à la pression et à la mobilisation.

2° Des modifications du rythme et du timbre des bruits du cœur ; le rythme est rapide, à 120 pulsations par minute, du type embryocardique ; les bruits sont assourdis, mais sans souffle orificiel ou péricardique surajouté. La tension artérielle est basse : 12/7 indice 3.

3° Une *polyurie* extrêmement marquée, variant entre 8 et 10 litres, s'accompagnant d'une *polydypsie* intense. La malade ne peut rester deux heures sans boire ; elle se réveille 5 à 6 fois la nuit, la bouche desséchée, avec des besoins impérieux d'uriner.

Si elle résiste un moment à sa soif, elle ressent bientôt une impression de malaise et d'angoisse, puis une sécheresse totale des muqueuses, une dyspnée intense et rapidement intolérable : tous ces signes sont apaisés instantanément par l'absorption d'une forte quantité d'eau.

L'injection sous-cutanée de 10 unités d'extrait post-hypophysaire Choay abaisse la diurèse à 3 litres pendant 24 heures environ. Les urines ne renfermant ni sucre ni albumine, l'ensemble réalise donc l'aspect classique du *diabète insipide.*

Ce tableau est complété par une fièvre irrégulière, variant entre 38° et 39°1. Il n'y a aucun symptôme respiratoire ; l'examen neurologique est entièrement négatif.

Un traitement par la crésopirine est institué : 6 grammes par jour en cachets. L'amélioration des signes articulaires est rapide : le gonflement, la douleur disparaissent en 4 à 5 jours. La température revient progressivement à la normale, le pouls s'abaisse jusqu'à 80 pulsations par minute, seuls les bruits du cœur restent toujours éteints.

Le 18 *septembre* 1927, la malade sort de l'hôpital ; aucun trouble articulaire ne subsiste, mais on poursuit un traitement d'entretien : 4 grammes de crésopirine par jour. Dans les semaines qui suivent, la soif commence à s'apaiser ; le taux des urines baisse, et vers la fin d'octobre 1927 le diabète insipide a complètement disparu.

On s'aperçoit alors d'un phénomène nouveau : cette femme de 28 ans, d'assez petite taille — elle mesure 1 m. 52 — avait toujours été très mince ; son poids moyen variait entre 48 et 50 kg. Or, malgré le régime sévère qu'elle suivait depuis trois mois environ, malgré son état infectieux, les phénomènes douloureux, et l'insomnie provoquée aussi bien par la polyurie que par la douleur, *elle avait engraissé de 10 kg. depuis le début de sa maladie.* La courbe du poids continua d'ailleurs de s'élever, et au début de 1928, la malade pesait 85 kg. : elle avait gagné 35 kg. en 6 mois environ sans qu'elle ait remarqué au cours de toute cette période une exagération quelconque de son appétit.

Un moment stationnaire, la courbe pondérale commence ensuite à s'abaisser, et le poids se fixe vers 70 kg. environ à la fin de 1928.

Pendant dix ans, cette femme a mené une existence normale : elle a présenté deux grossesses, la première en 1930, la seconde en 1933. Le premier enfant est vivant et bien portant. Le second est mort à sa naissance ; il pesait 4 kilos 500 et l'accouchement fut, paraît-il, très laborieux.

***

C'est vers le mois de *septembre* 1937 que débute le deuxième épisode de cette observation.

A ce moment, on voit apparaître quelques douleurs articulaires fugaces, se localisant tantôt au niveau des épaules et des coudes, tantôt au niveau des genoux. Ces *phénomènes douloureux* durent quelques heures, sans signes objectifs, mais s'accompagnent de petits mouvements fébriles à 38°2 ou 38°5, marqués par des sueurs abondantes, des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, des sensations de cryesthésie. *La soif* fait bientôt son apparition, augmentant un peu plus chaque jour ; *le taux des urines atteint 7 à 8 litres par jour* à la fin du mois d'octobre, six semaines environ après le début des phénomènes articulaires.

Le 23 *décembre* 1937, la malade se présente à la consultation externe de l'Hôpital Saint-Sauveur.

Un symptôme nous frappe au premier abord : cette femme est une OBÈSE. Elle pèse aujourd'hui 84 kg. pour une taille de 1 m. 52, ayant engraissé de 14 kg. depuis 3 mois environ.

C'est une obésité relevant plutôt du type proximal : l'abdomen et le thorax sont globuleux, boursouflés de graisse, les seins sont énormes. Par contre, les cuisses et les bras ne sont pas particulièrement volumineux, le cou et la face ne semblent pas bouffis. Le teint de la malade est plutôt pâle.

L'appétit est modéré ; mais *la soif est extrême :* 10 à 12 litres d'eau par jour. Actuellement, les douleurs sont localisées au genou droit et aux deux épaules : on ne note aucun signe objectif au niveau des articulations qui sont très douloureuses à la mobilisation active ou passive.

A l'*examen du système nerveux,* on note une *mydriase* assez marquée ; les pupilles sont égales et régulières, réagissent bien à l'accommodation et à la lumière. L'examen du fond d'œil est négatif.

Le réflexe oculo-cardiaque donne le résultat suivant :

Avant compression	88
Après compression oculaire	62

Il est donc nettement exagéré.

Il existe une *acrocyanose* accentuée au niveau des mains, avec persistance de la tache blanche après la pression. La malade est nerveuse et impressionnable, mais on ne note pas de tremblement émotif.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Il n'y a aucun trouble sensitif.

L'examen des autres appareils apporte peu de renseignements : l'appareil respiratoire est normal ; le foie ne déborde pas le rebord costal, la rate n'est pas percutable ; l'auscultation du cœur montre des bruits un peu assourdis, sans souffle surajouté.

La tension artérielle est basse : 11 1/2/7 indice : 3.

Par contre, il existe des troubles importants dans le domaine génito-urinaire.

Le *tableau de diabète insipide* est tout à fait classique : polyurie à 8 ou 10 litres par jour, à prédominance nocturne, sans glycosurie.

Au cours d'une période de 3 heures environ qu'elle passe dans le service, la malade doit s'absenter deux fois pour boire et pour uriner.

De plus, il existe des symptômes très nets d'*hyperovarie* d'apparition très récente. Jusqu'au mois de septembre dernier, les règles étaient normales dans leur abondance et leur durée. Depuis cette date — coïncidant avec la seconde poussée des phénomènes polyuriques et arthralgiques — les règles sont devenues irrégulières, et plus fréquentes : elles surviennent avec 4 à 5 jours d'avance. Mais surtout elles sont extrêmement abondantes et durent chaque fois 6 à 8 jours.

Il n'y a pas de leucorrhée ; l'examen gynécologique est négatif.

Un certain nombre d'épreuves de laboratoire ont été pratiquées.

Urines : sucre, 0 ; albumine, 0 ; acétone, 0.

	Par litre	Par 24 heures
Chlorures	1 gr. 10	8 gr. 80
Phosphates	0 gr. 24	1 gr. 96
Azote total	1 gr. 78	14 gr. 24
Acide urique	0 gr. 02	0 gr. 16

Sang : Azotémie : 0,165 *Chlorurémie :* 5 gr. 79.
Glycémie à jeun : 0 gr. 71 (Méth. de Baudouin)

Epreuve de l'hyperglycémie provoquée :
(Après ingestion de 50 gr. de sucre)

1 heure	0 gr. 84
2 heures	0 gr. 69
3 heures	0 gr. 63

Examen hématologique :
hémoglobine : 85 %.
leucocytes : 8.000.
hématies : 4.000.000.

Formule leucocytaire :
lymphocytes : 6.
moyens mononucléaires : 22
grands mononucléaires : 2.
polynucléaires neutrophiles : 66.
polynucléaires basophiles : 1.
myélocytes neutrophiles : 1.

Métabolisme de base : + 12,9 %.

La malade a refusé la ponction lombaire.

Epreuve de la pilocarpine : l'injection sous-cutanée de 1 demi-centigramme de pilocarpine détermine au bout de dix minutes une sudation intense surtout marquée aux extrémités, accompagnée d'une impression de malaise, d'angoisse et de tremblements.

La sensation de soif augmente fortement, et à la 20e minute, la malade présente une crise diarrhéique avec une miction de trois quarts de litre environ.

Les phénomènes se calment progressivement, et à la 43e minute, nouvelle miction impérieuse d'un demi-litre environ. Puis tout rentre dans l'ordre.

L'absorption par voie nasale d'un tube de *poudre post-hypophysaire Choay* produit une chute brusque et transitoire de la diurèse qui tombe de 9 litres à 2 litres 1/2 dans les 24 heures qui suivent, pour remonter ensuite à son taux initial.

L'*examen radiologique* du crâne enfin montre une selle parfaitement normale.

L'*évolution de la maladie* s'est rapidement modifiée sous l'influence du traitement.

A partir du 27 décembre 1937, la malade prend chaque jour 6 grammes de crésopirine. Le 12 janvier 1938, elle revient à la consultation : les douleurs articulaires et les poussées fébriles ont disparu, la diurèse est toujours de 6 à 8 litres par jour ; on continue le traitement.

Le 17 janvier, la polyurie disparaît brusquement : le taux des urines tombe à 2 litres par jour environ, la polydypsie s'apaise.

Le 26 janvier, aucun nouveau symptôme ne s'étant manifesté, la malade reprend son travail.

Si nous résumons la symptomatologie complexe renfermée dans cette observation, nous parvenons à mettre en évidence plusieurs syndromes qui paraissent étroitement liés dans leur étiologie et leur évolution.

1° *Le rhumatisme articulaire aigu* est caractéristique : l'allure clinique des arthrites, leur évolution favorable sous l'action du traitement par le salicylate de soude et la crésopirine lors de la première poussée, l'absence de séquelles, l'atteinte cardiaque, et enfin la récidive récente permettent de poser aisément le diagnostic.

2° Aussi facile est le diagnostic du *diabète insipide ;* notons simplement les conditions très spéciales dans lesquelles il s'est manifesté : sa première apparition date d'une aggravation survenue au cours de la pre-

mière poussée rhumatismale, sous l'effet d'une interruption intempestive du traitement salicylé. Il a disparu en même temps que le rhumatisme sous l'influence du traitement par la crésopirine. Quant à son deuxième épisode, il est exactement calqué sur le premier : apparition simultanée à celle des arthrites, régression sous l'influence du traitement rhumatismal.

3° L'*obésité* présentée par la malade appartient au même type que les *obésités diencéphalo-hypophysaires :* adiposité atteignant presque uniquement le thorax et l'abdomen, laissant intactes les extrémités des membres. C'est une obésité d'apparition aiguë, et dont l'évolution chronologique cadre assez exactement avec celle des arthralgies et des troubles de la diurèse.

4° Aux syndromes précédents se surajoute un état de *dystonie neuro-végétative* à *prédominance vagale* marqué par le myosis, l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, l'acrocyanose et la sudation des extrémités, l'exagération de la réaction à la pilocarpine. Il faut y joindre une tendance à l'hypoglycémie à jeun et l'allure spéciale de la courbe d'hypoglycémie provoquée : faible élévation du taux de la glycémie, suivie d'une phase prolongée d'hypoglycémie secondaire.

L'association du diabète insipide et des états d'hypervagotonie a été fréquemment signalée : Roussy et Mosinger, Marinesco, Gianotti.

L'observation simultanée de la polyurie, de l'obésité et de l'hypervagotonie constitue donc un argument supplémentaire en faveur de l'origine diencéphalo-hypophysaire de ces trois éléments.

5° Enfin, nous avons noté l'apparition récente d'un état d'hyperovarie, contrastant avec l'insuffisance génitale qui accompagne habituellement les obésités neuro-endocriniennes.

Comme les symptômes précédents, ces derniers signes sont survenus à l'occasion d'une poussée rhumatismale et paraissent liés aux perturbations de la région diencéphalo-hypophysaire qui accompagne chacune de ces poussées, traduisant son atteinte élective par le rhumatisme articulaire aigu.

***

A côté des complications nerveuses classiques du rhumatisme, il nous semble donc possible d'individualiser un groupe de complications vago-sympathiques et endocrino-végétatives qui pourraient se ranger sous deux chefs :

1° *Syndromes de dystonie vago-sympathique pure.* (A. van Bogaert et J. Mage).

Il faudrait y rattacher les manifestations cardio-vasculaires réflexes du début du rhumatisme : souffles fonctionnels et anorganiques de la base, bradycardie sinusale, augmentation de la pression différentielle, hypotonie artérielle avec impulsion cardiaque brusque se traduisant par une élévation de l'indice oscillométrique.

S'y rapporteraient également certains symptômes d'instabilité vaso-motrice tels que la sudation profuse des rhumatisants, les taches cutanées vaso-paralytiques sur un fond de pâleur, l'acrocyanose. Parfois, des crises d'asthme viennent compléter le tableau clinique.

Le réflexe oculo-cardiaque donne des résultats variables : cependant, lorsque ces symptômes sont très nets, ils permettent souvent de penser, comme dans notre observation, à une prédominance du vague.

2° *Syndromes de dystonie végétative et endocrinienne.*

Nous rangeons sous ce titre les *phénomènes disthyroïdiens* précoces ou tardifs, accompagnés parfois de sclérodermie qu'ont signalés Ord, Vincent, Mendel, Marfan et Zuber ; les cas de *diabète sucré* (Catelli), les *troubles du fonctionnement génital, les syndromes diencéphalo-hypophysaires* dont nous avons plus haut rapporté un exemple.

Si l'on excepte les cas relativement rares où la localisation glandulaire est avérée (thyroïdite rhumatismale avec douleur spontanée et infiltration congestive du corps thyroïde), il paraît intéressant de réunir des phénomènes aussi divers dans le cadre d'une *encéphalite rhumatismale* dont la symptomatologie varierait avec la topographie des lésions : ainsi le rhumatisme vertébral, les complications vago-sympathiques et endocrino-végétatives, la chorée rhumatismale, les syndromes bulbo-protubéranciels ou médullaires cités par certains auteurs (Froment et Brun) répondraient à des étages différents de la lésion encéphalitique.

Cette encéphalite aurait, selon Van Bogaert et J. Mage, un tropisme particulier pour le mésocéphale : il faut en voir la preuve dans la fréquence de la chorée rhumatismale et des complications vago-sympathiques. Dans ce cas, le diabète insipide, l'obésité, les troubles génitaux s'expliquent aisément par une propagation supérieure des lésions inflammatoires vers les noyaux du tuber. Et les corrélations étroites qui unissent le diencéphale et l'hypophyse permettent d'attribuer une interprétation identique aux séquelles endocriniennes du rhumatisme articulaire aigu.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUBERTIN. *Thèse*, Paris, 1911.
2. BABONNEIX. *Académie de médecine*, juillet 1936.
3. CATELLI. *Giorn. di med. pr.*, juillet 1935.
4. DUCASSE. *Thèse* de Paris, 1919-1920.
5. FROMENT et BRUN. *Lyon Médical*, 11 octobre 1936 ; 7 juin 1937.
6. VAN BOGAERT et MAGE (J.). *Annales de Médecine*, 1930, t. 27, page 54.
7. VINCENT (H.). *Bulletin et Mémoires de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 1908, p. 357-361.
8. WAREMBOURG et LAINÉ. *Gazette des Hôpitaux*, 1937.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La pathologie des œdèmes, confrontation des théories à la clinique, par Pierre MAURIAC. Un vol. de 88 pages. Prix : 16 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Conduite à tenir en présence d'une colibacillose urinaire chronique, par le docteur Paul BARON, à La Preste (Pyrénées-Orientales). Un vol. de 30 pages.

Les rhumatismes de l'épaule, par R. MERKLEN. Un vol. de 206 pages avec 17 fig., chez Doin et Cie, 1937. Prix : 30 fr.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique, par le prof. Emile SERGENT. Un volume de 82 pages. Prix : 24 fr., chez Masson et Cie, à Paris, 1937.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

HYPERTHERMIES « ESSENTIELLES » DU NOURRISSON

par M. L. Babonneix,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher)

Un nourrisson peut avoir de la fièvre pour une raison évidente : angine aiguë, broncho-pneumonie, fièvre éruptive, gastro-entérite, etc. Il est facile, alors, d'arriver au diagnostic et d'instituer un traitement convenable. D'autres fois, au contraire, l'origine des accidents n'apparaît pas nettement : l'hyperthermie est, si l'on veut, essentielle, cryptogénétique ; rien de plus important, pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, que d'arriver à préciser la cause des phénomènes fébriles.

***

Je suis appelé, un beau matin, aux environs de Paris, pour un nourrisson chez lequel les parents soupçonnaient une méningite. Depuis quelques jours, en effet, il était devenu très nerveux, dormait mal, poussait des cris et avait de la fièvre. Le médecin se montrait sceptique, et non sans motif : singulière méningite que cet état morbide qui ne s'accompagnait ni de raideur de la nuque, ni de signe de Kernig, ni des autres symptômes classiques : photophobie, céphalée, vomissements, constipation, raie vaso-motrice, modifications du pouls et de la respiration ! Je ne peux que me ranger à son avis ; entre deux plaintes, le bébé souriait, nous donnait la main, jouait avec son ours. Mais alors de quoi s'agissait-il ? En causant avec la famille, j'observe que, par moments, l'enfant, — permettez-moi l'expression — avait l'air de *se tortiller :* nous ne sommes pas longs à nous convaincre que c'est à ces moments que paraissent survenir les douleurs. Un interrogatoire serré des parents nous apprend que l'enfant urinait souvent, que les mictions étaient douloureuses et que l'urine était, dès l'émission, trouble et malodorante. Le diagnostic de *cystite* (ou de pyélonéphrite) *colibacillaire* s'imposait : il ne tardait pas à être confirmé par l'examen bactériologique des urines, y décelant la présence, après centrifugation, d'innombrables germes ne prenant pas le Gramm, et, sur les cultures, de colonies typiques des coli.

Rien de plus simple que de faire ce diagnostic, à condition d'y penser. La maladie se voit chez des nourrissons sujets aux troubles digestifs, et, en particulier, à la constipation, comme l'avait montré, il y a longtemps, le prof. Hutinel, et elle se caractérise, avant tout, par des phénomènes de cystite : douleurs, fréquence, pyurie, *les urines étant troubles à l'émission, répandant une odeur aussi désagréable que caractéristique*, et contenant, à l'examen microscopique : 1° du pus ; 2° des colibacilles, reconnaissables à l'examen direct et sur les cultures.

Le diagnostic impose le traitement :

Ou vaccins : auto-vaccins, stock-vaccins, donnés par voie buccale ;

Ou antiseptiques urinaires : l'uroformine et ses dérivés, dont l'uraseptine, qui nous a souvent donné d'excellents résultats.

On se gardera d'administrer simultanément vaccins et antiseptiques urinaires, ceux-ci empêchant l'action de ceux-là.

Le bactériophage n'agit guère que s'il est installé localement, ce qui est bien difficile chez le nourrisson. Inutile d'ajouter qu'un régime approprié, diminuant, dans la mesure du possible, les quantités quotidiennes de lait, est de rigueur. Les accidents persistent-ils, on pourra être amené à consulter l'urologiste qui, grâce à des examens spéciaux, mettra en évidence une sténose de l'uretère, contre laquelle tout traitement médical reste naturellement impuissant.

***

Voici un nourrisson de souche suspecte, chez qui, depuis un certain temps déjà, s'est installée une fièvre que rien n'explique : il n'a pas de broncho-pneumonie, pas d'angine, pas de cystite coli-bacillaire :

A cette fièvre continue, sans crochets, en plateau, s'associent des phénomènes généraux : pâleur, amaigrissement, bien que l'appétit soit souvent conservé, micropolyadénopathie. On a affaire à une *primo-infection tuberculeuse*, comme le prouvent les arguments de divers ordres.

Arguments d'ordre *clinique*. La maladie se termine souvent, soit par granulie généralisée, soit par méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie. Plus rarement, elle aboutit à la formation d'une tuberculose localisée : osseuse, articulaire, cutanée, sineuse. Le liquide gastrique retiré par lavage, les selles, contiennent parfois le bacille de Koch.

Arguments d'ordre *biologique*. Chez ces petits malades, la cutiréaction se montre, le plus souvent, positive. Est-elle négative, on lui substituera l'intradermo-réaction de Mantoux ou on la refera : il peut arriver que la première ait été pratiquée en période anté-allergique, correspondant, comme on sait, à une sorte de période d'incubation, d'une durée de quinze jours : les bacilles fourmillent dans le sang, mais les réactions biologiques ne sont pas encore établies.

Arguments d'ordre *radiologique*. A la radiographie (plus sensible que la radioscopie) du thorax, on constate, soit de grosses opacités hilaires uni ou bilatérales, soit un envahissement parenchymateux limité.

La coexistence, chez un nourrisson de souche suspecte, de ces signes cliniques, biologiques et radiologiques, conduit donc, sans la moindre hésitation, au diagnostic de primo-infection tuberculeuse et au traitement adéquat : vie au grand air, administration de sels calciques et, si possible, de viande crue donnée à toutes petites doses et par périodes très courtes.

Sans la moindre hésitation ? Oui et non. Tous les médecins d'enfants un peu expérimentés connaissent les causes d'erreurs principales.

J'ai eu l'occasion de voir, à diverses reprises, des nourrissons chez lesquels une courbe en plateau avait fait penser à la bacillose : il s'agissait, en réalité, de fièvre typhoïde, ainsi qu'en témoignait la présence d'indiscutables taches rosées, et la guérison en trois semaines, abstraction faite de rechutes toujours possibles.

Dans certains de ces cas, où la cuti-réaction reste obstinément négative et où les images radiologiques ne sont pas démonstratives, il est possible qu'il s'agisse d'infection pulmonaire banale.

Une grippe simple, ou avec broncho-pneumonie prolongée, peut donner au moins une partie des symptômes précédents : opacités pulmonaires aux rayons X, mais, en principe, la cuti-réaction est négative.

***

Chez cet autre nourrisson, il n'existe aucun autre symptôme qu'une température élevée : aucun signe de coli-bacillose, de dothiénentérie, de typho-bacillose. L'oreille n'est pas douloureuse à la pression, il ne se fait, par le conduit auditif externe, aucun écoulement. Et pourtant, il s'agit d'*otite aiguë*. Depuis que M. Lemée a attiré l'attention sur cette otite latente des nourrissons, on sait qu'elle est très fréquente et que, seul, l'examen de la membrane du tympan peut la mettre en évidence. Les circonstances dans lesquelles sont survenus les accidents permettent toutefois, dans bien

des cas, de la soupçonner en se fondant sur les arguments suivants : absence de toute autre cause capable d'expliquer la température, antécédents récents de grippe ou de catarrhe nasal, apparition rapide d'une fièvre à 39°5-40°, qui se montre rebelle à toutes les médications habituelles. C'est en raisonnant ainsi que, chez un bébé dont le père et le grand-père sont médecins, j'ai pu, avant l'arrivée de mon regretté élève Magdelaine, diagnostiquer une otite aiguë. Diagnostic d'importance, car, si vous passez à côté du mal, il risque de produire, en peu de temps, des dégâts irréparables.

***

Il est, sans doute, bien d'autres causes d'hyperthermie « essentielle » chez le nourrisson. Elles sont infiniment moins importantes que celles auxquelles nous avons consacré cet article. Songeons donc toujours, en pareil cas, à incriminer, selon les circonstances, une *cystite coli-bacillaire*, une *typho-bacillose* ou une *otite aiguë*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1938)

Sur les différences d'action de l'insuline injectée par la voie intra-veineuse ou par la voie artérielle. — MM. BAUDOUIN, LEWIN et AZÉRAD ont injecté de l'insuline d'une façon lente et continue par voie artérielle et suivi la glycémie dans le sang veineux provenant des muscles irrigués par l'artère injectée, d'une part, et dans le sang veineux d'un territoire éloigné du lieu d'injection d'autre part. Ils ont constaté une baisse plus importante de la glycémie dans le premier sang que dans le second. Il semble donc bien que les différences antérieurement constatées par eux dans les valeurs de la dose limite hypoglycémiante (valeurs plus faibles pour la voie veineuse périphérique mésentérique et artérielle que pour la voie veineuse périphérique) doivent s'expliquer par le fait que l'hormone se trouve amenée directement à son point d'attaque et qu'ainsi est évitée une dispersion du produit.

Influence de la lumière sur la tension artérielle, en particulier sur les femmes enceintes. — Beaucoup des accoucheurs qui ont écrit à propos du traitement des éclamptiques ont insisté sur la nocivité de l'excitation lumineuse pour ces malades. M. H. VIGNES a voulu voir si, en dehors de l'éclampsie, la tension artérielle était influencée par une brusque illumination. Il est fréquent (et, plus particulièrement, chez les femmes enceintes et, plus encore, chez les femmes enceintes menacées d'éclampsie) qu'une brusque illumination détermine une hausse de la tension artérielle.

M. L. LAPICQUE-HARRIS a constaté jadis que l'excitabilité médullaire dépend de certains facteurs encéphaliques. Il y aurait lieu de voir ce que dit, à ce sujet, M. Mollaret dans son livre sur les *Phénomènes de subordination*.

(SÉANCE DU 12 MARS 1938)

Sur l'action cardio-vasculaire du phényl-1 amino-2 propane. — M. B.-N. HALPERN. Le sulfate de phényl-1 amino-2 propane est une substance dont l'action hypertensive est marquée et durable. Son action vasomotrice porte avant tout sur les territoires vasculaires périphériques. Cette amine se rapproche par ses effets physiologiques des corps de la série d'éphédrine, dont elle diffère cependant par certaines propriétés.

Sensibilisation et prémunition de cobayes au moyen de bacilles tuberculeux aviaires morts, vis-à-vis de bacilles homologues vivants. — MM. F. VAN DEINSE et R. SCHWARTZ.

Sur le mécanisme de solubilisation ou de précipitation du cholestérol dans le sérum ou les liquides pathologiques. (Pouvoir cholestérolytique.) — M. J. DESBORDES.

Mme A. CARAYON-GENTIL et J. GAUTRELET ont recherché la choléine à l'aide d'un test biologique dans l'extrait acétonique de certains invertébrés, après acétylation ; ils n'ont trouvé une teneur marquée que chez les crustacés et surtout chez les vers. La réaction de Florence était presque toujours négative.

Prémunition antituberculeuse du cobaye par l'immunisation « concentrée » avec le B C G. — M. R. SCHWARTZ. Dans la prémunition antituberculeuse du cobaye, des injections sous-cutanées de 0 mgr. 025 de B C G, répétées 28 fois pendant 7 jours, soit ou total 0 mgr 7, se montrent plus efficaces que l'injection unique d'une quantité plus élevée de ces germes : 1 mgr.

Lorsque les 28 injections sous-cutanées de B C G sont faites en divers endroits de l'organisme, il semble que les animaux ainsi prémunis présentent une résistance légèrement supérieure à celle des cobayes qui ont reçu les mêmes injections toujours au même point.

Influence de l'administration de diastases tissulaires de surrénales sur la sensibilité des cobayes tuberculisés aux poisons sympatho et parasympathomimétiques (adrénaline et pilocarpine). — MM. F. MAIGNON et G. ROY. L'administration de diastases tissulaires de surrénales à des cobayes tuberculisés augmente leur résistance à l'action toxique de l'adrénaline, mais n'exerce pas d'influence sur les effets toxiques de la pilocarpine. Tout se passe comme si la fonction antitoxique de la cortico-surrénale était surtout efficace vis-à-vis des poisons tuberculeux sympathomimétiques, qui, au dire de certains auteurs, seraient les plus importants.

Sur la sensibilisation de lapins par des macérations de tumeurs de rats. — MM. E. PEYRE et H. MORICOURT.

(SÉANCE DU 19 MARS 1938)

Excitations urétérales et changements du volume de la rate chez des chiens normaux, yohimbinisés, atropinés, cocaïnés et ésérinés. — M. M. BARIÉTY et Mlle D. KOHLER. Des excitations urétérales diverses produisent une diminution du volume de la rate. Toujours unique, cette réponse est plus importante après des excitations fortes ou quand les excitations portent sur le bassinet. Elle paraît relativement indépendante des variations tensionnelles. L'énervation rénale ne la modifie pas. L'yohimbinisation la supprime. L'atropinisation l'augmente notablement La cocaïnisation ne la permet que s'il se produit en même temps une chute de la pression artérielle. L'ésérinisation la supprime ou la diminue.

Anaphylaxie et antianaphylaxie chez le lapin. — MM. A. BESREDKA et R. NECTOUX.

Agglutination capsulaire de la bactéridie charbonneuse. — M. W. SCHAFER.

L'activité thérapeutique des dérivés benzéniques sulfurés dans les maladies provoquées par les ultravirus. — M. LEVADITI, P. LÉPINE et REINIE étudient les propriétés curatives d'un certain nombre de dérivés benzéniques à fonction sulfamide, sulfone et sulfoxyde, azoïques ou non, dans des maladies expérimentales provoquées par les ultravirus de la chorioméningite, de l'encéphalite, de la fièvre aphteuse et de la lymphogranulomatose inguinale. Il résulte de ces re-

cherches que les propriétés curatives hautement marquées dans les infections déterminées par le streptocoque, le méningocoque, le pneumocoque et le gonocoque, se révèlent inférieures lorsqu'il s'agit de maladies dues à des ultravirus neurotropes. Cependant, une certaine activité thérapeutique a été constatée dans la fièvre aphteuse et la lymphogranulomatose inguinale, grâce à l'utilisation de la p.aminophényl-sulfamide et surtout de certaines chrysoïdines sulfamidées.

Etude des pressions au cours de la compression élastique rapide de la moelle sur le chien. — MM. N. Christéas (d'Athènes) et R. Palmer.

Toxicité expérimentale des spores de charbon du blé chez la souris blanche (ustilago nuder f. tritici). MM. R. Debré et A. Névet.

Toxicité expérimentale des spores de carie du blé chez la souris blanche. — MM. Debré et Névet.

Toxicité expérimentale des graines de nielle (Lychnis githago) **chez le singe** (Macacus Rhesus). — MM. Debré et Névet.

Toxicité expérimentale des graines de nielle chez la souris et le rat blancs. — MM. R. Debré et Névet.

De l'importance de l'élément thermique dans les réactions cutanées à l'histamine. — MM. Guy Laroche, Saidman et Hadjiparlos.

De la diminution de la réaction cutanée thermique à l'histamine chez les diabétiques. — MM. Guy Laroche, Jean Saidman, B. Hadjipavlos.

Rôle du système neuro-végétatif sur le pouvoir floculant du sérum à l'égard de l'antigène de Meinicke dans la syphilis expérimentale du lapin. — MM. P. Gastinel, Demanche, Pulvenis et Collart ont antérieurement montré comment une excitation faradique portée sur le système neuro-végétatif du lapin est susceptible de modifier l'évolution d'une syphilis expérimentale. De la même manière, ils précisent qu'on peut agir sur le pouvoir floculant du sérum vis-à-vis de l'antigène de Meinicke. Après faradisation, le degré d'opacification évalué au photomètre, subit une baisse caractéristique, mais passagère, la courbe sérologique reprenant ensuite son tracé normal. De tels phénomènes sont indépendants des modifications qui peuvent survenir sur le syphilome, et ils montrent que l'index photométrique d'un sérum de lapin neuf subit dans le même sens, à l'égard de l'antigène de Meinicke, l'action du courant faradique Les auteurs pensent qu'il resterait à savoir si de telles modifications sérologiques se retrouveraient en utilisant d'autres tests, et ainsi serait posé le rôle que l'appareil neuro-végétatif peut avoir sur les différentes propriétés physico-chimiques d'un sérum.

Election. — M. Monnier est élu membre titulaire.

(SÉANCE DU 26 MARS 1938)

Caractères de culture et classification des colonies dissociées du bacille tuberculeux, en particulier des souches du type aviaire. — M. A. Saënz. Des souches de bacilles aviaires, on peut isoler deux types extrêmes de colonies R et S stables *in vivo* et *in vitro*, qui se différencient par leurs caractères et qui présentent une irréversibilité définitive. Il existe en outre des formes de transition.

Des constatations identiques ont été faites pour les souches d'origine bovine. En ce qui concerne les souches humaines, constituées généralement par des colonies R stables, on peut isoler des cultures primaires des colonies S instables de même aspect que celles des souches aviaires, mais qui s'en distinguent aisément au moyen d'un frottis coloré par la méthode de Ziehl-Neelsen.

Nouvelles données sur la participation de la flore associée à l'amibe dysentérique dans l'amibiase. — M. R. Deschiens, qui a déjà établi la participation de la flore associée à l'amibe dans le pouvoir pathogène d'une souche d'amibes dysentériques, apporte des expériences nouvelles portant sur le chat :

1° Le taux infectieux d'une souchhe d'amibes D.G.A. étant de 30 p. 100 passe à 60 p. 100 lorsqu'on ajoute à cette souche, au moment de l'inoculation, une quantité de coli-bacilles pathogènes.

2° Le taux infectieux d'une souche d'amibes dysentériques Maroc IV étant de 20 p. 100 passe à 45 p. 100 si on ajoute à cette souche, au moment de l'inoculation, une quantité de coli-bacilles pathogènes.

L'accroissement et l'aptitude pathogène des amibes dysentériques pour l'organisme, sous l'influence du coli-bacille, semblent donc dus à une colite microbienne favorisant la greffe de l'amibe.

Recherches sur le moment d'apparition des ferments anaphylactiques au cours de la période de présensibilisation. — MM. F. Maignon et J. Le Pennec. 1° Les diastases extraites du sang de chiens saignés trois jours après l'injection sensibilisante de protéines, transmettent l'anaphylaxie passive par prédominance des premiers ferments, producteurs de poisons, qui apparaissent les premiers.

2° Les diastases extraites du sang de chiens saignés six jours après l'injection sensibilisante, vers le milieu de la période de sensibilisation, ne transmettent pas l'anaphylaxie passive, parce que tous les ferments dégradateurs, anaphylactiques, s'y trouvent en proportions sensiblement égales.

Enfin, les distases extraites du sang de chiens en état de sensibilisation, saignés plus de douze jours après l'injection sensibilisante, transmettent toujours l'anaphylaxie passive par persistance des premiers ferments après disparition des seconds.

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1938)

Inactivation du sérum par le kaolin et développement du pouvoir anticomplémentaire. — M. L. Nattan-Larrier, Mme L. Steeg et Mlle J. Dufour. Le traitement par le kaolin fait disparaître l'alexine du sérum humain et n'y développe pas le pouvoir anticomplémentaire. Le kaolinage empêche de plus le sérum humain de devenir anticomplémentaire par le vieillissement. On pourra donc inactiver ainsi les sérums humains destinés à certaines réactions sérologiques.

Les formes granulaires du virus lépreux dans les lésions hanséniennes. Leur mutation « in situ » en formes bacillaires. — M. Faure-Beaulieu et Mlle C. Brun. Le bacille classique représente la forme adulte du virus lépreux, dont le cycle évolutif comporte en outre, un stade granulaire et un stade bacillaire cyanophile.

L'existence de ces phases est prouvée par la *présence* des formes granulaires et bacillaires cyanophiles dans des lésions hanséniennes typiques par la *culture*, par la *mutation « in situ »* de ces formes granulaires en bacilles.

Chimiothérapie de l'infection déterminée chez la souris et la poule par la « Pasteurella avicida ». — MM. C. Levaditi et L. Reinie.

Sort du BCG inoculé au cobaye par voie veineuse. — M. P. Radaody-Ralarosy. Le B C G ne peut être mis en évidence dans le sang et le rein du cobaye que pendant les

premières heures après l'inoculation intraveineuse. Les germes disparaissent de la moelle osseuse après la deuxième semaine. Premier organe envahi, le poumon fixe d'une façon massive le BCG dès le début. Le foie n'en contient qu'un peu plus tardivement.

Le BCG ne semble se multiplier que vers la fin du premier mois, surtout dans le ganglion trachéo-bronchique et dans la rate. Il disparaît totalement de l'organisme après 90 jours.

Des causes d'erreur dans la détermination chez l'animal d'expériences, de l'activité de la toxine tétanique. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer, R. Richou et L. Nicol. Le simple fait de faire barboter l'air dans les dilutions de toxine tétanique dans l'eau physiologique, que l'on prépare en vue du dosage de cette toxine chez l'animal, conduit à des résultats très différents de ceux que l'on obtient, si l'on évite ce barbotage. Si l'on ajoute à ce risque d'erreur ceux déjà signalés, on se rend compte de l'inexactitude des renseignements apportés par le dosage *in vivo*. Pour déterminer la valeur antigène intrinsèque de la toxine, il semble donc préférable de recourir à la méthode de floculation.

Usage courant de la floculation pour l'évaluation de l'activité antigénique de la toxine et de l'anatoxine tétanique. — Une application très étendue de la floculation portant sur plusieurs centaines d'échantillons de toxine et d'anatoxine tétaniques a été faite par M. G. Ramon au cours de ces quinze derniers mois. Cette application, tout en apportant certaines précisions quant à la détermination du pouvoir antigène de la toxine et de l'anatoxine tétaniques, permet de conclure à la grande valeur de la méthode et à sa supériorité sur les autres procédés de titrage.

De l'instabilité des dilutions de toxine tétanique. Influence de l'agitation sur les propriétés du poison tétanique en solution dans l'eau physiologique. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer et L. Nicol. Les dilutions du poison tétanique soumises, dans les conditions indiquées, à l'agitation peuvent être inactivées. Le pouvoir de combinaison de la toxine tétanique vis-à-vis de l'antitoxine spécifique est lui aussi dans les mêmes conditions, altéré. On doit donc conclure, une fois de plus, à l'instabilité du poison tétanique en solution dans l'eau physiologique.

Action cardio-vasculaire de la gelsémine. — M. Moisset de Espanès. La gelsémine exerce un effet dépresseur sur le muscle cardiaque et produit de la tachycardie par diminution du tonus du vague. Chez le chien chloralosé, elle diminue, puis augmente l'hypertension déclenchée par l'adrénaline.

Recherches sérologiques sur les milieux transparents de l'œil. — MM. Wollmann, Gonzalez et Ducrest. Ces milieux se comportent au point de vue sérologique comme les autres tissus de l'organisme. Il en est de même du cristallin.

Les effets de la stimulation des nerfs extrinsèques cardiaques sur l'excitabilité du myocarde (tissu de conduction et myocarde proprement dit). — M. Paul Chauchard.

Les variations apportées à l'excitabilité du myocarde et du tissu de conduction par les agents modificateurs du rythme cardiaque. — M. Paul Chauchard.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1937)

Infarctus du myocarde avec blocage partiel (périodes de Luciani). Mort par ramollissement cérébral. — MM. GEORGES MARCHAL, GUY ALBOT, G. PORGE et A. BELLIN rapportent un cas d'infarctus de la paroi postérieure du ventricule gauche. Cet infarctus s'est manifesté sous la forme d'un tableau clinique particulièrement explicite, avec début brutal, état du mal angineux, vomissements, écrasement tensionnel, assourdissement des bruits du cœur, frottement péricardique transitoire, fièvre élevée et forte polynucléose sanguine.

L'électrocardiogramme confirmait le diagnostic d'infarctus par les profondes altérations de l'onde Q, de l'espace R T et de l'onde T, négative et très acuminée en 2e et 3e dérivations.

Il a mis également en évidence un blocage partiel sous forme de périodes de Luciani-Wenckebach, lesquelles ont été remplacées par un rythme sinusal au bout de deux jours.

Alors que l'évolution de l'infarctus myocardique paraissait s'orienter favorablement, une embolie cérébrale a provoqué un coma mortel.

L'autopsie a montré un infarctus hémorragique au centre de la paroi postérieure du ventricule gauche, elle-même rétractée et ficelée par trois anciens infarctus cicatriciels. L'infarctus récent s'accompagnait d'une péricardite adhésive et d'une endocardite thrombosante.

C'est de celle-ci que provenait l'embolie de l'artère sylvienne gauche, qui avait déterminé la mort par ramollissement cérébral.

L'examen histologique de la coronaire droite oblitérée a décelé une infiltration plasmocytaire, forte présomption en faveur de la syphilis chez cet homme jeune (trente-trois ans) ; une infiltration plus considérable disséquait en quelque sorte la paroi artérielle sous forme d'un athérome à demi-calcifié.

Cœur et anoxhémie. — MM. BINET, STRUMZA et ORDONEZ mettent en évidence la souffrance du cœur dans l'anoxhémie aiguë. L'arrêt du cœur peut précéder l'arrêt respiratoire. Les courbes électriques montrent d'une part des troubles du rythme cardiaque : rythme modal, dissociation auriculo-ventriculaire ; d'autre part, des modifications de certains accidents notamment de T positif et énorme à l'altitude de 14.000 à 15.000 mètres, négatif au contraire à l'altitude de 8.000 mètres.

Le cœur dans un cas de kala-azar infantile. — MM. ED. BENHAMOU et R. FOURES.

Le cœur dans un cas de paludisme à « Plasmodium præcox ». — M. ED. BENHAMOU rapporte une observation d'insuffisance cardiaque liée à un paludisme à *Plasmodium præcox*. Le symptôme majeur à l'ausculation était un bruit de galop gauche. L'examen radioscopique montrait un énorme cœur globuleux et flaccide. Sous l'influence du seul traitement quinique, les troubles fonctionnels et le galop disparurent, tandis que le cœur reprenait sur les films téléradiographiques en série des dimensions rapidement normales. L'auteur conclut à la nécessité de savoir reconnaître ces gros cœurs paludéens qu'on peut confondre avec le cœur rhumatismal, syphilitique ou artério scléreux.

Les variations de l'image kymographique cardiaque suivant la période respiratoire. — MM. BASCOURRET et PISCHGOLD.

La valeur fonctionnelle du cœur, la cardiodynamométrie. — M. PRUCHE.

Un cas d'insuffisance cardiaque bronzée (syndrome endocrino-hépato-myocardique). — MM. E. DONZELOT et E. ROYER DE VÉRICOURT ont observé chez un jeune homme de vingt-six ans, ancien asthmatique et porteur d'eczéma datant de l'enfance, des signes d'insuffisance cardiaque grave, à savoir : galop présystolique, orthopnée, œdèmes abondants, ascite légère, infiltration pleurale droite, augmentation globale du volume cardiaque contrôlé à l'écran, modifications des complexes électriques.

Ces manifestations, marquées pendant plusieurs mois par des alternatives d'aggravation et de rémission, se sont greffées sur un terrain particulier : le malade présentait, en effet, une coloration ardoisée des téguments, un foie gros et dur permettant d'affirmer l'hémosidérose ; des perturbations endocriniennes, frappant régulièrement la sphère génitale, étaient également à retenir.

Il s'agit là, aux yeux des auteurs, d'un syndrome bien spécial, méritant l'individualité qu'on lui confère.

Cœur myxœdémateux (présentation de malade). — MM. DONZELOT et ANDRÉ MEYER.

Un cas d'hypertension orthostatique à évolution grave. — M. PIERRE TROCMÉ.

Guérison rapide de deux cas de collapsus cardio-vasculaire grave avec hypotension par injection d'hormone cortico-surrénale. — M. ED. DOUMER (Lille).

Troubles sinusaux et de la conductibilité auriculo-ventriculaire dans 2 cas de maladie congénitale du cœur. — MM. CH. LAUBRY, P. SOULIÉ et VINCENT présentent deux cas de maladie congénitale ; l'une concerne une tétrade de Fallot avec bradysinusie variable et échappements ventriculaires ; l'autre, une maladie de Roger avec dissociation auriculo-ventriculaire isorythmique et captures.

Bi-association auriculo-ventriculaire avec pauses prolongées suivies de crises de tachycardie ventriculaire. — M. P. SOULIÉ.

Les bruits du cœur fœtal (in utero » (Etude phonocardiographique). — MM. C. LIAN et V. GOLBLIN.

Le téléstétophone permet de faire entendre les bruits du cœur fœtal à tout un amphithéâtre ; en même temps, il fait constater qu'ils réalisent, dans certains cas, un rythme à trois temps dû à un dédoublement du premier bruit.

Un cas de double rythme auriculaire par dissociation inter-auriculaire. — MM. C. LIAN et V. GOLBLIN rapportent l'observation d'une femme de soixante et onze ans, ayant eu à soixante-six ans un infarctus de la cloison avec état de mal syncopal, et conservant comme séquelles des phases de dissociation auriculo-ventriculaire incomplète. Dans un tracé, la dérivation précordiale auriculaire S_5 a montré en outre l'existence d'un double rythme auriculaire : accidents P positifs au rythme de 88 par minute, accidents *p* négatifs au rythme de 76 par minute.

Ils rattachent ce double rythme auriculaire à une dissociation complète inter-auriculaire coexistant avec une dissociation auriculo-ventriculaire, toutes deux en rapport avec des troubles vasculaires (athérome coronarien).

Peut-être cette interprétation de la dissociation inter-auriculaire serait-elle susceptible de s'appliquer aux 8 autres cas de double rythme auriculaire déjà publiés.

Lian et Golblin trouvent, dans leur observation, une nouvelle occasion de souligner l'intérêt de la dérivation S_5, puisqu'elle seule a montré le double rythme auriculaire, invisible dans les trois dérivations habituelles.

Les vulvo-vaginites infantiles ; contribution à l'étude de leur thérapeutique par les substances œstrogènes (thèse), par le docteur Jean DELBOS. Un volume grand in-8° de 188 pages, chez Bosc et Riou, 42, quai Gailleton, Lyon. 1937.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS DU FOIE (1)

DIAGNOSTIC

Il se discute dans deux circonstances bien différentes :

La syphilis est méconnue.

Il ne faut pas confondre l'ictère syphilitique secondaire avec : *un ictère spirochétosique ; un ictère catarrhal banal* avant tout.

Nous avons souligné l'importance de certains caractères différentiels systématiquement recherchés. S'il y a incertitude, savoir qu'il faut *faire un Wassermann à tout malade atteint d'ictère de nature incertaine.*

La syphilis est connue et traitée par les arsenicaux :

C'est la nature même de l'ictère qu'il faut discuter.

a) *Dans certains cas, l'ensemble clinique suffit pour acquérir une opinion ferme.*

1. *Ou bien tout plaide en faveur d'un ictère syphilitique.*

Malade *tout au début* de son traitement, porteur d'accidents secondaires divers.

2. *Ou bien tout plaide en faveur d'un ictère toxique.*

Malade *ayant subi un traitement intensif*, présentant *d'autres accidents toxiques*, tels que :

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse,

Prurit avec fièvre.

Polynévrite.

b) En fait, ces cas où la clinique est explicite sont rares.

Habituellement, la nature de l'ictère se discute, compte tenu des *circonstances d'apparition.*

En cas d'ictère précoce : il peut s'agir

D'un *phénomène d'Herxheimer hépatique,*

D'un *ictère toxique précoce,*

Ou *plus fréquemment*, d'un *ictère biotropique*, apparaissant vers le 9e jour et déclenché à l'occasion du traitement.

En cas d'ictère tardif, survenant deux ou trois semaines après la fin de la série, le problème est beaucoup plus discuté, et deux opinions s'opposent.

1° *Hépato-récidive* (Millian), après un traitement insuffisant.

2° Pour la plupart des auteurs :

Soit *ictère toxique,*

Soit *ictère syphilo-thérapeutique,*

où le toxique a la plus grande part.

Encore faut-il tenir compte du *terrain* susceptible de réagir sous forme d'intolérance hépatique.

Pratiquement. — Un fait subsiste : *abandonner le traitement arsenical* et mettre en œuvre une thérapeutique non susceptible de léser le foie (mercure par exemple).

Syphilis tertiaire du foie

Etiologie :

En règle générale : une syphilis acquise et mal soignée.

Tardivement : 10, 20 ans après le chancre.

Répétons le rôle de l'*éthylisme*, comme facteur aggravant.

Au caractère pour ainsi dire univoque de la syphilis secondaire, s'oppose le polymorphisme lésionnel et clinique des manifestations hépatiques de la syphilis tertiaire.

a) La forme qui présente la spécificité clinique la plus nettement tranchée est bien *l'hépatite scléro-gommeuse*, réalisant le « *Foie ficelé syphilitique* ».

Début. — C'est un adulte qui consulte pour des troubles digestifs divers et banaux, mais surtout *des douleurs* dans l'hypocondre droit avec : des poussées fébriles, un peu de subictère parfois.

Un tableau de cirrhose au début, que le traitement habituel n'améliore pas.

Etat. — Lentement, mais progressivement, le tableau clinique se complète et chez un malade amaigri, fébrile, qui continue de souffrir, l'examen physique révèle le signe majeur.

L'hépatomégalie irrégulière avec périhépatite.

Le foie est : gros, débordant largement du rebord costal.

Dur, parfois ligneux.

Irrégulier, déformé.

Le bord inférieur est sinueux, *échancré.*

La surface ravinée, creusée de dépressions (foie ficelé).

Parfois irrégulier en totalité.

Parfois l'irrégularité prédomine sur le lobe (forme atropho-hypertrophique, pathognomonique de syphilis pour Lancereaux).

Douloureux au palper.

Fixe enfin, signe capital (*périhépatite* constante).

Par ailleurs : l'abdomen est généralement météorisé.

L'ascite est toujours *tardive* et peu abondante ;

Le *minimum* ou *l'absence* d'hypertension portale et d'insuffisance hépatique, contraste pendant longtemps avec l'importance apparente des lésions anatomiques, ce fait tenant à la disposition de la sclérose, qui est souvent parcellaire.

Mais quelques signes coexistant avec cette hépatomégalie acquièrent une valeur diagnostique de premier plan.

1. *La splénomégalie.* — Elle est quasi constante, modérée, ou plus franche.

On a pu sentir parfois une « rate ficelée ».

2. *L'albuminurie.* — Très fréquente, et l'on sait que toute albuminurie abondante chez un malade atteint d'hépatomégalie doit faire penser à la syphilis.

3. *La fièvre*, qui survient et évolue par poussées, que seul le traitement spécifique arrive à influencer.

EVOLUTION

Elle dépend de plusieurs facteurs :

De l'état local d'abord, car le degré d'atteinte de la cellule noble, l'âge et la nature de la lésion conditionnent l'action locale du traitement.

De l'état général ensuite, c'est pourquoi il est indispensable de faire un bilan viscéral du malade :

Rechercher d'autres atteintes possibles : aortique (clinique et radiologie) ; *nerveuse* (réflexes, examens oculaires, P. L.) ;

Etudier le fonctionnement rénal : dosage d'urée et épreuves de perméabilité pour juger de la valeur de cet émonctoire et du choix du traitement.

Par un traitement adéquat et énergique :

1. *On peut obtenir des améliorations :* diminution de volume du foie, atténuation des douleurs ; il s'agit sans doute alors de lésions purement syphilitiques, gommeuses.

Encore cette évolution est-elle soulignée de *poussées*, au cours desquelles le subictère s'accentue ou l'ascite apparaît.

2. *Souvent le résultat est nul :* formes surtout scléreuses. Le malade est alors exposé aux complications qui guettent les sujets non traités :

Des hémorragies, parfois abondantes et graves ;

Une ascite abondante — suivie de cachexie séreuse ;

Tuberculose pulmonaire ;

Surtout : *insuffisance hépatique aiguë*, déclenchée par une infection intercurrente (érysipèle, pneumonie).

(A suivre.) G. LE SUEUR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 30, du 13 avril 1938, p. 486.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 33. — SAMEDI 23 AVRIL 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de chirurgien des hôpitaux (admissibilité) s'est terminé par la nomination de MM. Trillat et Soustelle.

Distinctions honorifiques. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Médaille d'honneur des épidémies.* — Par arrêté en date du 15 avril 1938, la médaille d'or des épidémies a été décernée, à titre posthume, à Mlle Salmon (Louise), agent temporaire des services hospitaliers à l'hospice de la Salpêtrière, décédée des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

— Par arrêté en date du 16 avril 1938, la médaille d'or des épidémies est décernée, à titre posthume, à M. le docteur Léon Molines, médecin de la santé publique à Casablanca, décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Ministère de la Santé publique. — L'emploi de directeur de la Santé à Marseille, chargé de la direction de la 5e circonscription sanitaire maritime, est déclaré vacant. (*Journ. off.*, 15 avril 1938.)

— Par arrêté en date du 15 avril 1938, M. le docteur André Cavaillon, inspecteur général des services techniques, est nommé conseiller technique au cabinet du ministre.

— Le *Journ. off.* du 16 avril publie un avis de concours pour le recrutement d'un inspecteur départemental d'hygiène, pour le département de la Lozère.

Marine. — M. le médecin en chef de 2e classe Lapierre est nommé à l'état-major particulier du ministre de la Marine.

Le Monument aux Morts du Service de Santé. — Le 4 juin prochain, à l'occasion de l'inauguration du Monument aux Morts du Service de Santé, auront lieu, à Lyon, d'importantes réunions de tous les officiers, active et réserve, du Service de santé militaire. Les Congrès et le Banquet du soir seront présidés par M. Herriot, président de la Chambre des députés. Seront présents : M. le président du Sénat, MM. les ministres de la Guerre, de la Marine, de l'Air, des Colonies, de la Santé publique, des Affaires étrangères, et de nombreux représentants officiels de nations étrangères.

La remise du monument, par M. le professeur Nicolas, Président du Comité, aura lieu le 5 juin, à 10 heures.

Tous renseignements sont donnés par le Secrétaire général du Comité, 28, rue Bellecordière, à Lyon, et par l'Union fédérative nationale des Médecins de Réserve, 7 *bis*, villa Eugène-Manuel, Paris (16e).

Médaille du professeur Villard. — A l'occasion de l'honorariat du professeur Villard, un Comité s'est constitué sous le haut patronage du président Herriot, maire de Lyon, et sous la présidence des professeurs Paviot et Tixier, afin de permettre à ses amis, à ses collègues, à ses élèves, de lui témoigner leur affection et leur reconnaissance en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au Maître lyonnais Linossier.

La remise de cette médaille aura lieu en mai, à une date qui sera précisée ultérieurement.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque postal, chèque ou mandat à M. Caillot, 31, rue Ferrandière, à Lyon (Compte de chèques postaux Lyon 240-04).

Un legs aux veuves et orphelins de médecins. — La F.E.M., Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins, dont le siège est 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (7e), vient de bénéficier d'un legs : 2.000 francs de rente annuelle, qui a été fait par le docteur Léon Vrain, de Paris. Ce geste contribuera au soulagement des infortunes trop nombreuses des familles médicales que la disparition du chef laisse dans la détresse. Il serait à souhaiter que l'acte généreux de notre regretté confrère soit imité.

Fédération nationale des tuberculeux civils. — Cette fédération vient de tenir un congrès à la mairie de Montreuil. Des vœux ont été formulés demandant notamment le développement de la prophylaxie contre la tuberculose, le soutien des familles dont le chef est en sanatorium, enfin l'organisation de la vie morale des malades en sanatorium.

Le siège de la Fédération est à Paris, 28, rue Bonaparte, 6e arrondissement.

Congrès international de physiologie. — Le 16e Congrès international de physiologie se réunira à Zurich, du 14 au 18 août 1938, sous la présidence du professeur W. R. Hess. Il sera divisé en six sections : 1° physiologie générale et comparée ; 2° biophysique ; 3° biochimie ; 4° physiologie appliquée (physiologie du travail, physiologie sportive, aviation) ; 5° psycho-physiologie ; 6° pharmacologie.

Adresser les inscriptions au Congrès au professeur E. Rottlin, Sonnenweg 6, Bâle (Suisse).

Premier Congrès international de Cosmobiologie (Nice, 2-6 juin 1938, Pentecôte). — Ce Congrès est créé par la Société médicale de climatologie et d'hygiène du Littoral méditerranéen, avec le concours de l'Association internationale pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques, sous la présidence d'honneur du professeur d'Arsonval, de l'Institut, pour la partie radiologique, et de M. A. Lumière, correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, pour la partie biologique.

L'ouverture aura lieu au grand amphithéâtre du Centre universitaire de Nice, le jeudi 2 juin, à 15 heures. Les séances du vendredi 3 juin seront tenues à l'Office météorologique de la ville de Nice et à l'Observatoire de Nice-Mont-Gros ; puis les travaux continueront, les 4 et 5 juin, dans la salle de la Société des conférences de Monaco, au Musée d'océanographie, au Musée d'anthropologie et au Bureau hydrographique international de la même ville ; enfin, le 6 juin, dans les grottes préhistoriques de Grimaldi et le laboratoire du docteur Voronoff.

Un magnifique programme comprend des visites, des excursions, ainsi que des manifestations artistiques.

Toutes les demandes de renseignements, d'adhésions et de présentations de travaux doivent être, dès à présent, adressées au Secrétariat du Congrès, 24, rue Verdi, à Nice.

COURS ET CONFÉRENCES

Neuropsychiatrie infantile. — Un cours de perfectionnement placé sous la direction de M. G. Heuyer, médecin des hôpitaux, aura lieu du 25 avril au 3 juin, à l'annexe de neuropsychiatrie infantile, 379, rue de Vaugirard, Paris (15e) (annexe de la clinique des maladies mentales et de la clinique des maladies des enfants).

Inscriptions à la Faculté de médecine. Secrétariat : guichet 4 et à la salle Béclard (A.D.R.M.) (tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h., samedi après-midi excepté).

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — M. le professeur Rathery fera du 9 au 21 mai 1938, un *cours de perfectionnement sur les maladies des reins.* Ce cours sera fait avec la collaboration du professeur Chevassu, de MM. Boltanski, Julien Marie, Mollaret, Froment, Dérot, Mme G. Dreyfus-Sée, MM. Moline, Pautrat, Doubrow et de Traverse. Pour le programme et l'horaire, consulter les affiches. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté, ou à l'A.D.R.M. (Faculté de médecine, salle Béclard). Droit : 250 fr.

Hôpital Tenon. — Cours de perfectionnement sur les maladies organiques du cœur, de l'aorte et de l'artère pulmonaire, sous la direction de M. Camille Lian. Ce cours aura lieu du 24 mai au 3 juin.

Inscription au Secrétariat de la Faculté et Salle Béclard.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PERMUTATIONS D'ÉLÈVES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE ET DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

A la suite d'une question de M. Lucas, député, le ministre de la Défense nationale a fait la réponse suivante :

Des permutations entre les élèves de l'Ecole principale du Service de santé de la marine et de l'Ecole du Service de santé militaire sont possibles après l'obtention par les intéressés de leur diplôme et leur nomination à l'emploi d'officier de l'armée active, mais avant l'entrée de ces jeunes officiers dans les écoles d'application. Elles ne sont accordées que pour des motifs impérieux, dans les conditions déterminées par l'article 13 de la loi du 7 juillet 1900 et la réglementation en vigueur. (*J. O.*, 4 mars 1938.)

INFIRMERIE D'USINE

M. Elmiger, député, demande à M. le Ministre de la Santé publique si une usine peut posséder une infirmerie, placée sous le contrôle d'un médecin, pour assurer les soins aux accidentés du travail ; si elle peut fournir aux accidentés les pansements et médicaments dont ils ont besoin ; si une semblable fourniture n'est pas contraire à la législation du travail qui précise que les accidentés ont le libre choix de leur pharmacien ; si, de plus, cette fourniture n'est pas en contradiction avec les lois sur l'exercice de la pharmacie, qui imposent la surveillance et la responsabilité d'un pharmacien pour toute livraison de médicaments. (*Question du 21 janvier* 1938.)

Réponse. — Il n'est pas interdit à un usinier d'installer, pour les soins à donner aux accidentés du travail de son usine, une infirmerie placée sous le contrôle d'un médecin. Si les fournitures nécessaires pour les pansements n'ont pas le caractère de médicaments, rien ne s'oppose à ce qu'elles soient faites par l'infirmerie de l'usine. Si ces fournitures ont le caractère de médicaments, elles ne peuvent être fournies que par un pharmacien, sur prescription médicale. Dans tous les cas, l'accidenté ne peut être tenu d'avoir recours à l'infirmerie de l'usine et reste libre de s'adresser à des praticiens de son choix pour les soins médicaux et les fournitures pharmaceutiques.

(*J. O.*, 11 mars 1938.)

HÉMO COAGULÈNE

NOM DÉPOSÉ

CIBA

HÉMO-COAGULÈNE
ampoules injectables
1 à 4 par jour

COAGULÈNE
flacons-ampoules buvables.
2 à 5 par jour



Extrait hématique total

renfermant les principes coagulants du sang et particulièrement des plaquettes sanguines

HÉMOSTATIQUE PHYSIOLOGIQUE

LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND, 109 à 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU - LYON

373

REVUE GENERALE

CANCER DU CÔLON TRANSVERSE (1)

Etude clinique et thérapeutique

Par M. B.-Y. YOVANOVITCH
Chef de clinique chirurgicale de la Faculté (à la Salpêtrière)
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Etude thérapeutique

Nous donnerons d'abord une critique des différentes méthodes opératoires et nous poserons ensuite les indications thérapeutiques dans quelques cas particuliers.

I. Critique des différentes méthodes opératoires. — Le problème thérapeutique est simple dans *le cancer de l'angle droit.* L'hémicolectomie droite en deux temps avec résection assez étendue du transverse, est le procédé de choix. J. Gosset en a exposé les principes, en a réglé la technique et en a montré les avantages indiscutables. Tout le monde est d'accord sur ce point.

L'accord est loin d'être unanime sur la meilleure méthode opératoire dans le *cancer de la partie moyenne du transverse et de l'angle gauche.* Okinczyc, P. Duval et Pauchet assimilent le cancer du transverse au cancer du côlon droit et considèrent la colectomie subtotale comme la méthode de choix. Pour A. Richard, la colectomie segmentaire avec colorraphie immédiate, accompagnée ou non de coecostomie, est la meilleure méthode opératoire. Schwartz et Savariaud donnent la préférence aux méthodes de l'extériorisation. La colectomie segmentaire avec anus in situ immédiat est rejetée par la majorité des chirurgiens. Avec notre maître, le Prof. Gosset, nous croyons que le cancer du transverse doit être assimilé aux cancers du côlon gauche et que la colectomie segmentaire avec anus in situ immédiat, doit être considérée comme la meilleure méthode opératoire. La colectomie subtotale est illogique et grave dans le cancer du transverse. L'opération de Reybard est trop dangereuse, celle de Jaboulay n'offre pas suffisamment de sécurité. L'extériorisation, enfin, est souvent insuffisante, parfois dangereuse.

1° *Colectomie subtotale.* — L'étendue de la résection colique dépend d'abord de l'extension intestinale du néoplasme. En fait, les tumeurs volumineuses du transverse n'infiltrent guère à distance la paroi intestinale. Par contre, on invoque souvent un second facteur pour fixer la longueur de la colectomie. Avec Moynihan, on répète que la chirurgie du cancer colique n'est pas une chirurgie d'organe, mais une chirurgie de territoire lymphatique. On donne ainsi à croire que la longueur de la colectomie est réglée par l'étendue de l'exérèse ganglionnaire, en raison des sacrifices artériels qu'un curage lymphatique correct peut nécessiter. Il ne semble pas cependant qu'il en soit réellement ainsi.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 31, du 16 avril 1938, p. 493.

L'exérèse des ganglions est, en effet, loin d'être parfaitement réglée et leur anatomie ne permet guère de la codifier. Voici ce qu'on sait de leur distribution. Il y a des ganglions épicoliques, petits interrupteurs plaqués contre l'intestin. Les ganglions marginaux sont le premier relais important ; ils sont paracoliques et s'échelonnent le long de l'arcade de Riolan ; ils sont drainés par les troncs qui suivent l'artère colique moyenne, avec les ganglions intermédiaires le long de l'artère. Les confluents régionaux sont deux groupes ganglionnaires principaux, l'un situé devant la tête du pancréas, au-dessus de la troisième portion du duodenum, contre le pédicule mésentérique supérieur (2/3 droits du transverse) ; l'autre situé derrière le corps du pancréas, le long de la veine mésentérique jusqu'à la réunion avec le tronc mésentérico-splénique avec la mésentérique supérieure (1/3 gauche du transverse). Au delà, enfin, ce sont les ganglions latéro et pré-aortiques.

Voyons maintenant ce que le chirurgien peut en déduire. Les ganglions épicoliques viennent avec l'intestin et on enlève aisément les ganglions paracoliques pour peu qu'on résèque une portion du méso. Mais pour les ganglions intermédiaires et les ganglions régionaux, à quelle hauteur s'arrêtera l'exérèse ganglionnaire ? En principe, l'ablation doit être d'autant plus large que c'est à ce niveau qu'existent quelques voies lymphatiques allant directement au groupe intermédiaire ou principal (Rouvière). A. Richard, après Duval et Basset, se propose d'atteindre les ganglions principaux par le clivage des feuillets du méso-côlon qui le conduit au pancréas, jusqu'au tronc mésentérico-splénique. En ce qui nous concerne, nous pensons que cette chasse tenace aux ganglions principaux aggrave considérablement l'opération dans un but assurément louable, mais parfaitement inutile et dangereux. Elle entraîne à des ligatures au ras de l'artère mésentérique, dans le voisinage dangereux de la grosse veine satellite. Nous ne croyons même pas que l'on en serait récompensé par une diminution notable des récidives, car, si ces ganglions sont pris, le cancer est alors si avancé, que le malade mourra plus tard du développement d'une métastase méconnue et située au delà des possibilités chirurgicales. D'ailleurs, P. Duval, lui-même, écrit : « Si les ganglions principaux me paraissent envahis, j'abandonnerai toute espèce d'exérèse ; si les mésos sont infiltrés, rétractés, j'agirai de même : je ferai une simple anastomose de dérivation. » De plus, il est constant que les chirurgiens obtiennent des guérisons dans les cancers coliques, alors que la section du méso a été limitée à l'exérèse des seuls ganglions paracoliques. Nous croyons donc que le cancer du transverse doit être traité par une ablation de la tumeur avec exérèse des ganglions paracoliques le long de l'arcade de Riolan et, à la rigueur, des ganglions intermédiaires.

Pour enlever la tumeur et les ganglions paracoliques et intermédiaires, est-il besoin de faire une colectomie subtotale ? Nous ne le croyons pas. Certes, c'est une opération bien réglée et élégante. Elle évite les anus contre nature toujours pénibles pour le malade. Mais, ces avantages ne compensent pas, et de loin, la haute gravité de cette intervention chez les cancéreux

Elle ajoute une colectomie droite inutile. L'anastomose iléo-colique a peu de sécurité, car l'iléon tire et l'angle gauche ou le côlon descendant sont mal vascularisés. La dilatation et le péristaltisme douloureux sont presque constants au niveau de l'iléon terminal (P. Duval) ; Lardennois, pour éviter ce très sérieux inconvénient, conseille la colectomie sous-cæcale avec conservation de la valvule de Bauhin. Mais P. Duval a observé cliniquement et radiologiquement la dilatation à peu près fatale du cæcum ainsi conservé. Même si l'opération est exécutée en deux temps, l'anastomose entre l'iléon et le descendant met mal le côlon au repos, n'évite nullement la stase et ne permet pas des lavages.

Ces faits évidents montrent que la colectomie subtotale est une opération illogique dans le cancer du côlon transverse. De plus, elle est toujours fort grave. Elle doit donc être définitivement rejetée.

2° *Colectomie segmentaire avec suture immédiate.* — Une expérience déjà ancienne a enseigné aux chirurgiens que le rétablissement de la continuité colique était autrement plus difficile et plus dangereux que le rétablissement de la continuité sur le grêle. Il aurait, certes, mieux valu qu'un sort heureux ne couronnât pas la première tentative de *colectomie idéale de Reybard*, colectomie exécutée sur le transverse, car, pendant longtemps, son succès demeura unique. Encore aujourd'hui une mauvaise fortune vigilante guette ceux qui cèdent à la tentation de la suture immédiate. Certes, en apparence, elle est l'opération la plus simple : on résèque et on suture aussitôt. Mais elle est aussi l'opération la plus grave, ainsi qu'une expérience renouvelée maintes fois depuis Reybard, l'a amplement démontré. De temps en temps, un cas heureux peut encourager un chirurgien expéditif, mais, dans l'ensemble, la colectomie idéale est un véritable « jeu de hasard », et sa mortalité singulièrement lourde l'a fait abandonner par tous les chirurgiens prudents. Quelles sont les causes de cette gravité ?

Il faut avant tout insister sur la *fragilité anatomique des sutures coliques*. Le côlon transverse est sans doute l'intestin le moins propice aux sutures. Tout d'abord, sa paroi est mince, et pour peu que le côlon soit dilaté, elle n'offre aux fils qu'une muqueuse fragile, adossée à une séreuse pellucide, dont la séparent à peine quelques fibres musculaires ; qu'un point coupe ou que l'intestin lâche, le surjet le mieux fait cesse d'être étanche. Ensuite, le transverse est très mal péritonisé. Il présente une large face mésentérique dépourvue de péritoine. Il faut, d'autre part, insister sur la présence du *grand épiploon*, et si même on a soin, préalablement à la résection, de faire de part et d'autre de la tumeur, le décollement colo-épiploïque qui amenuise les bouts coliques à anastomoser, il n'en reste pas moins que la valeur du revêtement séreux dans les champs de ce clivage n'a pas de valeur de protection et d'agglutination du péritoine normal. Signalons également, surtout chez les sujets gras, la présence des appendices épiploïques qui sont des plus gênants, car ils étendent démesurément les sections où le péritoine n'est pas au contact direct avec la musculeuse. Enfin, le côlon transverse est très mal vascularisé. Il n'a qu'une seule arcade marginale, à long trajet, très grêle, d'où naissent les vaisseaux droits espacés l'un de l'autre. Le pouvoir de circulation est faible, la désunion à craindre, les bords suturés s'accolent mal, s'infectent aisément, se cicatrisent lentement, le danger de sphacèle est au maximum.

La surcharge physiologique des sutures coliques s'ajoute constamment à la fragilité anatomique. Le passage ou le contact prolongé des matières en pleine putréfaction microbienne, traumatise les sutures. D'autre part, il y a en abondance des gaz qui mettent l'anastomose à une rude épreuve, la tiraillent et menacent de la rompre. Comment ne pas s'inquiéter quand on songe à l'effet de cette distension gazeuse élastique sur des tranches coliques minces, ourlées l'une à l'autre par une suture ténue.

Tels sont les deux facteurs qui concourent à l'échec de la colorraphie immédiate. Encore n'avons-nous pas signalé les *modifications pathologiques* des bouts intestinaux : œdème des parois, infiltration inflammatoire du méso, rétraction du bout inférieur. Elles aggravent encore les risques en quelque sorte « normaux » de la colectomie idéale.

3° *Colectomie segmentaire avec suture sous dérivation.* — C'est l'opération de Jaboulay, dont le principe est de permettre la colorraphie immédiate sous la protection d'un anus cæcal. Mais que vaut la dérivation par cæcostomie ? S'il est exact que la simple fistule cæcale est une soupape suffisante contre une occlusion, il n'en est pas moins vrai qu'elle ne draine qu'une minime partie des matières. L'anus cæcal, même s'il est large, n'assure pas une dérivation complète, c'est un anus latéral, placé pour ainsi dire sur un diverticule de l'intestin. Quel que soit son débit, il ne réalise pas une *exclusion totale*. Il ne donne qu'une fausse sécurité. Il soulage l'anastomose, mais il ne la met pas au repos complet. La suture, malgré un anus cæcal, court presque autant de risques que dans la colectomie idéale : anatomiquement, elle est tout aussi précaire ; physiologiquement, elle est presque aussi exposée aux agents de désunion. A notre avis, même complétée par une cæcostomie, la colorraphie complète immédiate a plus de risques que d'avantages, et nous préférons y renoncer.

4° *Colectomie segmentaire après extériorisation.* — C'est l'opération de Bloch-Mikulicz. Elle a, à notre avis, plus d'inconvénients que d'avantages. L'extériorisation n'a qu'un but, protéger le péritoine contre l'écoulement des matières, autrement dit « réséquer à péritoine fermé ». Une bonne suture du côlon à la paroi donne autant de sécurité. D'autre part, la rétraction du côlon expose à des résections incomplètes, surtout sur le méso. L'intestin peut s'ulcérer au contact de la paroi. La suture de la tranche postérieure est faite sur un côlon œdémateux et sur un méso cartonné et friable. Enfin, l'anse extériorisée devient un foyer de toxi-infection qui peut être grave. Elle est souvent mal irriguée et peut se sphacéler. Ses veines peuvent se thromboser et envoyer des embolies septiques dans la circulation portale.

5° *Colectomie segmentaire avec anus in situ immédiat.* — Elle consiste à aboucher à la peau les deux

bouts de l'anse réséquée, de préférence en les adossant l'un à l'autre et en soutenant leur tranche postérieure. C'est alors l'opération de *Bouilly-Volkmann*, qui nous paraît préférable à toutes ses variantes : fermeture temporaire des deux bouts par des ligatures (Pauchet), par un clamp spécial (Rankin), ouverture de deux bouts sur tube de Paul (Paul), du bout supérieur seul (Hartmann), anastomose latérale intra-abdominale (Hartmann), implantation du bout efférent dans l'afférent ouvert à la peau (Lardennois). A notre avis, c'est la méthode la plus sûre, car elle est la seule qui remédie aux deux ordres de dangers qui menacent les sutures coliques.

Les conditions anatomiques de la suture — péritonisation et vascularisation — sont bien plus favorables. Il est en effet, beaucoup plus sûr de refermer un anus contre nature que de suturer bout à bout un côlon réséqué. La suture complète du côlon est pour ainsi dire réalisée en deux temps. Dans un premier temps, où l'on résèque l'intestin, où l'on établit un anus artificiel, on répare en moitié le côlon en réunissant les deux bouts par leur tranche mésentérique. Cette suture réussit à tout coup. Dans un deuxième temps, on ferme l'anus contre nature en suturant la moitié restante de la circonférence intestinale, c'est-à-dire le bord libre du côlon. Cette fermeture latérale est aussi plus bénigne et plus sûre qu'une anastomose totale bout à bout.

A ces conditions anatomiques favorables, l'opération de Bouilly-Volkmann ajoute l'appoint important d'une réparation sur un côlon parfaitement vide, car on peut aisément préparer le malade. La suture n'est plus distendue, ni tiraillée par les gaz, ni traumatisée par les matières, quand on a préalablement bien évacué l'intestin.

Au total, on suture une demi-circonférence d'un côlon soigneusement vidé, au lieu de reconstituer toute la circonférence d'un côlon imparfaitement évacué. Ainsi s'explique la différence de sécurité entre l'opération de Bouilly-Volkmann et celle de Jaboulay, ainsi se justifie aussi la bénignité de la première opération, comparée à la relative gravité de la seconde.

***

Plusieurs auteurs ont fait à l'opération de Bouilly-Volkmann sur le transverse, les reproches suivants :

a) Elle est souvent impossible à cause de l'étendue de l'exérèse du cancer, surtout en cas de côlon court. En fait, en mobilisant le côlon et ses angles, on arrive toujours à avoir suffisamment d'étoffe pour faire un anus contre nature avec endossement large.

b) Elle est insuffisante quant à l'exérèse ganglionnaire. Nous nous sommes suffisamment prononcés sur ce point à propos de la colectomie subtotale. Nous n'y reviendrons pas.

c) Elle est dangereuse à cause de l'infection et désunion fréquente de la plaie pariétale et propagation de l'infection de la superficie vers la profondeur. A notre avis, ce reproche sérieux pourrait être mis sur le compte d'une technique défectueuse. L'opération de Bouilly-Volkmann a comme condition essentielle une fermeture étanche de la paroi autour du côlon, sinon c'est la péritonite. En effet, tous les cas de mort après opération de Bouilly-Volkmann, sont dus à la péritonite. Il faut donc avoir soin, préalablement à la résection, de faire de part et d'autre de la tumeur, le décollement colo-épiploïque minutieux qui amenuise les bouts coliques à adosser. Il est indispensable de dégraisser le côlon pour y prendre des points d'appui exacts. Il faut surtout choisir une bonne incision pariétale. A notre avis, c'est qu'il est impossible de bien refermer une incision médiane épigastrique autour des deux bouts coliques. La médiane est trop rigide, manque de souplesse, le péritoine y est trop tendu et se déchire facilement, en un mot, elle n'assure pas l'étanchéité. De plus, à chaque effort de tension de la paroi abdominale, l'incision épigastrique s'ouvre, bâille, s'écarte du côlon, déchire la suture pariéto-colique. Il faut donc brancher une *incision transversale*, en plein muscle, en plein péritoine résistant et mobile ; elle est plus souple, plus étanche, elle se referme à chaque effort abdominal et renforce la suture pariéto-colique. Nos 9 guérisons, sur 9 cas opérés, montrent l'utilité de ces détails techniques.

II. Indications thérapeutiques. — A notre avis, l'opération de Bouilly-Volkmann est donc le meilleur procédé de colectomie transverse.

Comme l'enseigne notre maître Gosset, il faut la pratiquer d'emblée dans le *cancer à froid*. Cette résection en deux temps donne la guérison la plus rapide, tout en procurant le maximum de sécurité. Mais pour aller vite et avec sécurité, il convient de s'attacher à une parfaite préparation opératoire et d'être sévère dans le choix des « bons cas ».

Le cancer opéré en *occlusion complète ou incomplète* rassemble tous les facteurs défavorables : mauvais état général par stercorémie et souvent infection, ventre tendu, côlon gonflé par les gaz et encombré de matières. L'adage de Quénu est la sagesse même : « En occlusion il faut faire le minimum. » En effet, en cas d'occlusion incomplète sans distension, certains auteurs préconisent une iléo-transversostomie, en cas de cancer de l'angle droit, une iléo-sigmoïdostomie si le cancer est sur l'angle gauche. D'autres, pour un cancer du milieu du transverse, si le ventre est encore plat, conseillent la résection d'emblée. En réalité, il y a plus de risques que d'avantages à vouloir faire plus que l'anus cœcal lorsque le malade est en occlusion. Plus encore, il est inutile et nuisible de faire une laparotomie exploratrice en cas d'occlusion aiguë, même si le ventre est peu tendu, comme le conseillent certains chirurgiens, afin de se renseigner sur la nature et le siège exact de la lésion et d'éviter l'anus cœcal en attaquant d'emblée le néoplasme. Pratiqué dans ces conditions, l'examen de la tumeur est difficile, incomplet, trompeur. Il faut des circonstances bien plus favorables pour décider si elle est enlevable ou non, et surtout ce n'est pas le moment de l'enlever. Telle est l'opinion de M. Gosset qui conseille de se contenter de l'anus cœcal et évite ainsi les déboires de la laparotomie exploratrice. Le seul argument valable des partisans de la laparotomie exploratrice était le besoin de confirmer le diagnostic d'occlusion pour cancer colique. Avec le lavement opaque comme le recommande M. Gosset, on peut assurer son diagnostic et cet argument perd toute autorité.

Nous avons montré plus haut que *l'abcès périnéoplasique* pouvait être aussi précocement révélateur que l'occlusion aiguë et que la colectomie secondaire était parfois possible et qu'on pouvait en obtenir des guérisons durables (Charrier et Leibovici). En pratique, si l'abcès et le cancer sont une surprise opératoire, il faut drainer largement l'abcès et faire un anus cœcal. Si le cancer et l'abcès sont diagnostiqués tôt, on fera un anus cœcal et on tentera d'obtenir la résolution du plastron par la glace et les vaccins. Si le phlegmon se collecte, on se contentera de l'inciser et de le drainer largement. Lorsque le côlon sera évacué et le malade remonté, on cherchera si le cancer est encore extirpable. Parfois l'abcès guérit complètement et le côlon se libère. La clinique, la radio et enfin surtout la laparotomie exploratrice décideront ou non de la possibilité d'une colectomie. Si la tumeur est inenlevable, on remplacera l'anus cœcal par une dérivation interne.

L'envahissement de l'estomac par le cancer du transverse est rare (4 cas sur 46). Un grand nombre de chirurgiens considèrent cet envahissement gastrique comme une contre-indication absolue à la colectomie. Avec Leibovici, nous avons montré que cet envahissement pouvait être la seule lésion extensive du cancer du transverse et qu'une colectomie doublée d'une résection plus ou moins large de l'estomac pouvait procurer une guérison radicale ou se prolongeant plusieurs années. En pratique, il faut distinguer des cas avec envahissement minime de l'estomac, où une colectomie doublée d'une résection partielle de la grande courbure suffit (un cas) ; des cas avec envahissement large d'estomac, où il faut faire une gastro-colectomie large (un cas) ; enfin des cas, où l'on trouve des ganglions devant le pancréas, de l'ascite ou une métastase hépatique, et où il faut savoir se contenter d'une simple exploratrice (deux cas).

Les cancers inopérables sont encore trop souvent une mauvaise surprise opératoire et leur traitement, purement palliatif, consiste à dériver les matières, si possible par entéro-anastomose. On ne portera pas à la légère le diagnostic d'inopérabilité. Un cancer de l'angle droit peut adhérer à la vésicule et à la face inférieure du foie ; grâce à l'emploi du bistouri électrique, on peut séparer les deux organes sans grosse hémorragie. On arrive également à séparer un cancer de l'angle splénique adhérent à la rate ou au rein. L'envahissement du pancréas doit être considéré comme une contre-indication. Dans ces cas « à la limite », un réel effort de ténacité chirurgicale rend parfois possible l'opération radicale et peut être récompensé par une guérison durable.

***

Sur nos 46 cas des cancers du transverse et de ses angles, on note 8 morts opératoires (17 %), pourcentage nettement au-dessous de celui d'Okinczyc (62 %) et de celui de Richard (37 %).

Si on compare la mortalité et la méthode opératoire, voici ce qu'on note :

— 12 hémicolectomies (cancer de l'angle droit : 10 guérisons ;

— 9 opérations de Bouilly-Volkmann : 9 guérisons ;

— 7 colectomies après extériorisation, 5 guérisons ;

— 4 opérations de Jaboulay, 2 guérisons ;

— 11 opérations palliatives : 9 guérisons ;

— 3 laparotomies exploratrices : 3 guérisons.

Quant aux résultats éloignés, nous ne pouvons pas donner les chiffres précis, car nous n'avons pas recherché tous les opérés.

Parmi les opérés revus, on note des survies de 7 ans, de 5 ans, de 4 ans, de 2 ans, de 18 mois. Ces faits ne justifient nullement le pessimisme de certains auteurs qui considèrent la chirurgie du cancer du côlon transverse comme très grave dans ses résultats immédiats et très décevante dans ses résultats éloignés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 MARS 1938)

La flore colibacillaire des fromages et les intoxications alimentaires. — M. Daniel FLORENTIN. A la suite de diverses intoxications d'origine alimentaire, l'auteur a pratiqué l'étude bactériologique de divers fromages consommés en France. Il a trouvé dans un Pont-l'Evêque (ayant occasionné une intoxication) plus de 1.000 coli par gramme, et constaté la présence d'entérocoques. Des coli en plus ou moins grand nombre ont été constatés dans divers fromages. En revanche, d'autres fromages examinés : Hollande français, Gruyère et Emmenthal, Roquefort et Bleu d'Auvergne, ne renfermaient pas de coli.

Les fromages cuits, les fromages fermentés et ceux où l'action des moisissures est prépondérante (Roquefort) semblent donc ne pas contenir de coli. Il n'en est pas de même des fromages mous.

De même qu'on soumet à la surveillance l'eau et les coquillages, il serait nécessaire d'étendre le contrôle au lait employé et aussi aux récipients utilisés.

Sur deux nouveaux antigènes pour la séroréaction du paludisme d'après la méthode de Henry. — MM. Sp. LIVIERATO, Marino VAGLIANO et Nearchos KOKARAKI.

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1938)

Vitamines A et caroténoïdes. Etude cinétique de la réaction de Carr et Price. — MM. Paul MEUNIER et Yves RAOUL.

Propriétés anaphylactiques de l'hémolysine. — M. Maurice DOLADILHE.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1938)

Idiotie amaurotique spéciale. — M. HEUYER, Mmes BERNARD-PICHON et JOFFROY présentent deux frères atteints tous deux d'idiotie amaurotique bien distincte de la maladie de Tay-Sachs par l'existence de lésions de cataracte congénitale. Ils n'ont trouvé aucun cas analogue dans la littérature et pensent qu'il s'agit d'un syndrome spécial, dont l'étiologie est encore imprécise.

Dystrophie osseuse généralisée. — M. SORREL et Mme LAMBLING présentent un enfant de 2 ans qui ne marche pas encore et ne peut s'asseoir ; il se plaint de douleurs osseuses, a un mauvais état général. L'examen neurologique

est complètement négatif, mais il existe des déformations osseuses considérables bien mises en évidence par la radiographie. La syphilis est sans doute à l'origine de ces accidents.

Abcès multiloculaire du poumon à staphylocoques chez un nourrisson de 4 mois. Traitement par l'alcool intra-veineux. — M. Cayla, Mlle Delon et M. Corcelle insistent sur la rareté des images multiloculaires et discutent le rôle prédisposant de kystes congénitaux. Ils signalent l'apparition pendant la période suppuration subaiguë de troubles trophiques qui ont guéri avec la maladie.

Crises myopathiques paroxystiques avec hémoglobinurie. — MM. J. Huber, Florand, Lièvre et Mme Néret présentent un enfant de 4 ans convalescent d'une crise typique de cette affection rare, dont il constitue la cinquième observation. Il s'agit d'une décharge de myoglobinurie consécutive à une crise musculaire caractérisée par des douleurs vives des muscles des membres inférieurs avec contracture intense et signes généraux graves. Une poussée de néphrite paraît témoigner de l'action irritante de l'hémoglobine sur le rein. Cette affection, bien différente de l'hémoglobinurie paroxystique a frigore, est très voisine de l'hémoglobinurie d'origine musculaire du cheval ou maladie de Lucet.

Malformations oculaires et dentaires chez deux frères hérédo-syphilitiques. — MM. Heuyer et Duchenne présentent deux frères atteints de coloboma, d'aplasie des bourgeons dentaires des incisives et des canines et de troubles du caractère. Il s'agit donc d'une maladie familiale, dont l'origine syphilitique a été prouvée dans le cas particulier.

Méningite purulente à méningocoques chez un nourrisson de 9 mois. Guérison après sérothérapie et chimiothérapie associées. — MM. Weill-Hallé, Cochemé et Mlle Lautmann présentent un nourrisson de 9 mois guéri d'une méningite aiguë à méningocoques B avec grosse réaction purulente. Un traitement par le sérum intra-rachidien et souscutané à la dose de 55 cc. fut d'abord institué, mais dès le deuxième jour et pendant la période aiguë, l'enfant reçut la dose quotidienne de 1 gr. 50 de para-amino-phényl-sulfamide administrée en comprimés et en suppositoires. Le liquide céphalo-rachidien était redevenu stérile en 3 jours et parfaitement clair en 5 jours.

La guérison est définitive et sans séquelles malgré le très jeune âge de l'enfant et le terrain bacillaire et hérédo-alcoolique sur lequel a évolué la maladie.

Méningite purulente guérie par le para-amino-phényl-sulfamide. Discussion sur sa nature et sur les récidives possibles des méningites à streptocoques. — MM. René Martin et Delaunay rapportent l'observation d'un enfant qui, en mai 1937, avait eu une méningite purulente primitive à streptocoques, guérie par la sulfamide et qui, sept mois plus tard, fit à l'occasion d'une infection rhino-pharyngée banale, une méningite purulente rappelant en tous points le syndrome méningé observé la première fois.

Toutefois, l'absence de germes dans le liquide céphalo-rachidien lors de cette rechute, ne permet pas d'en affirmer la nature streptococcique, malgré la similitude du tableau clinique et des caractères macroscopiques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien. Ce fait tient peut-être à ce que l'enfant prenait depuis 24 heures de la sulfamide au moment où fut faite la ponction lombaire.

Action favorable de la sulfamide associé à un traitement local dans les vulvo-vaginites gonococciques des petites filles. — M. René Martin rapporte l'observation de deux fillettes atteintes de vulvo-vaginite gonococcique, guéries l'une en 7 jours, l'autre en 14 jours par l'absorption de comprimés de sulfamide associée à des injections normales de permanganate. La guérison remonte maintenant à 4 mois, ce qui permet d'espérer qu'elle sera définitive.

Kystes gazeux du poumon gauche avec refoulement du cœur à droite chez un nourrisson d'un mois. — MM. Poinso, Astier (de Marseille) et Viens (d'Aix).

Encéphalite aiguë de la coqueluche. — MM. Poinso et Siméon (de Marseille).

Septicémie à « Diplococcus crassus » simulant la typhoïde chez un garçon d'un an. — MM. Raillet et Ginsbourg (de Reims).

Traitement par la folliculine d'un état grave chez un prématuré. — M. Maynadier (de Limoges).

Ostéomyélite aiguë guérie sans traitement chirurgical. — M. Leveuf apporte les résultats obtenus dans le traitement de 29 ostéomyélites aiguës graves, dont plusieurs avec hémoculture positive, par l'immobilisation plâtrée accompagnée ou non de traitements adjuvants, tels que vaccinothérapie, sérum de convalescent, anatoxine staphylococcique, transfusions sanguines. Il n'a enregistré qu'un seul décès et a obtenu 28 guérisons. Dans la majorité des cas, il n'a eu à inciser tardivement que de petits abcès, et il a complètement abandonné actuellement les résections précoces étendues qu'il avait cru devoir encore faire durant ces dernières années sur le vu de lésions radiologiques importantes. Il présente une remarquable collection de courbes de température et de clichés radiographiques montrant les diverses phases de l'évolution.

Il conclut de cette étude que le traitement de choix de l'ostéomyélite aiguë est actuellement l'immobilisation plâtrée absolue et suffisamment prolongée.

(Séance du 15 mars 1938)

Méningite cérébro-spinale à pneumocoques guérie par le sulfamide. — MM. Tixier, Eck et Grossiard. Présentation de malade.

Maladie de Still. Aurothérapie. Guérison actuelle. — M. Sémelaigne présente une enfant de 6 ans qui fut atteinte au début de 1936 d'une maladie de Still typique avec polyarthrites ankylosantes, adénomégalies et splénomégalie. La maladie évoluait rapidement et l'enfant, grabataire, ne pouvait affectuer que de très rares mouvements, quand fut institué un traitement par injections intra-musculaires de sels d'or. L'enfant reçut ainsi trois séries de douze injections séparées par des intervalles de deux mois. Une amélioration légère fut constatée dès les premières semaines du traitement et se poursuivit, lente, mais continue, si bien que maintenant, deux ans après le début, l'affection paraît complètement guérie. L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse là d'une simple coïncidence.

Mégacôlon congénital chez un garçon de 10 ans. Amélioration à la suite d'une intervention sur le système sympathique. — MM. Cl. Launay et Merle d'Aubigné ont pratiqué chez un garçon de 10 ans, porteur d'un volumineux mégacôlon, la résection du plexus mésentérique inférieur et du nerf présacré. Trois mois après l'opération, le météorisme abdominal est un peu moindre, mais surtout les troubles fonctionnels sont très diminués et la rétention stercorale a disparu ; enfin, le poids a augmenté de 2 kilogr. Ce demi-succès inciterait à étudier sur d'autres cas l'effet d'une intervention bénigne et parfois seule possible.

Image radiographique de granulie froide au début d'une tuberculose pulmonaire ambulatoire. — MM. P.-P. Lévy, Chevalier et Mme Schermann présentent un garçon de 9 ans dont l'état général fléchit depuis trois mois et qui est légèrement subfébrile. La cuti-réaction est positive et il

existe des antécédents tuberculeux évidents. Les signes d'auscultation font complètement défaut.

Mais la radiographie a montré, dans les deux champs pulmonaires, un semis de fines granulations : il s'agit donc d'une granulie froide, dont les auteurs espèrent la guérison sous l'influence d'un séjour à la montagne et d'un traitement approprié.

Présentation d'un cas de déformation thoracique. — MM. Heuyer, Stern et Vendryes présentent un garçon de 13 ans atteint d'une déformation thoracique en entonnoir associée à un gigantisme, à des malformations génitales et dentaires et à une amyotrophie généralisée. Il semble que la syphilis soit à l'origine de ces malformations, ainsi qu'en témoigne une réaction de Hecht positive.

Naevus variqueux ostéo-hypertrophique. — M. Grenet présente un enfant de 8 ans qui lui a été envoyé par un dispensaire en raison d'une circulation collatérale développée sur le côté droit de la poitrine et dans le dos du même côté. A l'examen, on constate l'existence d'un naevus plan très étendu qui occupe toute la partie haute du thorax à droite, la région deltoïdienne, la face antérieure du bras et de l'avant-bras, la moitié externe de la main du même côté. Il existe du même côté une circulation collatérale très développée, alors que le côté gauche est indemne. Enfin, le membre supérieur droit est plus gros que le gauche, et la radiographie montre une augmentation de volume de l'humérus, du cubitus et du radius. La radiographie thoracique est normale.

Discussion de la communication de M. Leveuf sur « La proscription des interventions d'urgence dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë des adolescents ». — MM. Comby, Debré, Huc, Sorrel et Fèvre.

La mort rapide au cours de l'eczéma du nourrisson. Rôle du système nerveux végétatif. — MM. Marquézy, Alajouanine, Mlle Ladet et M. Hornet rapportent l'histoire d'un nourrisson de 4 mois atteint d'eczéma aigu généralisé, mort rapidement au 7e jour de son hospitalisation.

Ils insistent surtout sur les constatations nécropsiques, hyperhémie des viscères, hypertrophie du tissu lymphoïde, infiltration hémorragique des muqueuses digestives, intensité de la vaso-dilatation et atteinte du tissu réticulaire. Un examen très complet du système nerveux montre l'importance de l'œdème et de la vaso-dilatation, en particulier au niveau du cortex et de la région tubérienne. L'étude des troncs nerveux sympathiques montre les mêmes lésions.

La comparaison de ces diverses lésions avec celles que l'on trouve chez l'animal après irritation péri-splanchnique les autorise à invoquer à l'origine une atteinte du système nerveux végétatif.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(Séance du 9 décembre 1937)

Les hallucinations visuelles consécutives aux lésions pédonculaires en foyer. — MM. J. Lhermitte et R. Bienau présentent les observations chez 2 malades qui ont accusé des illusions et des hallucinations associées à leur syndrome pédonculaire (hallucinose pédonculaire ou syndrome de Lhermitte). Chez la première malade, il y avait hypersomnie, ptosis bilatérale, diplopie, hémiparésie gauche, légère dyamétrie. Chez la seconde, le syndrome neurologique était de type ataro-cérébelleux. Ni chez l'une, ni chez l'autre il n'existait le moindre indice d'une lésion des voies optiques.

Collapsus des ventricules cérébraux dans les traumatismes craniens. — MM. Ed. Krebs, P. Puech et J. Brunhes.

Forme psychique d'acrodymie infantile. — MM. G. Hnyger, Vendryes et Mme Roudinesco.

Sclérose en plaques avec céphalée très vive, accidents pseudo-comateux et occlusion intestinale par iléus spasmodique. — MM. Schaeffer et Amingeat.

Compression médullaire au cours de la maladie de Paget. Opération, guérison. — MM. J. Hagueneau et A. Sicard rapportent l'observation d'un homme de quarante-sept ans, chez lequel une maladie osseuse de Paget avait été reconnue en 1932, et qui, en 1936, fut atteint de paraplégie progressive avec troubles sphinctériens et troubles de la sensibilité objective étendus jusqu'à D_7. La radiographie vérifie l'atteinte de la colonne vertébrale par la maladie de Paget. La dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien est en faveur de la compression médullaire. Le lipiodol-diagnostic en position normale, puis tête en bas, permet de localiser la compression de D_5 à D_9. Une laminectomie, portant sur les cinq vertèbres de D_5 à D_9, a été suivie d'une amélioration progressive qui, trois mois après, permettait au malade de reprendre ses occupations.

Radicotomie rétrogassérienne dans une névralgie faciale secondaire. Guérison. — MM. H. Haguenau et A. Sicard.

L'électrocardiographie dans la catatonie humaine et dans la catatonie expérimentale bulbocapnique chez le singe. — MM. Baruk et Racine.

A propos de deux cas de paralysies périodiques. Syndromes périodiques nerveux et mentaux. — MM. H. Baruk et Poumeau-Delille rapportent deux observations de paralysie périodique : l'une survenue après un traumatisme lombaire, l'autre chez un sujet manifestement hérédospécifique et atteint de multiples troubles neuro-végétatifs et humoraux, avec déclenchement des accès par le froid.

Dans ces 2 observations, les périodes de paralysies s'accompagnaient de dépression psychique. Les auteurs discutent à ce sujet certaines formes de transition entre la paralysie périodique et la psychose périodique. Ils insistent sur le fait que les distinctions entre les manifestations mentales et neurologiques périodiques sont beaucoup moins tranchées qu'il ne paraît. Il existe en fait une véritable maladie périodique du névraxe, susceptible de réaliser les syndromes nerveux ou mentaux les plus variés, et dans laquelle les troubles neuro-végétatifs semblent jouer un grand rôle au cours d'atteintes superficielles et sur un terrain généralement prédisposé.

Sclérose latérale amyotrophique, accompagnée d'un syndrome érythrémique et d'une hépatomégalie. — MM. Baudouin et A. Rossier.

Phénomènes oculo-sympathiques (syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral) dans les lésions du thalamus optique chez l'animal. Contribution expérimentale à l'étude des centres et des voies oculo-sympathiques du diencéphale. — MM. Raymond Garcin et Marcel Kipper.

Myoclonies vélo-pharyngo-laryngo-faciales au cours de l'évolution d'un syndrome latéral du bulbe. — MM. Raymond Garcin et André Jacquinet rapportent l'observation d'un syndrome latéral du bulbe avec atteinte possible du territoire paramédian. Plusieurs mois après la constitution du syndrome, des myoclonies, de topographie surtout homolatérale, par rapport à la lésion, firent leur apparition au niveau du voile, du pharynx et du larynx tout d'abord, et au niveau du facial inférieur quelque temps après. Jusqu'à présent, l'apparition des myoclonies dans pareil syndrome ne semble pas avoir été mentionnée. De tels faits prouveraient qu'une lésion des fibres olivo-dentelées, entre leur point de départ et leur point d'arrivée, sont sus-

ceptibles d'engendrer les myoclonies rythmées. Il n'existait aucune atteinte paralytique des territoires qu'elles intéressaient.

Myoclonies vélo-palato-pharyngo-laryngées unilatérales du côté de la lésion au cours d'un syndrome bulbo-protubérantiel, par artérite syphilitique. — MM. Faure-Beaulieu et Raymond Garcin présentent un malade atteint d'un syndrome alterne bulbo-protubérantiel par artérite syphilitique, chez lequel, plusieurs mois après l'installation du syndrome, des myoclonies vélo-pharyngo-laryngées strictement unilatérales par rapport à la lésion firent leur apparition. L'atteinte du faisceau central de la calotte, vraisemblable dans ce cas, ne paraît pas suffire pour expliquer l'homolatéralité des myoclonies, et il est vraisemblable que la lésion, qui plonge dans la région bulbaire, interrompt les fibres olivo-dentelées venant du côté opposé, les faits jusqu'ici vérifiés anatomiquement ayant toujours montré que les myoclonies sont croisées par rapport à la lésion olivaire et directes par rapport au noyau dentelé lésé.

Le temps de latence de huit mois, requis peut-être par la réalisation des dégénérescences, qui a séparé le ramollissement du début des myoclonies, a pu être établi ici avec précision, le malade étant resté soumis à une observation attentive pendant près d'un an et demi.

Syndrome hémorragique terminal avec œdème cérébral et viscéral dans un cas de myasthénie avec tumeur du thymus et lésions des ganglions sympathiques périphériques. — MM. Th. Alajouanine, Th. Hornet et P. Morax.

Œdème cérébral traumatique diffus. Intervention, guérison. Des rapports de l'œdème cérébral et de la méningite séreuse traumatiques. — MM. Puech, Ed Krebs et J. Brunhes..

Schawnnome polykystique de la dure-mère. Image pneumographique particulière. — MM. D. Petit-Dutaillis, Ivan Bertrand et J. Sigwald.

(Séance du 6 janvier 1938)

M. Barré (de Strasbourg) transmet la présidence de la Société à M. Bourguignon.

Arthropathies nerveuses d'origine cérébrale. — MM. R. Thurel et J. Guillaume rapportent l'observation d'un homme de soixante-trois ans, qui, à la suite de crises bravais-jacksoniennes droites, présentait des déformations de la main droite rappelant cliniquement et radiologiquement le rhumatisme déformant, avec œdème, hyperthermie locale, augmentation de l'index oscillométrique. Il n'y avait pas d'hémiplégie associée, mais une parésie faciale droite discrète. L'encéphalographie montrait une déviation du système ventriculaire vers la droite. L'hémiplégie s'étant installée par la suite avec aphasie, une opération fut pratiquée, qui permit d'enlever un volumineux méningiome rolandique gauche. Le malade mourut quelques jours plus tard.

Un cas de myoclonie-épilepsie (association d'épilepsie généralisée et d'un syndrome myoclonique facio-linguo-vélopalatin. — MM. Th. Alajouanine, R. Thurel et M. Ulmann présentent le cas d'un homme de trente-trois ans, atteint de myoclonies rythmées de l'hémiface droite, du plancher de la bouche, du voile du palais, de la main et des doigts du côté droit, enfin de l'hémidiaphragme droit. La coexistence d'une hémianesthésie brachio-faciale droite et de crises d'épilepsie généralisée, les variations de fréquence du rythme, qui passe parfois de 190 à 300 par minute, suggèrent le diagnostic d'épilepsie partielle continue et l'hypothèse d'une localisation corticale plutôt que protubérantielle ou olivaire.

Sur un cas de névraxite à reprise tardive. — M. J. Patrikios (d'Athènes).

Mouvements involontaires des membres supérieurs à la suite d'un traumatisme de la moelle cervicale. — M. J. Patrikios (d'Athènes), présente les films cinématographiques d'un homme de quarante-neuf ans qui a été blessé, il y a quatre ans, d'un coup de revolver dans la nuque. Dès la blessure, il y avait paralysie du membre supérieur droit ; mais, deux heures après, le malade perdit connaissance, et, quand il reprit conscience, deux jours plus tard, il était atteint de quadriplégie avec troubles sphinctériens. La restauration motrice se fit peu à peu dans les mois suivants, mais il persista une thermoanesthésie de la moitié gauche du corps. Vers le troisième mois apparurent les mouvements involontaires que l'on constate encore actuellement, et qui sont de deux types absolument différents d'un côté à l'autre : à gauche, un mouvement rythmique de bascule de l'omoplate autour de son angle externe ; à droite, des mouvements non rythmés de flexion et d'extension des doigts, non rythmés, de type choréo-athétoïde. Les mouvements de l'épaule gauche peuvent être inhibés par les mouvements volontaires, les mouvements de la main droite s'arrêtent passagèrement par le relâchement musculaire complet. La radiographie montre que le projectile est fixé au niveau de D_4, dans le canal médullaire, mais l'épreuve du lipiodol permet de se rendre compte que la perméabilité des espaces sous-arachnoïdiens est conservée, avec un accrochage de quelques gouttes seulement au niveau de CL...

M. V. Bertrand émet l'hypothèse que la lésion des voies spino-olivaires pourrait intervenir.

M. Guillain rapproche les mouvements des doigts des mouvements involontaires qu'on observe parfois dans le tabès.

Macrogénitomie précoce. — M. J. Lhermitte présente l'observation d'un enfant de quatorze ans, qui est sujet à des crises de narcolepsie, et chez lequel on note une adiposité exagérée et un développement statural et génital anormalement précoce. Ni la radiographie, ni la ponction lombaire ne fournissent de donnée qui permette d'attribuer à ce syndrome une origine pinéale ou infundibulaire.

Nouveau type d'amyotrophie progressive familiale neurale à début dans l'adolescence et intéressant les muscles des racines des membres. — M. G. Marinesco.

Syndrome sympathique du membre supérieur, suite d'électrocution, traité par la stellectomie. — M. J. Patrikios (d'Athènes).

L'action de la scopolamine-chloralose dans les accidents pithiatiques et dans la catatomie. — MM. Baruk et Racine ont obtenu de bons effets, dans des accidents pithiatiques, avec une association de chloralose (0 gr. 75) et de scopolamine (trois quarts de milligramme). Cette médication n'agit pas comme simple procédé de suggestion, mais elle détermine un ralentissement très marqué du pouls et des modifications intenses de la tension artérielle. Chez trois pithiatiques (deux « aires nerveuses » et cure contracture), qui présentaient une tachycardie constante, la médication a fait céder simultanément la tachycardie et les accidents nerveux.

Dans la catatonie accompagnée de tachycardie, des effets heureux peuvent être également obtenus, mais ils ne sont pas durables.

Etude anatomique d'un enfant mort en état de mal épileptique. — MM. Alajouanine et Thurel.

CHRONIQUE

LES MÉCANISMES DU CERVEAU

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

De toutes les spécialités, aucune n'a marché à pas de géant comme la Neurologie. Songez à ce qu'elle était il y a seulement cinquante ans ! Quels étaient ses moyens d'existence ? En anatomie, des notions « lacunaires » : trop de *substances innominées ;* trop de régions baptisées du nom de *zona incerta ;* trop de vastes espaces sur lesquels on aurait pu inscrire, comme les anciens géographes sur les cartes d'Afrique : *Terrae incognitae* ou *Hic sunt leones.* Pas assez de connexions entre les différents systèmes de fibres, et, par suite, trop de faisceaux « solitaires ». Des procédés d'information bornés à l'examen de la motilité, des sensibilités générale et spéciales, des réflexes tendineux, à la recherche de la réaction de dégénérescence. Des descriptions nosologiques « ambiguës » ou « segmentaires », qui accordaient une place démesurée à deux affections, dont l'une est morte : le tabes dorsal spasmodique, et dont l'autre est bien malade : l'hystérie. Des conceptions théoriques d'une invraisemblance souvent « pyramidale ». Des méthodes thérapeutiques pour la plupart empruntées à l'empirisme. On ignorait, en histologie, les corps chromatophiles, les neuro-fibrilles ; en physiologie, le rôle des ganglions de la base ; en clinique, le signe de Babinski, les phénomènes d'automatisme et de libération, les réactions vestibulaires, la chronaxie. On ne se doutait pas des secours que la ponction lombaire peut apporter au diagnostic. Les rayons X n'étant pas encore découverts, on ne pratiquait ni la ventriculographie, ni l'encéphalographie, ni l'épreuve au lipiodol. La neuro-chirurgie était dans l'enfance : aussi bien les essais tentés par quelques audacieux avaient-ils abouti à des désastres. On ne se rendait nul compte des services que psychologie, d'une part, biologie, de l'autre, pouvaient rendre à la neurologie. Et vous auriez vainement cherché, dans les ouvrages didactiques, des chapitres consacrés aux *Infections neurotropes*, aux *Syndromes thalamique et strié*, au *Spasme de torsion*, à la *Rigidité décérébrée*, aux *Agnosies*.

Ces progrès, qui ne doivent pas nous faire oublier les grands noms de Charcot, de Vulpian, de M. et Mme Dejerine, d'Erb, d'Oppenheim et de tant d'autres, le moment n'est-il pas venu de les exposer au public cultivé ? Dans quelle mesure l'intelligence est-elle liée à l'intégrité de la morphologie du système nerveux ? A quel équilibre secret tient l'harmonie fragile de nos facultés psychologiques ? Quelles relations établir entre le « physique » et le « moral », ou, si l'on préfère, entre la statique et la dynamique ? Telles sont les questions que s'est posées M. Jean Lhermitte (1). Nul de mieux qualifié que lui pour tenter de les résoudre. Sa prodigieuse érudition ne l'a-t-elle point fait appeler le Pic de la Mirandole de la médecine ? N'a-t-il pas des « clartés de tout » ? N'a-t-il pas lui-même, en maintes circonstances, apporté une importante contribution à l'étude de ces questions passionnantes ? Les idées bouillonnent en lui. Il est de ceux auxquels on reproche parfois d'en avoir trop. C'est que son intelligence est tout activité et tout rayonnement. S'il est un auteur dont quelque mauvaise langue a pu dire « qu'il travailla toute sa vie d'une âme égale et sans jamais rien comprendre », ce n'est assurément pas lui. Bien au contraire ! « Son infirmité est de trop comprendre ». Suivons-le donc sans crainte, certains de ne pouvoir trouver un meilleur guide.

Commençons par nous demander quelle est la *signification physiologique du cerveau.* Le temps n'est plus où, avec le Stagirite, on l'envisageait comme un simple frigidaire. Nous savons, depuis Alcméon, que nos sensations et que nos perceptions ne peuvent s'effectuer que par l'intermédiaire de cet organe, depuis Descartes, que « l'âme ne sent pas en tant qu'elle est en chaque membre du corps, « mais seulement en tant qu'elle est dans le cerveau », depuis Willis, que, dans l'élaboration des actes intellectuels, la substance grise intervient beaucoup plus que la substance blanche, depuis Gall et Spürzheim, que le cerveau apparaît comme composé d'autant de systèmes particuliers qu'il exerce de fonctions distinctes.

Mêmes changements décisifs en ce qui concerne les questions de *morphologie et de structure.* Il est classique d'opposer l'encéphale au tronc cérébral, celui-ci étant dit *paleocerebrum*, parce qu'il est plus ancien que celui-là, dit *neocerebrum.* Dans le paleocerebrum se trouvent les centres essentiels au maintien de l'existence, dans le neocerebrum, les appareils de réception, de réglage et de mise au point. Il a fallu les recherches de Nissl, d'Apathy, de Bethe et, surtout, de R. Y. Cajal pour percer le mystère de la cellule nerveuse, de Sherrington pour démontrer le rôle que jouent les synapses dans la diffusion du courant nerveux.

Il n'est pas jusqu'aux notions relatives à la *structure des circonvolutions cérébrales* qui n'aient subi de profonds remaniements. K. Brodmann nous a prouvé que le pallium se décompose en aires que caractérisent, non seulement une cyto-architectonie, mais encore (C. et H. Vogt) une myélo-architectonie spéciale. Ainsi peut-on désormais distinguer de *grandes aires fonctionnelles :* aires électro-motrice, psycho-motrice, sensitive, pariétale, somatognosique, visuelle, visuognosique, auditive commune, olfactive et gustative.

Nos prédécesseurs ne soupçonnaient pas non plus l'importance, en physiologie nerveuse, du processus de *télencéphalisation*, grâce auquel, à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des êtres, les structures inférieures sont dominées par des formations nerveuses de plus en plus haut situées, si bien que le comportement général de l'individu, au lieu d'être régi par la moelle ou par le bulbe, l'est, chez les animaux supérieurs, par la vésicule antérieure du tube neural primitif.

Il faut reconnaître, toutefois, que c'est peut-être l'*expérimentation* qui a fait faire, à cette branche de la science, les plus grands progrès : décérébration sus et sous-thalamique, ayant pour conséquence, la première (Rademaker), une « réduction » de certaines fonctions : statique, gnosique, réactions réflexes élémentaires, la seconde (Sherrington), une hypertonie spéciale ; hémisphérectomies, non forcément suivies d'un affaiblissement considérable des fonctions mentales (Dandy) ; lobectomie frontale, entraînant, chez l'opéré, un manque d'initiative, une diminution du pouvoir de synthèse et d'utilisation pragmatique ; création de *réflexes conditionnés* (Pavlov-Bechterew), qui ont pour siège exclusif l'écorce, où se trouvent des *analyseurs* d'une délicatesse remarquable, et qui, de par l'action dynamogénique de certaines zones, facilitée par l'inhibition des zones voisines, permettent de drainer vers les premières toutes les excitations qui s'associent, dans le temps, à l'excitant absolu.

Abordons maintenant le *problème des localisations cérébrales.* Faut-il continuer à admettre la théorie de la « mosaïque corticale », jadis si en faveur, ou, avec H. Bergson, P. Marie, H. Head, Goldstein, Lashley, poser en principe qu'il n'existe pas plus de « centres » de telle ou telle fonction qu'il n'y a de centre de l'escrime chez l'escrimeur,

(1) Jean LHERMITTE. *Les mécanismes du cerveau.* Collection : *L'avenir de la science.* Paris, 1937, Gallimard, in-16 de 237 pages, 21 francs.

de la danse chez le danseur (P. Marie) ? Question malaisée à trancher, la vérité se tenant sans doute, comme toujours, à mi-chemin des extrêmes ! En veut-on la preuve ? Il n'est que de considérer les aphasies : motrice, type Bouillaud-Broca : elle n'existe jamais pure, la pensée verbale étant toujours atteinte dans sa totalité ; sensorielle : elle est, selon toute vraisemblance, liée à une lésion intéressant la zone de Wernicke.

Il n'est pas douteux que la conception du *sommeil* doive beaucoup aux recherches récentes. C'est un état actif, à base d'inhibition (Claparède), au cours duquel le système vagal domine le système sympathique,, celui-là étant chargé de récupérer et celui-ci, de dépenser l'énergie. Cet état est sous la dépendance non de l'écorce, mais d'une zone située entre les deux pédoncules (Demole) et sur laquelle on peut agir (Bremer) par la transsection mésocéphalique. Du sommeil, rapprochons le *rêve*, que H. Bergson définit la vie mentale tout entière, moins l'effort de concentration, la *narcolepsie*, en rapport avec un trouble du dispositif régulateur *hypnique*, et la *cataplexie*, processus d'inhibition localisé à la force musculaire.

On chercherait en vain, dans les vieux auteurs, quelques données sur *l'image de notre corps*, dite encore *schéma corporel* ou *postural*, faite de sensations entéro, extéro et proprioceptives, flanquées d'éléments spécifiquement visuels. Cette utile fonction se perfectionne avec le temps, et c'est à sa perturbation qu'il faut attribuer certains faits pathologiques : illusions des amputés, anosognosie des hémiplégiques entre autres.

Entrevus par Caton, dès 1875, les *phénomènes bioélectriques cérébraux* ont été bien étudiés, dans ces dernières années, par Kornmüller, qui distingue : 1° des courants spécifiques de « champs corticaux », sujets à d'étranges modifications spontanées ; 2° des courants d'action, témoignant qu'un « centre » déterminé est en pleine activité. Chez l'homme, Kornmüller et Tönnies ont essayé, grâce à l'électrencéphalogramme, d'analyser ces phénomènes bioélectriques, mais c'est surtout à H. Berger que nous devons le plus clair de nos connaissances sur le sujet ; depuis lui, on distingue des ondes α, dont la fréquence ne dépasse guère 10 par seconde, et des ondes β, plus rapides, de 25 à 40 par seconde. Les premières sont influencées par certaines excitations, d'une part, et par certaines attitudes mentales, de l'autre. Elles semblent prendre leur source dans la région occipitale, sont diminuées par le sommeil normal, modifiées en divers sens par les anesthésiques, et, surtout, par l'épilepsie. Elles possèdent des particularités propres au sujet examiné. Quant aux secondes, elles sont beaucoup moins connues.

C'est au regretté physiologiste français Jean Camus qu'est due, enfin, la découverte d'un *mécanisme régulateur des fonctions corticales*. Il est situé dans le mésocéphale, comme le montrent non seulement l'expérimentation, mais la méthode anatomo-clinique ; ne connaissons-nous pas de nombreux processus morbides : maladie de Parkinson, encéphalite épidémique, chorée chronique, démence précoce, tumeurs, dont les lésions intéressent le méso-diencéphale et dont certaines manifestations s'avèrent de nature psychique ? Mais il s'étend jusqu'à la région haute du bulbe, en traversant la calotte pédonculo-protubérantielle. Quel peut être son rôle dans le maintien de l'activité psychique ? La question n'est pas résolue. Peut-être faut-il distinguer, dans ce dispositif, dit *Ich-Zentrum* par Kuppers, deux parties : une antérieure, dont le trouble morbide se traduit par des hallucinations (J. Lhermitte) ; une postérieure, dont l'atteinte se spécifie par un trouble profond de la conscience. Nous voilà loin des conceptions d'Aristote, qui, toujours, refusa d'admettre la participation du cerveau à la vie de l'esprit ! Ne triomphons pas trop bruyamment, toutefois, en songeant, avec Descartes, qu'il est encore bien des questions « en controverse entre les doctes », et qu'en médecine, « tout ce qu'on sait n'est presque rien à côté de ce qui « reste à savoir » !

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

La gliofibromatose de Recklinghausen, par MM. le professeur Carrière, le professeur agrégé Huriez, M. Gervois et R. Dupret (de Lille) (1).

Plus d'un millier de publications dispersées dans la littérature médicale ont apporté bien des précisions à la description initiale de l'auteur strasbourgeois. Dans un travail de synthèse, basé sur ces données bibliographiques et l'analyse de 21 observations personnelles, les auteus ont voulu brosser à grands traits le tableau clinique de cette affection et systématiser une description de symptômes multiples et disparates. Ils ont tenté de les grouper en syndromes : cutané (tumoral et pigmentaire), nerveux (central et périphérique), tumoro-viscéral (fréquence relative des neurinomes médiastinaux), osseux et endocrinien. Les auteurs ont montré l'unité des formes cliniques, dont le nombre ne le cède qu'à leur diversité.

D'autre part, les travaux récents ont complètement remanié l'interprétation histopathologique de la maladie de Recklinghausen. Tandis que les premiers observateurs voyaient la lésion primitive dans une simple prolifération conjonctive, l'aspect fibroplastique n'est plus actuellement considéré que comme une réaction secondaire à une hyperplasie électivement gliale. C'est pourquoi, à la dénomination cependant classique de neurofibromatose, les auteurs ont préféré celle de gliofibromatose de Recklinghausen, qui tient compte à la fois des découvertes de l'auteur allemand et des données anatomo-pathologiques récentes.

Hématologie du praticien. — T. I. Technique hématologique. Les maladies des globules rouges, par Arnault Tzanck et André Dreyfuss. — Un vol. in-8°. J.-B. Baillière et Fils, Paris.

Voici un livre dont l'intérêt pratique est très grand, puisqu'il met au point pour le praticien une question tout à fait à l'ordre du jour.

MM. Tzanck et Dreyfuss ont divisé le tome en deux livres. Le premier est consacré à la technique hématologique, aux éléments sanguins et aux milieux hématologiques. Le second livre, aux maladies des globules rouges.

La première partie est purement théorique. Dans l'esprit des auteurs, elle n'est pas destinée à la lecture suivie. C'est une documentation très clairement présentée, dans laquelle le lecteur, grâce à une table des matières détaillée, trouvera sans difficultés le renseignement cherché.

L'introduction à l'étude des maladies du sang, puis l'importante partie consacrée aux maladies des globules rouges constituent la partie didactique, dans laquelle les auteurs apportent avec clarté les résultats d'une longue expérience, reconnue de tous.

L'ouvrage est de plus abondamment et richement illustré. Nous sommes assurés de son utilité et de son succès.

L. G.

(1) Un volume in-8 de 152 pages, 32 clichés. Doin, éditeur, Paris, 1938. Prix : 40 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 34. — MERCREDI 27 AVRIL 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Ecole de médecine d'Amiens. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, s'ouvrira le lundi 24 octobre 1938 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours. (*Journ. off.*, 21 avril 1938.)

Guerre. — M. le médecin colonel Arène, au ministère de la Défense nationale et de la Guerre, est désigné pour suivre les cours du centre des hautes études militaires en 1938-1939.

— *Concours pour l'admission dans l'armée active.* — Un concours s'ouvrira le 28 novembre 1938 à l'Ecole d'application militaire du Service de santé militaire à Paris (Val-de-Grâce), 277 *bis*, rue Saint-Jacques, pour l'admission à vingt-cinq emplois, en principe, de médecin sous-lieutenant et à deux emplois de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines.

Association Générale des Médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu sous la présidence de M. le docteur Chapon, le dimanche 15 mai 1938, à 14 heures, dans la grande salle des séances, 60, boulevard de Latour-Maubourg. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale.

Le soir, banquet au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. le docteur de Fourmestraux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, président de la Société des Médecins d'Eure-et-Loir. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part, en envoyant avant le 13 mai leur adhésion et le prix du banquet (60 fr.), à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e). Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Invalides 55-19.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Nous rappelons que la conférence du dimanche 1er mai 1938 sera faite à 10 heures très précises, par M. Richard, chirurgien des hôpitaux, sur L'évolution et le traitement chirurgical de la tuberculose du genou chez l'enfant (projections). (Petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Entrée : rue de l'Ecole-de-Médecine.)

Vacances de la Pentecôte sur la Côte d'Azur. — Comme chaque année, la Société médicale du Littoral méditerranéen organise un voyage sur la côte d'Azur, à l'occasion des fêtes de la Pentecôte. — La concentration se fera à Nice le 2 juin, et l'on partira en autocar à 15 heures pour Cannes, par la route du bord de mer. Les voyageurs seront reçus au poste « Radio-Méditerranée ». — Le dîner et la soirée seront au casino de Juan-les-Pins. Coucher à Nice.

Le 3 juin, la matinée sera consacrée à la visite de Nice en autocar (vieille ville et ville nouvelle) ; — dans l'après-midi : tour de l'enceinte climatique de Nice ; — Visite de Villefranche et de Beaulieu ; — arrivée à Monaco pour le dîner et la soirée.

Le 4 juin, promenade en autocar dans les Alpes : La

Turbie, le Trophée d'Auguste, la Grande Corniche, la Vallée du Paillon, l'Eglise de Luceram ; — déjeuner à Peira-cava ; — la forêt de Turini, Sospel et Menton ; — retour à Monaco pour le dîner, et, dans la soirée, concert par le grand orchestre de Monte-Carlo, sur les terrasses du casino.

Le dimanche 5 juin (Pentecôte), matinée libre; — l'après-midi, visite du Musée d'Océanographie, du Musée d'Anthropologie et des jardins exotiques ; — dîner dans le parc.

Le 6 juin, dans la matinée, visite du château de Roquebrune, des Grottes de Grimaldi, du laboratoire du Dr Voronoff. — Visite de Menton et fête du folklore au Cap-Martin dans l'après-midi.

Le voyage sur la côte d'Azur sera terminé le 7 juin au matin, et les voyageurs auront le choix entre les deux excursions facultatives que voici :

Excursion en Corse : embarquement au port de Nice, à 11 h. le mardi 7 juin. — Arrivée en Corse pour le dîner. — Le mercredi 8, parcours de Calvi à Ajaccio en autocar Pullmann, par les Calanques de Piana et les Roches Rouges. — Le jeudi 9, visite d'Ajaccio et des souvenirs de Napoléon. — Excursion dans le Maquis. — Le vendredi 10, parcours d'Ajaccio à Bastia, par le col et la forêt de Vizzavona. — Retour au port de Nice, le samedi 11, à 7 heures.

Excursion en Italie : Départ pour Turin, par Coni, le mardi 7 juin, dans la matinée. — Déjeuner à Limone. — Visite de Turin. — Le mercredi 8, départ de Turin pour le lac Majeur, par l'autostrade. — Déjeuner à Stresa. — Visite des Iles Borromées. — Départ en autocar pour Milan dans l'après-midi. — Le jeudi 9, visite de Milan dans la matinée et de la Chartreuse de Pavie dans l'après-midi. — Arrivée à Gênes dans la soirée. — Le vendredi 10, visite de Gênes dans la matinée. — Parcours de la Riviera italienne dans l'après-midi : Savone, Porto-Maurizio, San-Remo, Bordighera, Vintimille. — Retour à Menton, Monaco et Nice dans la soirée.

Les séjours seront assurés avec le large confort qui est traditionnel à la Société médicale du Littoral Méditerranéen. — Des permis de parcours en chemins de fer, à tarif réduit, seront mis à la disposition des adhérents, avec arrêts autorisés. — Les membres de la famille des médecins, ainsi que les étudiants en médecine sont admis. — Pour tous renseignements complémentaires, conditions de voyage et de séjour, excursions, etc., écrire à l'Office climatique de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

La XVIIe Réunion neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris, les mardi 31 mai et mercredi 1er juin 1938, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (amphithéâtre de l'Ecole des infirmières).

La question suivante a été mise à l'étude :

La pupille en neurologie, par MM. J. Bollack, Ed. Hartmann, A. Monbrun, Ed. Velter et Aug Tournay, conformément au plan suivant :

1re Partie. — Reconnaissance et contrôle des troubles pupillaires utilisables en séméiologie neurologique : 1° Etude objective des pupilles au repos. Pupillométrie 2° Etude objective des réactions pupillaires. Collyres.

2e Partie. — Valeur séméiologique et diagnostique des troubles pupillaires : 1° Dans les affections neurologiques d'ordre médical. 2° Dans les affections d'ordre neurochirurgical.

3e Partie. — Recherche d'explications physiopathologiques.

Pendant la Réunion neurologique, les adhérents entendront également l'exposé des travaux du Fonds Déjerine :

MM. Riser et Valdiguié. — La nutrition cérébrale.

M. Ajuriaguerra. — Les polynévrites expérimentales.

M. Mollaret. — Etude électrophysique de la régulation posturale.

L'exposé des travaux du Fonds Babinski :

M. Krebs. — Du diagnostic et des indications opératoires dans les complications des traumatismes craniocérébraux.

M. Plichet. — Les épilepsies toxiques.

L'exposé du Prix Charcot :

M. Rouquès. — Complications nerveuses des leucémies.

Secrétaire général : professeur O. Crouzon 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique de psychothérapie, par le docteur K. Graeter (Bâle). *Le traitement des troubles affectifs et l'art de vivre* (suggestion et hypnose. Psychanalyse. Biosophie). Traduit de l'allemand par A. Kastler (agrégé de l'Université) (1).

L'auteur résume les neuf cours sur l'auto-suggestion qu'on lui avait demandé d'organiser à Bâle, Zurich, Aarau, Berne, Soleure, Schaffhouse, Zofingen et Vienne. Il s'est efforcé de présenter les lois de la suggestion et de l'autosuggestion d'une manière simple et acessible, tout en restant sur le terrain strictement scientifique.

Il a mis en lumière les rapports étroits qui existent entre la suggestion, l'inspiration artistique et l'activité créatrice.

Il a montré aussi comment, en approfondissant la méthode d'autosuggestion par la psychanalyse et l'hypnocatharsis, en cherchant à provoquer chez le sujet des rêves curatifs, en faisant appel à la biosophie et à la psychologie, et en y ajoutant la gymnastique suggestive, on découvre des horizons nouveaux.

L'ouvrage constitue ainsi une vue d'ensemble de la psychothérapie et un guide pour qui veut l'appliquer.

(1) Un volume de 214 pages, avec 9 planches. 1933. Prix : 35 fr. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

BIOLOGIE GÉNERALE

ONTOGÉNÈSE ET PHYLOGÉNÈSE

LES INFLUENCES ANCESTRALES LEURS RAPPORTS AVEC LA PATHOLOGIE

Essai d'interprétation

Par M. JEAN ALBERT-WEIL (Béziers)

C'est surtout chez les êtres microscopiques que l'influence du milieu se fait sentir à son plus haut degré. A mesure que l'on s'élève dans l'échelle des êtres, la plasticité morphologique et biologique de l'individu fait place à une certaine rigidité et fixité dans le morphisme, et le mode de vie, et l'influence du milieu s'exerce *sous cette forme détournée que l'on nomme évolution.* Il nous semble évident qu'un être éminemment plastique, éminemment sensible à toutes les influences extérieures, ne pourrait que se modifier passagèrement, subir des mutations successives plus ou moins profondes, mais non pas évoluer selon un plan déterminé *en vue de constituer un être jouissant dans le temps d'une relative fixité.* Au contraire, si, du fait de la variation physico-chimique du milieu la plasticité morphologique et biologique n'est plus absolue, s'il y a, pour employer un terme impropre, une certaine résistance à l'influence extérieure, c'est-à-dire une certaine « tendance de l'être à persévérer dans son être », à s'individualiser, les influences extérieures tendront soit à annihiler l'individualité de l'être, et ce sera sa disparition en tant qu'unité, sa « mort », soit au contraire à renforcer cette individualité, et ce sera « l'Evolution ».

C'est en somme le milieu ambiant qui a créé l'être et son individualité ; la variation de l'état physique et chimique des corps est à l'origine de toute évolution, je pourrais dire que c'est l'évolution même. C'est par exemple le refroidissement progressif de notre terre, entre beaucoup d'autres facteurs, qui est à la base des transformations de tout ce qui constitue le milieu où nous vivons. La formation d'êtres distincts, d'êtres individualisés, semble donc une simple conséquence d'une modification d'état physique et chimique. Par suite des variations physico-chimiques, il s'est trouvé que certains corps sont devenus moins plastiques, *et plus résistants* aux influences extérieures, que certains corps ont pu se combiner pour former des corps nouveaux, etc... De nouvelles individualités se sont donc constituées, individualités formées elles-mêmes d'éléments très divers unis pour former un tout, rendant ainsi beaucoup plus complexes les influences extérieures.

***

Il n'y a donc eu véritablement *évolution* que parce que l'influence du milieu, en l'espèce les variations physico-chimiques, s'est exercée *dans un sens individualisant.*

L'évolution nous apparaît comme une sorte de ralentissement dans le temps de l'influence du milieu sur les êtres, une complication d'un processus initial simple. L'individualisation implique une certaine fixité morphologique et biologique de l'être. L'être individualisé a par le fait même de la persistance des influences qui l'ont créé une tendance à garder son individualisation. Si des influences nouvelles s'exercent sur lui et le transforment, modifiant seulement son individualité ancienne, *sans la lui faire perdre,* les influences premières, ancestrales pour ainsi dire, *auront donc laissé des traces* et continueront à s'exercer d'une façon lointaine sur l'être lui-même et sur l'ontogénèse des êtres futurs de même espèce. C'est ce qui se produit dans le cas de l'évolution des êtres terrestres. Toute combinaison chimique rapide tendant à donner naissance à un corps chimique déterminé existant dans la nature, est *un rappel* dans des conditions nouvelles et sous des influences nouvelles d'une évolution ancienne, une répétition pour ainsi dire caricaturale, car le milieu ambiant s'est modifié, de la rapidité évolutive ancestrale.

***

Nous pourrons donc donner à la loi bien connue de Serre ou de Fritz Muller, ou loi de Patrogonie, la plus grande généralité, étant donnée l'évolution terrestre : *Tout être, dit cette loi, reproduit dans son développement embryogénique les différentes phases évolutives par lesquelles a passé son espèce pour en arriver à son état actuel. En d'autres termes, l'ontogénèse répète la phylogénèse.*

Il convient de donner à cette loi admirable sa véritable portée. Le plus haut degré d'individualisation pour un être dans la nature, c'est d'être vivant. Cet état physico-chimique spécial ne diffère en rien des autres états physiques et chimiques des corps, si ce n'est par une complexité plus grande. L'apparition de la vie sur la terre, de même que le perfectionnement des êtres vivants, ne sont que les inéluctables conséquences de la tendance individualisante de l'évolution naturelle.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, lorsqu'on étudie l'évolution des êtres, c'est que, en même temps que cette évolution, que cette tendance à l'individualisation des êtres, il y a dans la nature une tendance opposée, tendance à la désagrégation et à la destruction des individualités d'autant plus marquée que l'individualité est plus élevée et formée d'éléments plus complexes, c'est la *mort, mutation brusque,* qui détruit l'être pour faire rentrer les éléments qui le constituent dans l'indifférenciation, ou plutôt dans la différenciation moindre. « La Nature, a dit Jaworski, tolère l'individualité, mais elle la punit de mort. » Pour cet auteur, l'individualisation entraîne la mort. Elle suppose *par son essence même* la mort.

Il faut, à notre avis, considérer le problème un peu différemment :

La mort est un *rappel* des brusques et rapides mutations anciennes (par exemple, des combinaisons et désagrégations chimiques rapides et faciles, etc.) alors que les corps avaient leur maximum de plasticité. Quand l'individualisation était peu marquée, se bornant à des différenciations entre des corps simples,

les combinaisons chimiques instables constituaient par leur formation, et leur décomposition, un passage perpétuel et rapide d'un état que nous appellerons en quelque sorte une vie dans ce qu'elle a de plus fruste, dans un autre état que nous appellerons une mort dans ce qu'elle a de plus simple. Avec le refroidissement de la nébuleuse solaire, la stabilité des combinaisons, partant, l'individualisation de corps nouveaux, l'état qu'il convient en somme d'appeler la Vie s'est de plus en plus distingué de la mort par suite du *ralentissement et de l'atténuation des réactions physico-chimiques* (non pas de *leur disparition*), *mais il a continué cependant à lui céder la place.* Toutes les réactions anciennes ont persisté, mais d'une manière plus complexe et plus lente ! A la combinaison des corps a toujours succédé leur désagrégation, à leur désagrégation a toujours succédé leur combinaison, en d'autres termes, les individus naissent, vivent et meurent et les éléments qui les forment s'agrègent et se désagrègent sans cesse pour les faire vivre et mourir.

Affirmer donc, comme font certains auteurs, que « l'immortalité est la note primitive fondamentale de la vie », semble un peu hasardé et beaucoup trop absolu. C'est considérer le problème sous un angle singulièrement restreint. Le Professeur Dastre dit :

« En fait, les êtres composés d'une cellule unique, protophytes, Protozoaires, les Algues et les Champignons unicellulaires, au minimum de différenciation échappent à la nécessité de la mort. Ils n'ont pas sans doute, comme le remarque Weismann, l'immortalité idéale des Dieux de la Mythologie, qu'aucune blessure ne pourrait atteindre. Au contraire ils sont infiniment vulnérables, fragiles, périssables, il en meurt à chaque instant des myriades. Mais leur mort n'est pas fatale. « *Ils succombent à des accidents* », jamais à la vieillesse. »

Qu'importe en somme que la mort de ces êtres ne nous semble pas fatale, autant qu'une conception aussi subjective et relative puisse être prise en considération. « *Ils sont infiniment vulnérables, fragiles, périssables.* » Il en meurt à chaque instant des myriades.

Evidente confirmation de ce que nous affirmions plus haut. Tout composé chimique, organo-chimique est décomposable. Sa plus ou moins grande complexité, sa plus ou moins grande stabilité ne pourrait empêcher que dans des circonstances données, sous des influences déterminées, « ils ne succombent à des accidents », en d'autres termes, ils ne se décomposent. Les phénomènes dits vitaux n'échappent pas aux lois générales physico-chimiques. L'intégration, la désintégration, c'est-à-dire le passage perpétuel de la mort à la vie, et de la vie à la mort, sont les phénomènes fondamentaux et universels de notre monde, phénomènes qui se produisent à des degrés différents et suivant des processus plus ou moins complexes selon les êtres considérés.

Comment comprendre maintenant la loi de Patrogonie ? A l'origine de la formation de notre monde, que voyons-nous ? Une plus grande rapidité, une plus grande intensité dans les phénomènes physico-chimiques, des mutations, des révolutions des combinaisons, des décompositions violentes.

Puis notre nébuleuse (ou plutôt notre fragment nébuleux) se refroidit. Notre monde avance en âge. Les réactions physico-chimiques s'atténuent, se font plus lentement. Aux révolutions succède l'évolution, créatrice des individualités et partant de la vie, telle que nous l'entendons actuellement.

Au début, les premiers êtres vivants naissent, évoluent, meurent rapidement (1). Leurs types sont instables. Ils subissent de grandes variations. La rapidité de l'évolution initiale a persisté dans l'ontogénèse des êtres actuels, les « notes » ancestrales n'ont pas disparu. Mais la terre vieillit. L'évolution des êtres se fait plus lente. On comprend pourquoi chez l'embryon les premiers stades embryonnaires se succèdent, avec beaucoup plus de rapidité que les derniers, pourquoi le dernier stade de l'ontogénie, la croissance de l'enfant jusqu'à sa maturité, se fait si lentement par rapport à l'embryogénie.

D'autre part il y a la *mort* qui rentre dans le même processus cyclique, *persistance et rappel* de la note ancestrale. Embryogénie, croissance, maturité, déclin, mort. L'évolution nous apparaît comme une conséquence du ralentissement et de l'atténuation des phénomènes physico-chimiques du monde. Les *phénomènes de la nature suivent des processus cycliques.* L'ontogénèse de tout être rappelle sa phylogénèse.

Mais il n'y a pas à vrai dire d'accélération embryogénique. L'évolution patrogonique est commune à tous les êtres quels qu'ils soient, mais n'est nullement bornée à la vie de l'embryon. *Seulement les proportions évolutives sont toujours gardées.* La rapidité embryogénétique et le ralentissement évolutif qui suit la naissance existent dans l'ontogénèse, comme ils se sont produits dans la phylogénèse.

Cette notion *très générale* semble beaucoup plus importante que la notion d'accélération. Il n'y a jamais vitesse ou accélération que relativement. La notion de vitesse est un concept subjectif et sans portée. Au contraire, la conception de cette harmonie toujours conservée dans les proportions évolutives de tous les êtres, que l'on considère la phylogénèse de la race prise en général, et considérée dans son évolution au cours des siècles ou l'ontogénèse de l'individu considéré dans son évolution au cours des jours et des années, a une portée infiniment générale et ouvre de vastes horizons.

L'Evolution n'est pas un phénomène continu et uniforme comme le voulait Darwin, elle se fait selon des rythmes discontinus et variables, selon les temps et les espèces. L'individualisation des espèces et des individus a entraîné, et cela surtout pour les animaux supérieurs, un défaut relatif de plasticité des espèces et des individus sous les influences extérieures. Il en résulte une fixité relative et apparente des espèces et des individus, qui portent en eux-mêmes leur propre destinée. *Chaque espèce, chaque individu suit son propre cycle évolutif que ne parviennent à modifier les influences extérieures que par de brusques conflits, mu-*

(1) Le rythme évolutif du début a dû être extrêmement rapide et le rythme actuel est très lent par rapport au primitif.

tations brusques : maladies ou morts des espèces et des individus. Cette notion philosophique a une énorme importance pour ce qui regarde la médecine (1).

Nous comprenons maintenant pourquoi les phénomènes de la nature nous semblent tous régis par ce que nous sommes convenus d'appeler *des lois*. Qu'est-ce donc qu'une loi, en effet, si ce n'est la conséquence générale que nous tirons de la persistance de proportions évolutives toujours les mêmes pour un corps donné, du rappel auquel nous nous attendons toujours d'un processus évolutif ancien. L'homme a pu concevoir l'idée de loi naturelle, parce que les phénomènes du monde présent répètent les phénomènes passés (*d'une manière toutefois un peu différente, le milieu ambiant n'étant plus tout à fait le même qu'autrefois, du fait de l'évolution générale*).

Mais, dira-t-on, le concept de loi naturelle implique l'induction de phénomènes à venir. Nous sommes d'autre part capables de réaliser certains phénomènes qui normalement n'auraient dû se produire que beaucoup plus tard dans la nature, étant donnée son évolution.

Tout cela tient à ce que nous avons la notion confuse de notre situation dans le temps par rapport à notre univers. Nous savons que si, dans notre évolution individuelle, nous sommes, si l'on peut dire, le passé et le présent de notre espèce, et même du monde entier (2), nous sommes aussi en quelque sorte son « avenir ». L'ontogénèse en effet répète la phylogénèse, mais il arrive un moment où elle est « comme en avance » sur la phylogénèse, puisqu'elle s'achève et se termine tandis que la phylogénèse n'est pas encore finie. D'autre part, lorsque nous concevons une loi naturelle, nous affirmons implicitement que chacun de nous, et chacun des êtres qui nous entourent constituent une partie de l'être général terrestre, et que notre vie est une répétition abrégée de l'évolution de cet être, *puisque nous édictons comme définitives et généralement vérifiables dans le présent et dans l'avenir les lois évolutives de chacune des parties, en nous basant sur l'observation de phénomènes passés.*

***

Notre conception de loi naturelle est légitime en raison de l'harmonie du rythme et des proportions évolutives des phénomènes de la nature, qui s'est toujours conservée depuis les origines.

Tous les phénomènes se miment, puisqu'ils sont soumis à des lois générales. Mais sous l'influence de l'évolution générale, ils subissent des modifications au cours des âges. Ces deux processus concomitants ne sont nullement en contradiction l'un avec l'autre. En effet, puisqu'il y a des lois évolutives générales, l'évolution n'est probablement elle-même dans son ensemble qu'une répétition quelque peu modifiée peut-être d'une évolution antérieure dans un monde antérieur au nôtre. Les lois de l'évolution générale ne connaissent pas les distinctions subjectives entre l'infiniment grand et l'infiniment petit ! *Elles s'appliquent indistinctement à toutes les ontogénèses.*

On peut concevoir que tout être, dès sa naissance, contienne pour ainsi dire en germe, de par l'évolution particulière des éléments qui le constituent, toute une esquisse plus ou moins lointaine de son évolution future, esquisse qui se reproduira sans cesse au cours de sa croissance, et de par son évolution générale, une esquisse de l'évolution de l'être dont il est une partie.

La loi de Patrogonie a une portée si générale qu'elle doit non seulement valoir pour le passé, mais encore faire entrevoir l'avenir. La mort, avons-nous dit plus haut, est un rappel sous un monde beaucoup plus complexe d'une mutation ancestrale beaucoup plus simple. Mais cette mutation elle-même, ces réactions premières, ces phénomènes primitifs, auraient déjà pu faire préjuger de l'avenir le plus éloigné de l'individu, puisqu'ils ne sortaient pas du cadre de la loi patrogonique. *Il n'y a, semble-t-il, dans la nature que des degrés dans l'application d'une même loi.* Il y a, à vrai dire, dans l'univers une coexistence de processus simples et de processus plus complexes. Cela tient à cette universelle répétition des phénomènes anciens, certains phénomènes ontogéniques n'ayant dans le plan biologique qu'une valeur embryonnaire, les autres un caractère plus évolué. La vie du Grand Tout, suite ininterrompue, est constituée par la succession des naissances, des vies et des morts des êtres qui le constituent, chacun de ces êtres par le fait même de son degré d'évolution étant un élément type (1).

L'agrégation, l'ensemble de tous ces types forme l'individualité générale. « Notre mort, dit Jaworski, n'est qu'un phénomène secondaire et relatif. Elle n'existe que par rapport à nous. » Il y a une relation intime entre la vie de l'ensemble et les vies particulières successives des parties, *les modifications successives des unes dans leur forme et leur durée entraînant l'évolution actuelle et future de l'autre.*

Tout l'avenir en somme est contenu en puissance dans le passé, et l'on peut concevoir, dans l'ère de jeunesse du monde, le passé comme une esquisse fruste et plus simple d'un avenir perfectionné, et plus complexe. *Lorsque le monde vieillira, l'avenir ne sera plus que l'esquisse plus simple d'un passé qui aura été plus perfectionné et plus complexe.*

De tout cet exposé, quelle est la conclusion qui maintenant semble se dégager ou plutôt quelle induction en pouvons-nous tirer ? Ne serait-ce pas que *la*

(1) Il y a aussi les mutations profondes et superficielles, propres à chaque existence, produites par « l'éducation » et le genre de vie qui sont à considérer.

(2) Il semble que l'individualité humaine résume en elle la plupart des éléments existant dans l'univers, c'est une synthèse du monde aboutissant d'une longue évolution.

(1) Jaworski émet cette idée curieuse mais qui prête à discussion, à savoir que dans la nature tout être contient en lui-même la note caractéristique *typique* représentative de sa fonction principale. Par exemple la « Note reptilienne », c'est la digestion, le *tube digestif*, note qui s'est perpétuée, extériorisée en dehors de nous sous la forme de reptiles, et intériorisée en nous sous la forme de notre tube digestif (!). Qu'est-ce qu'un serpent en effet, si ce n'est un tube digestif servi par d'autres organes ?) C'est en partant de cette idée que Jaworski a pu conclure un de ses ouvrages en disant : « *L'ontogénèse peut répéter le Phylogénèse précisément parce que les parties de l'être (organes) correspondent aux parties de l'ensemble (organismes).* » Il ne nous appartient pas de donner ici tous les développements que pourrait comporter cette conclusion.

Phylogénèse est elle-même une ontogénèse en grand. Ce ralentissement, cette atténuation étrange dans les phénomènes de la nature qui ont créé la vie, et la fixité relative des individualités, ne tendraient-ils pas vers une fixité relative du tout, vers l'achèvement d'un être, dont *nous serions des parties ?* Il le semble bien ! Grande rapidité, grande plasticité primitive (Embryogénie), plasticité moindre, rapidité moindre (Croissance), évolution lente, faible plasticité (maturité) et plus tard régression, déclin, désagrégation. (Mort).

***

Il serait intéressant d'étudier au cours des âges, dans la mesure où cela serait possible, les variations et l'évolution des processus morbides chez l'homme, que l'on comprendrait peut-être mieux si on pouvait leur donner leur valeur, et leur signification dans le plan phylogénétique. En étudiant les maladies dans leur évolution historique, et dans leurs rapports avec l'évolution ancestrale et l'âge phylogénétique des espèces, on pourrait peut-être comprendre et expliquer le pourquoi de certains tropismes et de localisations organiques ou viscérales de certains processus morbides. Le pneumocoque par exemple tend chez les Européens, représentant un stade d'évolution avancé, à donner des formes localisées (pneumonie, bronchopneumonies). Ce n'est que chez le jeune enfant que l'on peut en général observer de Septicémie pneumococcique. Les Noirs, cependant, représentant une note évolutive plus infantile et pour lesquels par ailleurs le pneumocoque est un ennemi plus récent, n'en sont point encore au stade pneumonique ou bronchopneumonique des Européens. L'atteinte de la race noire par le pneumocoque se traduit d'ordinaire par une septicémie très grave, souvent mortelle (Charles Nicolle, Destin des maladies infectieuses). Le Vieillissement progressif de l'humanité, avec les *immunisations et les sensibilisations* successives qu'il représente, pourrait peut-être expliquer pourquoi au cours des âges des maladies ont changé de forme et de localisation, pourquoi certaines maladies affectaient jadis un type plus « infantile » et évolutif qu'elles n'ont aujourd'hui, pourquoi certaines maladies antérieurement inconnues sont soudain apparues, pourquoi d'autres ont disparu. Il se peut que la pathologie des anciens âges ait été plus jeune que celle d'aujourd'hui. Un jeune homme d'aujourd'hui, fruit d'une humanité plus vieille, n'est-il pas en un sens plus vieux qu'un vieillard, ou pour le moins qu'un homme de son âge, d'il y a dix mille ans ? La pathologie d'une humanité plus âgée ne saurait être la même que celle d'une humanité adolescente. Dans toutes les espèces animales et surtout chez les animaux supérieurs, moins « plastiques » et sur lesquels les influences du milieu extérieur s'exercent moins immédiatement, les phénomènes d'immunité, d'anaphylaxie, d'allergie sont soumis comme les autres aux *Influences ancestrales.*

Qui sait si certaines maladies animales ne sont pas d'anciennes maladies humaines, auxquelles l'humanité n'est plus guère sensible du fait de son vieillissement, mais qui persistent chez elle sous forme de ces « infections inapparentes » (1) découvertes par Charles Nicolle ? Et réciproquement, certaines maladies humaines ne sont-elles pas d'anciennes affections animales, persistant chez les animaux sous forme d'infection inapparente ? L'étude des infections inapparentes serait à faire dans leurs rapports avec la phylogénie des espèces, et du point de vue de la « pathologie historique ». La pathologie historique constitue un chapitre de la Médecine qui est encore à peine ouvert, mais qui serait susceptible d'acquérir s'il était étudié sérieusement une portée philosophique considérable, et aussi une portée pratique. Les conceptions exposées dans le présent article pourraient peut-être éclairer la pathologie historique d'un jour singulier.

En effet, l'âge phylogénétique des races et des espèces influe sur les caractères des manifestations pathologiques présentées par les individus qui constituent ces races et ces espèces. Des individus de races ou d'espèces demeurées à un stade phylogénétiquement jeune présenteraient en général, et à âge individuel égal (2), des manifestations de caractère plus spécialement infantiles que des individus appartenant à des races ou à des espèces phylogénétiquement plus âgées.

L'étude rationnelle et étendue de la pathologie comparée, à la lueur des lois de la phylogénie, amènera assurément à la découverte de lois des manifestations pathologiques qui varient selon les races et les espèces. Le regretté Quinton n'avait-il pas tiré des conclusions intéressantes de l'étude comparée de la Température des diverses espèces animales, conclusions qui ont entraîné des conséquences thérapeutiques non négligeables.

L'avenir permettra aux chercheurs, espérons-le, d'approfondir toutes ces questions dont nous n'avons pu donner dans ce travail qu'une très incomplète ébauche.

---

(1) Charles Nicolle a montré qu'il peut exister des animaux atteints d'une affection aiguë sans symptômes (infection inapparente), mais qui sont capables de transmettre à des sujets de la même espèce ou d'autres espèces, vivant en contact avec eux, le virus dont ils sont porteurs, ainsi que le font et pendant la même durée les sujets qui témoignent de leur infection sous forme visible à symptômes. Ainsi les germes pathogènes peuvent provoquer sans manifestations cliniques, non seulement les infections de surface, qui caractérisent les porteurs de germes, mais aussi des infections de profondeur. Ch. Nicolle et Lebailly ont ainsi montré que chez le rat le typhus exanthématique évolue insidieusement et sans manifestations cliniques. Il n'est pas douteux que de telles infections puissent laisser derrière elles l'immunité acquise.

(2) C'est là un point qu'il importe de noter. Car ainsi que nous l'avons fait remarquer dans la première partie de ce travail, si dans notre évolution individuelle, nous sommes, si l'on peut dire, le passé et le présent de notre espèce, et même du monde entier, nous sommes aussi en quelque sorte son « avenir ». L'ontogénèse en effet répète la phylogénèse, mais il arrive un moment où elle est « comme en avance sur la phylogénèse puisqu'elle s'achève et se termine tandis que la phylogénèse n'est pas encore finie. Un vieillard ou un animal âgé peuvent donc être individuellement, en ce qui concerne leur propre ontogénèse, « d'un âge plus avancé, que ne peut l'être phylogénétiquement l'espèce à laquelle ils appartiennent ».

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction du professeur Emile Sergent et des docteurs L. Ribadeau-Dumas et E. Babonneix. *Appareil respiratoire.* 2 volumes in-4°, tome I de 484 pages avec 88 figures, et tome II de 575 pages avec 83 figures. A Paris, chez Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

LA THÉRAPEUTIQUE DINITRÉE APPLIQUÉE A LA CURE DE L'OBÉSITÉ

Par M. le professeur G. POUCHET,
de l'Académie de Médecine.

M. le docteur Jacques Bell vient de consacrer sa thèse à l'étude de la médication dinitrée (1).

Depuis les premières applications effectuées en Amérique de l'alphadinitrophénol 1.2.4. et dont les doses avaient été au début fortement exagérées ou administrées pendant un temps trop long et sans surveillance, ce qui avait conduit fatalement à des incidents et même à des accidents graves, de très nombreux essais effectués au cours de ces dernières années ont montré que l'on pouvait obtenir de très heureux résultats en se conformant à des règles strictes et en exerçant une continuelle et étroite surveillance des malades ainsi que de leurs réactions.

J'avais déjà attiré l'attention de l'Académie sur ces faits dans la séance du 16 février 1936.

M. Jacques Bell a repris très scrupuleusement l'étude de cette médication, et l'on peut juger par la simple lecture de l'index bibliographique ainsi que de la table des matières de son travail, du soin et de la rigueur qu'il a apportés à cette étude.

L'influence exercée par la médication dinitrée sur les grands appareils de l'organisme est rigoureusement déterminée ainsi que les conditions de son emploi. C'est par une action hypermétabolisante portant principalement sur les oxydations cellulaires que se traduit la réaction provoquée par les composés dinitrés, et cette influence fut révélée pour la première fois par les recherches de Cazeneuve et Lépine (de Lyon) qui étudièrent, en 1885, l'action du dinitronaphtol sur la température du chien. Mais l'action de ce composé est violemment toxique, et c'est à lui que l'on doit pour une part attribuer les accidents provoqués en Amérique par l'usage d'un dinitrophénol impur.

Dans le chapitre relatif à cette action hypermétabolisante, l'auteur rapporte les faits expérimentaux démontrant qu'elle est due à une augmentation considérable des combustions, que le système nerveux n'intervient pas dans cet effet, qu'il n'est pas dû non plus à une augmentation du travail musculaire, que l'on ne peut incriminer une influence exercée sur les viscères, enfin que l'on doit s'en tenir à une action immédiate sur les tissus.

De nombreux auteurs se sont livrés à l'étude expérimentale des dérivés phénoliques dinitrés. Depuis les premiers travaux du professeur A. Mayer, datant de 1917, et repris de 1932 à 1935, les physiologistes se sont préoccupés presque exclusivement de fixer le rapport existant entre la toxicité absolue et l'élévation thermique maxima, alors que, du point de vue thérapeutique, *c'est seulement le rapport existant entre la toxicité et la dose hypermétabolisante minima qui est intéressant*, et ce rapport a été nettement déterminé par les observations d'un grand nombre de thérapeutes. L'influence hyperthermisante doit être rigoureusement évitée dans l'emploi thérapeutique des dérivés dinitrés.

De très intéressants tableaux reproduisent les résultats exercés par l'intervention de ces dérivés sur le métabolisme basal et montrent que l'augmentation du métabolisme est due essentiellement à l'accroissement de la combustion des graisses et un peu à celle des hydrates de carbone, tandis que les albumines tissulaires sont respectées. La pression sanguine et le pouls ne sont pas influencés, de même que les fonctions du foie, du cœur et des reins. Il s'agit, dans ces cas, de doses exclusivement thérapeutiques. Le bilan de la nutrition a été nettement déterminé par les médecins américains (*Tainter* et ses aides) et leurs résultats furent entièrement confirmés depuis.

La médication dinitrée en thérapeutique constitue un très important chapitre dans le travail du docteur Jacques Bell. Il en résulte que la surveillance étroite de la température chez le sujet traité est un élément capital pour guider l'administration et la dose du médicament. La tolérance des obèses au traitement dinitré ainsi que leurs réactions, les conditions dans lesquelles la médication est mise en œuvre, le régime, les rapports entre la dose employée et le taux de l'amaigrissement font l'objet de considérations très précises, qu'il s'agisse d'obésité simple ou d'obésité compliquée.

A ce sujet, des observations très suivies démontrent que la perte de poids chez les obèses est due principalement à la combustion des graisses et ne résulte pas d'une dénutrition globale comme celle que détermine l'emploi de la thyroxine qui provoque une déperdition des matières protéiques en attaquant les albumines tissulaires des muscles et du myocarde ainsi que le fait le régime du demi-jeûne. Cette combustion intense des graisses est tout à fait comparable à celle que réalise l'exercice physique, ce qui rend cette médication fort intéressante pour les personnes à qui leurs occupations professionnelles interdisent, faute de temps, la pratique des exercices physiques. D'ailleurs, l'abaissement initial du quotient respiratoire dans les résultats expérimentaux démontre que, plus précocement encore que les glucides, les graisses sont comburées d'une façon exagérée. Un tableau très démonstratif à cet égard met en évidence les résultats obtenus sous l'influence du régime, de la thyroxine et de la nitrophénazine (p. 66).

La médication dinitrée et les insuffisances endocriniennes, ainsi que les applications du traitement dinitré en dehors de l'obésité, ont été également envisagées, ce qui montre à quel point d'exactitude a été poussé ce travail.

Enfin, une très large part a été faite à la surveillance du traitement. L'auteur expose, d'une façon très détaillée et minutieuse, les manifestations, incidents et accidents qui peuvent être observés au cours de ce traitement. Il insiste sur : 1° l'état de pureté du produit employé, les impuretés et notamment les dérivés nitrés des homologues supérieurs du phénol jouant un rôle de première importance dans la production des accidents ; 2° la quantité de médicament absorbé ; 3° la composition du régime alimentaire, régimes déséquilibrés, régimes carencés. En définitive, les troubles les plus fréquents observés chez les sujets prédisposés sont représentés par des éruptions cutanées, de petits troubles névrétiques tels qu'une atténuation ou même une disparition plus ou moins passagère du goût, mais ces réactions imposent une cessation immédiate du médicament, sans constituer pour cela une contre-indication permanente à l'emploi du traitement.

Un dernier chapitre est consacré à la posologie et aux directives thérapeutiques. C'est le plus important au point de vue pratique et il est d'une précision parfaite. Il fixe les points suivants : 1° dose nécessaire et suffisante ; 2° durée de l'administration ; 3° rythme de cette administration ; 4° suspension immédiate du médicament au moindre signe d'intolérance (bouffées de chaleur, érythèmes, sueurs profuses, vertiges, malaises, céphalées, élévation de température) ; 5° renonciation absolue à l'emploi de doses élevées ; 6° ne jamais dépasser une dose de 25 à 30 centigrammes chez les sujets de poids moyen de 75 kilogrammes ; 7° surveiller très attentivement, au moins une fois par semaine, les fonctions hépatique et rénale, les variations de poids et tous phénomènes subjectifs, établir une courbe quotidienne de température rectale et suspendre au moins provisoire-

(1) Jacques BELL. — *La Thérapeutique dinitrée.* (J.-B. Baillière et fils, 1937.)

ment l'administration du médicament si cette température dépasse 37°5.

En respectant scrupuleusement ces règles, on peut être assuré de ne pas voir se produire d'incidents. Dans tous les cas, cette thérapeutique doit être dirigée et surveillée étroitement par le médecin.

Quant au choix de la forme pharmaceutique, la plus avantageuse est incontestablement, jusqu'ici, la combinaison du dinitrophénol 1.2.4. avec la lysidine, résultat des recherches assidues de M. Jacques Delagrange. Comme je l'ai fait remarquer dans ma communication à l'Académie de médecine, la dinitrophényl-lysidine ou nitrophénazine est facile à purifier, puisqu'elle est susceptible de cristalliser, et elle modifie heureusement au point de vue de la toxicité la fonction phénolique du dinitrophénol. De plus, par l'adjonction dans sa constitution du groupement méthylglyoxalidine (lysidine), elle favorise énergiquement l'élimination des déchets. De plus, ce composé est très facilement soluble dans l'eau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 10 MARS 1938)

Quelques particularités cliniques et électrocardiographiques observées au cours d'une épidémie de grippe. — M. Kleptar (Pardubice, Tchécoslovaquie) décrit une épidémie qui entraîna, pendant l'été 1937, l'hospitalisation de 80 malades, chez lesquels l'atteinte pleurale, bilatérale et durable, mais sans épanchement, fut la règle, et les complications myocardiques très fréquentes.

Une nouvelle modalité électrique dans la thérapeutique : les courants exponentiels de basse fréquence. — M. Picot expose les quatre propriétés principales des C.E.B.F. ; ils sont analgésiques, trophiques, produisant la contraction musculaire lisse et striée, et modifient profondément le métabolisme. Comme le courant galvanique, ils permettent l'ionisation médicamenteuse et la diélectrolyse.

Etude expérimentale de l'action leucolytique du benzène. — MM. Moynier et Berthet ont observé que, quelle que soit la voie d'introduction, le benzène a une action indiscutable sur les globules blancs, variable suivant la dose du produit et suivant les espèces animales. Il semble que le benzène ne soit un médicament leucolytique qu'à doses élevées, toxiques. C'est un médicament dangereux, qui ne doit être employé en thérapeutique qu'avec une extrême prudence.

Premiers résultats du traitement de la blennorragie masculine par le di-(P. acétyl-aminophényl) sulfone ou 1399 F. — M. Turon apporte les observations de 25 sujets atteints soit d'uréthrite subaiguë ou chronique, soit d'uréthrite aiguë ; la guérison fut obtenue en moins de 15 jours, dans 80 p. 100 des cas, en associant à la médication orale, donnée prudemment, les soins locaux sous forme de grands lavages au permanganate. Les incidents thérapeutiques furent minimes et transitoires.

Appareillage provisoire des fractures et luxations graves du membre inférieur dans la pratique du ski. — M. Brinon-Cherbuliez. La technique de cet appareillage est l'application à la pratique du ski de la méthode employée par le Service de santé au moyen de l'appareil appelé « Grande attelle externe ».

Réflexions sur les accidents rénaux consécutifs à la vaccination triple. — MM. Codvelle, Paraire et Jaquier rapportent un cas de néphrite hématurique provoquée par la vaccination triple, chez un sujet qui avait présenté un an auparavant une albuminurie minime transitoire, sans autres troubles des fonctions rénales. Ils rappellent à ce propos la fréquence relative de ces accidents chez les sujets atteints de débilité rénale, et discutent la conduite à tenir vis-à-vis de la vaccination triple des albuminuriques. Ils concluent à l'abstention systématique — sauf quelques cas d'espèce — et évoquent la possibilité de remplacer chez ces sujets la vaccination triple associée par d'autres techniques, moins agressives — mais peut-être moins efficaces.

Néphrite aiguë après vaccination triple associée. — MM. P. Melnotte et Duret rapportent l'observation d'une néphrite aiguë survenue à la deuxième injection de vaccin triple associé (2 cc.) chez un sujet de 22 ans sans antécédents rénaux. Anurie prolongée quatre jours ; azotémie s'élevant jusqu'à 3 gr. 25 par litre. Guérison avec fonctionnement rénal normal un an après.

A propos de la vaccination par le vaccin triple des jeunes recrues du contingent 1936. — Après avoir pratiqué 2.498 injections de vaccin triple, M. Walter n'a constaté aucun incident sérieux ; en particulier aucune réaction locale douloureuse ; la réaction vaccinale générale se manifeste surtout après la première piqûre.

Pseudo-appendicite au début de la maladie rhumatismale. — M. Brousses.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1938)

A propos de l'emploi de la sulfanilamide dans la gonococcie masculine. — M. André Caillet, de ses essais en clientèle privée, à l'aide de divers produits renfermant le groupement para-amino-phényl-sulfamide, conclut à l'efficacité, parfois surprenante, parfois nulle de cette thérapeutique.

Il faut toujours commencer par des doses d'attaque, en surveillant très attentivement les éliminations, ce qui exclut la possibilité de confier le traitement au seul malade.

Il y a toujours lieu d'adjoindre un traitement local.

Les seuls incidents constatés par l'auteur sont une phosphaturie massive et une lassitude extrême.

Thérapeutique des manifestations pathologiques à distance accompagnant la menstruation. — M. R. Jahiel a émis l'hypothèse que, dans ces cas, l'on se trouvait en présence d'un phénomène anaphylactique endogène, où l'élément sensibilisant était le sang menstruel régurgité par la trompe. Cette conception l'a conduit à essayer une désensibilisation spécifique à partir du sang menstruel de la malade. Utilisée depuis sept ans, cette thérapeutique a fourni des résultats intéressants, sanctionnés par le temps.

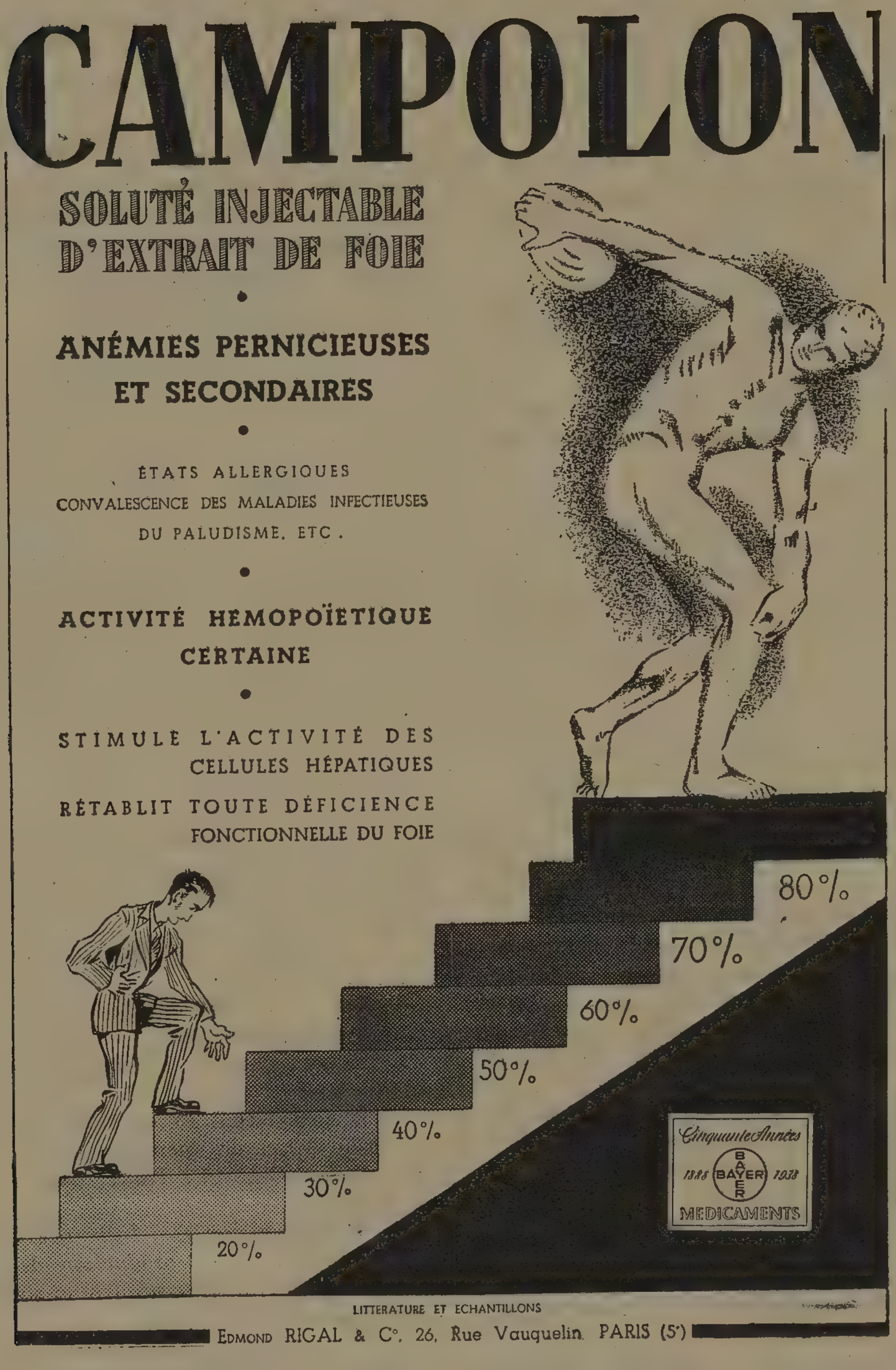
Une thérapeutique nouvelle de l'ulcère du duodénum. — MM. Gabriel et Roland Leven appliquent à l'ulcère du duodénum le principe qui régit toute leur thérapeutique : « Pas de médication isolée, mais une méthode de traitement ». Pour traiter un ulcère du duodénum, il faut :

1° Enseigner au malade des règles d'hygiène générale et surtout d'hygiène alimentaire ;

2° Lutter contre les spasmes, grâce au bromure de sodium, aux dérivés de la malonyl-urée et au sous-nitrate de bismuth ;

3° Cicatriser l'ulcère. Les auteurs utilisent dans ce but des suppositoires hydrargyriques et des capsules d'huile iodée.

Depuis quelque temps, ils ont substitué à l'huile iodée un composé d'hyposulfite de magnésium et d'iodure de sodium en injections intraveineuses, qui exerce en même temps une action sédative remarquable.



CAMPOLON
SOLUTÉ INJECTABLE
D'EXTRAIT DE FOIE
ANÉMIES PERNICIEUSES
ET SECONDAIRES
ÉTATS ALLERGIQUES
CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
DU PALUDISME, ETC.
ACTIVITÉ HEMOPOÏETIQUE
CERTAINE
STIMULE L'ACTIVITÉ DES
CELLULES HÉPATIQUES
RÉTABLIT TOUTE DÉFICIENCE
FONCTIONNELLE DU FOIE
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
Cinquante Années
1888 BAYER 1938
MEDICAMENTS
LITTERATURE ET ECHANTILLONS
EDMOND RIGAL & Cie, 26, Rue Vauquelin PARIS (5e)

Les auteurs discutent la difficulté d'interprétation des résultats, mais affirment la curabilité de l'ulcère duodénal.

Sur le rôle de l'antéhypophyse dans l'hématopoïèse. — M. Pierre Uhry.

Du traitement des intoxications barbituriques par les analeptiques à action centrale. — MM. F. Sciclounoff et G. Henny (de Genève), signalent que l'étude de 30 cas d'intoxication barbiturique leur fait préférer les analeptiques centraux aux autres procédés thérapeutiques.

En cas d'échec, ils recourent à la strychnothérapie en évitant les doses trop fortes. Le collapsus circulatoire résistant au traitement sera combattu par les analeptiques périphériques, l'adrénaline en particulier.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

XVIIe Session (16-20 avril 1938)

Les *Journées médicales de Bruxelles* viennent de se terminer. Après dix-sept ans, elles continuent à attirer les médecins et les savants du monde entier. Ce succès constant récompense justement les magnifiques animateurs que sont nos amis de Bruxelles : René Beckers, Raoul Bernard et Léopold Mayer.

Avec un éclectisme parfait, ils savent, tous les ans, rassembler les conférenciers les plus qualifiés pour traiter les questions du moment. Ils font alterner les travaux avec les distractions les plus rares — ainsi, cette année, ce furent les admirables Floralies de Gand qui commandèrent la date des Journées médicales. Et puis il y a la cordialité et la somptuosité de l'hospitalité belge ! Mais n'a-t-on pas tout dit à ce sujet ?

La séance d'inauguration a eu lieu, comme de coutume, au Palais des Académies. La séance était présidée par M. Marck, ministre des Transports. A ses côtés avaient pris place M. le professeur Fernand Neuman, président des Journées ; M. le doyen Tiffeneau, chef de la délégation française ; M. Albert Devèze, ministre d'Etat et bâtonnier de l'Ordre des avocats ; M. le professeur Fernand Bezançon, président de l'Académie de médecine de Paris.

Voici encore MM. les professeurs Haberland (Allemagne) ; O. da Fonseca (Brésil) ; Sante Pisani (Italie) ; Monteiro (Portugal) ; Von Euler (Suède) ; Perrier (Suisse). J'aperçois encore M. Bing (de Bâle) ; mon ami Robert d'Ernst (de Genève), le plus fidèle des Journées. Parmi les Belges, voici MM. les professeurs Robert Danis, Paul Héger-Gilbert, Delchef, de Bruxelles ; le lieutenant général médecin Declercq, inspecteur général du service de santé belge ; René Sand, directeur de l'hygiène ; le professeur Haibe (de Namur). Parmi les Français présents : M. le professeur Lepoutre (Lille) ; MM. Paul Chevallier, A. Tzanck, Joltrain (de Paris) ; le médecin général Fischer, MM. Jean Schneider et Gœhlinger. La presse médicale est représentée par M. Georges Brohée, président de l'Association de la Presse médicale belge, par notre éminent confrère et ami le professeur T. Oliaro (de Turin), directeur de *Minerva Medica*, l'Association de la Presse médicale française, enfin par le signataire de ces lignes.

La grande salle du Palais des Académies est comble. Dans la loge royale, l'Aide de camp du Roi, dans la loge diplomatique, l'ambassadeur de France, M. Paul Bargeton. Dans une autre loge enfin, j'aperçois M. Victor Cheval, ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Après l'exécution de la *Brabançonne*, écoutée religieusement, M. Marck ouvre la 17e session des Journées. Nous entendons ensuite un parfait discours de M. le doyen Tiffeneau qui, au nom des délégués des gouvernements étrangers, prie le Représentant du Roi de transmettre à Sa Majesté l'hommage des délégations. M. Tiffeneau parle ensuite des progrès de la chimie médicale. Il est très applaudi.

M. René Beckers, secrétaire général, donne lecture de son rapport annuel. Comme d'habitude, ce discours est de très haute tenue. Chaque année, Beckers étudie une question professionnelle. Devant l'éminent bâtonnier de Bruxelles, pouvait-il ne pas parler de l'ordre des médecins ?

M. Neuman, Président des Journées, est très applaudi, lorsqu'il se lève pour prendre la parole. Personne n'oublie en effet le dévouement dont le grand chirurgien fit preuve devant Dixmude.

M. Neuman situe ainsi les Journées médicales : il s'agit d'une réunion consacrée à la médecine interne et à la biologie, sous la présidence d'un chirurgien. Cette définition est le point de départ d'une remarquable conférence sur les nouvelles méthodes qui permettent la collaboration des médecins et des chirurgiens, sur la maladie post-opératoire, la chirurgie de la douleur...

M. le bâtonnier Albert Devèze, ministre d'Etat, lui succède. Après avoir fait acclamer une seconde fois M. Neuman, il parle *des médecins devant la guerre*.

L'ancien ministre de la Défense nationale qui a tant fait pour la préparation militaire de son pays était bien qualifié pour adresser un appel aux médecins témoins des horreurs de la guerre. Il leur demande d'apporter leur concours à l'étude de la protection des populations civiles contre les gaz et les bombardements, de la limitation des objectifs et de la création de centres de sécurité. Son magistral discours fit une très grosse impression.

Séances de travail. — A la suite de l'inauguration de la belle exposition internationale des arts et des sciences appliqués à la médecine et la chirurgie, une pieuse cérémonie eut lieu devant le Mémorial des morts de l'Université. Puis les travaux commencèrent.

Limités par la place, nous ne pouvons que mentionner les principales conférences, dont l'intérêt fut soutenu : M. Soajè Echague, de Cordoba : *Les altérations électrocardiographiques dans les maladies infectieuses aiguës.*

M. Monteiro (Porto) : *La lymphangéiographie chez le vivant.*

M. Paul Chevallier (Paris) : *Les purpuras inflammatoires chroniques.*

M. Robert Bing (Bâle) : *La sclérose en plaques ; ses formes frustes et bénignes.*

M. Selter (Bonn) : *Allergie tuberculeuse et immunité tuberculeuse.*

M. Derom (Gand) : *Contrôle expérimental de la chirurgie vaso-motrice des membres.*

M. Saloz (Genève) : *Traitements modernes de l'angine de poitrine.*

M. Tiffeneau (Paris) : *Influence de diverses conditions expérimentales sur la production de l'anesthésie par les bromures d'éthyle et de propyle et sur la répartition de ces substances dans l'encéphale.*

M. O. da Fonseca (Rio de Janeiro) : *Quelques aspects de la mycologie tropicale au Brésil.*

M. Von Euler (Stockholm) : *Notions récentes sur la biochimie des tumeurs.*

M. de Souza-Araujo (Rio de Janeiro) : *L'organisation antilépreuse au Brésil.*

M. Jellinek (Vienne) : *Prophylaxie et prévention des accidents dus à l'électricité.*

M. R. Wybauw (Bruxelles) : *L'insuffisance coronarienne.*

M. Lepoutre (Lille) : *De l'intérêt de l'examen des reins dans la station debout.*

M. Mathieu-P. Weil (Paris) : *L'autonomie du rhumatisme.*

M. L. K. WOLFF (Utrecht) : *Le mode d'action « in vivo » et « in vitro » du sulfanilamide.*

M. SANTE PISANI (Florence) : *A propos du rhumatisme aigu.*

M. Ch. PERRIER (Genève) : *Dilatations congénitales des voies urinaires.*

M. A. BESSEMANS (Gand) : *Applications thérapeutiques récentes de la fièvre provoquée par moyens physiques.*

M. Paul LAMBIN (Louvain) : *Le diagnostic des leucémies aiguës.*

M. José MAY (Montevideo) : *L'étiologie de l'induration plastique de la verge.*

M. W. FALTA (Vienne) : *Transfusion sanguine et septicémie.*

M. de SOUZA-ARAUJO (Rio de Janeiro) : *Traitement éclectique de la lèpre.*

M. URIBE-ESCOBAR (Colombie) : *Traitement de la syphilis récente.*

M. VAN BENEDEN (Liége) : *Les phénomènes d'hypersensibilité au cours de l'infection tuberculeuse.*

S. E. CASTELLANI DI CHISIMAJO (Rome) : *Mycètes et mycose.*

M. TZANCK (Paris) : *Le traitement arsenical massif.*

M. Paul BORDET (Bruxelles) : *Les facteurs de croissance des microbes ; application à la préparation de l'anatoxine syphilitique.*

Les matinées des Journées ont été consacrées à des visites d'hôpitaux et des séances opératoires fort intéressantes.

Réceptions. — Ce chapitre fut très chargé, déjeuners et dîners intimes, réception à l'ambassade de France, soirées de music-hall aux *Variétés*, de gala au *Théâtre Royal de la Monnaie*, où l'on put applaudir *la Traviata*, de Verdi, avec la plus belle des cantatrices, Mme Clara Clairbert, et en primeur, admirer le ballet de Marcel Poot : *Camera.*

Banquet. — Ce fut une fête d'une suprême élégance, à laquelle le corps diplomatique assistait au complet.

Pendant le dîner, un spectacle très agréable se déroula sur la piste, avec le gracieux concours des artistes du *Théâtre des Variétés* et du *Gaity Cabaret.* Enfin, après un concert donné par Les *Fellows* et le *New Hot Rythm Orchestra*, Mmes Marthe Coeck, Josette Longuehaleine et Anne-Marie de Roeck, premières danseuses étoiles du *Théâtre royal de la Monnaie*, se firent applaudir dans des danses classiques.

Les Floralies. — La visite de Gand et des célèbres Floralies a été enfin la digne conclusion de ces merveilleuses Journées.

Nous devons remercier tout particulièrement nos amis belges, d'avoir ajouté ce spectacle si rare à la fête de l'esprit et du cœur, à laquelle ils nous convient tous les ans.

François LE SOURD,
Président honoraire de l'Association de la Presse médicale française.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS DU FOIE (1)

b) LES AUTRES ASPECTS CLINIQUES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DU FOIE sont beaucoup moins nettement tranchés, et si certains sont indiscutablement fréquents au cours de la syphilis, d'autres y sont beaucoup plus rarement apparentés.

α) *Beaucoup prêtent à des erreurs de diagnostic :*

1. *Formes pseudo-chirurgicales*, prises pour une cholécystite aiguë (douleurs, subictère, poussées fébriles) ; un calcul du cholédoque (ictère douloureux, fébrile, intermittent) ; un abcès hépatique ; un kyste hydatique.

2. *Formes pseudo-néoplasiques*, avec des saillies marronnées.

3. *Forme hypertrophique simple*, simulant la cirrhose hypertrophique bénigne.

4. *Forme hypertrophique avec splénomégalie et anémie*, simulant un syndrome de Bauti.

6. *Forme fébrile*, bien spéciale, de pathogénie obscure. Avec l'hépatomégalie : une fièvre isolée, dominant le tableau clinique, durable et résistant aux antithermiques, que *seul* le traitement spécifique fait disparaître.

β) *D'autres s'accompagnent d'ictère chronique :*

Rarement : ictère *par obstruction* (gomme, adénopathie) ; *ictère hémolytique*, de cause plus sanguine qu'hépatique, tenace et rebelle au traitement.

En fait : *syndrome de Hanot syphilitique*, cirrhose biliaire hépato-splénomégalique, évoluant par poussées fébriles et ictériques, mais :

Où les matières sont rarement hypercolorées, où les poussées fébriles sont plus rares et la leucocytose sanguine normale, où surtout : il existe de l'albuminurie, le B.W. est positif, le traitement est efficace.

γ) *D'autres enfin évoluent avec une ascite notable.* Ce sont celles où les rapports avec la syphilis sont les plus discutés.

Elles seraient surtout hypertrophiques.

Mais il en est d'atrophiques — type Laënnec — et on sait les discussions qu'elles soulèvent.

Des arguments proposés : anatomiques (périhépatite et lésions vasculaires ; cliniques et biologiques (B.W. + dans l'ascite) ; statistiques ; thérapeutiques (action du cyanure de mercure), aucun n'a, à vrai dire, de caractère décisif — et parmi tous les cas où l'*alcool* et la *syphilis* intriquent leur influence, on ne peut vraiment parler de *cirrhose syphilitique* que si coexistent :

Absence sûre d'alcoolisme ;

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 30, du 13 avril 1938, p. 486 ; n° 32, du 20 avril 1938, p. 518.

B.W. franchement positif ;

Régression de l'hépatomégalie et amélioration de l'état général sous l'influence du traitement spécifique.

DIAGNOSTIC

La multiplicité des formes cliniques explique sa difficulté.

1. Il gravite autour du signe majeur : le gros foie ficelé et irrégulier.

Une cause d'erreur : *le cancer secondaire*, que parfois seuls les réactions sérologiques, le mode évolutif peuvent faire éliminer.

Plus rarement : le cancer primitif, un kyste hydatique, une cirrhose hypertrophique simple, un foie cardiaque, une amibiase hépatique.

2. Les formes à prédominance scléreuse peuvent faire discuter toutes les cirrhoses du foie, surtout hypertrophiques.

3. Un pseudo-lobe du foie ficelé a pu être pris pour une vésicule, une tumeur rénale, ou colique.

En fait : au milieu de toutes ces difficultés diagnostiques, il faut encore rappeler la valeur des deux signes associés : splénomégalie-albuminurie, dont l'existence justifie l'application d'un traitement d'épreuve.

B. Syphilis héréditaire du foie

Etiologie. — Résultat de l'infestation directe du parenchyme hépatique par le sang de la veine ombilicale ; elle est particulièrement *fréquente* et *grave* :

1. *En cas de syphilis maternelle ;*

2. *Surtout s'il s'agit de syphilis récente*, à sa phase secondaire : le foie est alors bourré de tréponèmes, contrairement à ce qui se passe dans la syphilis acquise de l'adulte.

CLINIQUE

Sans insister sur :

1. *La syphilis du fœtus* : l'enfait naît mort et macéré au septième mois, avec des lésions diffuses, l'hydramnios est de règle.

2. *La syphilis du nouveau né* : nette dès la naissance, le placenta est volumineux, l'enfant a cet aspect bien particulier (vieillot) et présente hépato-splénomégalie, pemphigus palmo-plantaire... — rapidement mortelle.

— Il faut surtout envisager :

La syphilis du nourrisson, se manifestant vers le 2e-3e mois de la vie chez un enfant né en apparence sain, qui brusquement : maigrit, a des troubles digestifs.

Elle peut revêtir différentes formes, ayant toutes un symptôme commun : l'*hépato-splénomégalie*.

1. *Certaines sont sûrement mortelles :*

Forme diffuse, avec ascite et circulation collatérale, ostéites, périostites, hémorragies (*hématuries* en particulier).

Forme ictérique. Qu'il s'agisse :

— De l'ictère grave du nourrisson, par atrophie jaune aiguë du foie, ou par stéatose diffuse (maladie de Bühl) ;

— D'un ictère rétentionnel ;

— D'un ictère franc avec *cyanose* et *hématurie* (maladie bronzée hématurique).

2. *D'autres semblent plus accessibles au traitement :*

— *Forme hépato-splénique pure* (syphilis du système porte) ;

— *Formes hémorragiques* : hémorragies cutanées et muqueuses ;

— *Formes anémiques* : anémie simple, chlorotique, pernicieuse, pseudo-leucémique de van Jacks et Luzet ;

Encore que leur pronostic soit des plus réservés, et fonction de la précocité du diagnostic, basé avant tout sur la constatation de l'hépato-splénomégalie.

— Plus tard, chez l'enfant et l'adolescent, la syphilis héréditaire du foie devient une rareté.

Elle réalise les mêmes lésions que la syphilis acquise, à cela près qu'elle peut s'accompagner des stigmates classiques (malformations craniennes ou osseuses, triade d'Hutchinson...).

Son rôle a été évoqué :

Dans l'ictère hémolytique congénital ;

Dans la maladie de Hanot de l'adolescence ;

Dans certaines symphyses péricardo-hépatiques de l'adolescence, à côté de la tuberculose.

TRAITEMENT

Il est souvent délicat à conduire.

Il sera variable avec : l'âge du malade, l'âge de la syphilis, la nature des lésions.

1). *La syphilis hépatique secondaire.*

A cause de l'hépatotropisme arsenical, il semble prudent de *rejeter l'arsenic ;* de s'adresser *au mercure* (cyanure intra-veineux), *au bismuth* (lipo-soluble).

2). *La syphilis hépatique tertiaire.*

Savoir être persévérant— mais prudent (reins).

Donner la préférence au bismuth, au mercure (biiodure, cyanure), à l'iodure.

Le traitement mixte ioduré-mercuriel a pu donner dans certains cas d'excellents résultats.

La voie rectale est à recommander, qui conduirait le médicament plus directement au foie.

De toutes façons, adjoindre à tout traitement spécifique un régime hypotoxique, riche en hydrates de carbone, des cures à Vichy, une médication hépatique stimulante (extrait hépatique, glucose).

3). *La syphilis héréditaire.*

Tout d'abord, traiter les mères syphilitiques.

Dès la naissance : frictions mercurielles, voire sulfarsénol.

— Mais, dans tous les cas, c'est l'importance et le degré de l'infestation viscérale qui, autant que l'état local du foie, conditionne les résultats.

G. LE SUEUR.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Apuntes de un medico, ensayos y semblanzas, un vol. de 416 pages, édité par l'Institut médical « Sucre », à Sucre (Bolivie), 1936.

Traitement des varices : chirurgie ou injections sclérosantes, par le docteur Raymond Tournay, communication extraite du *Bulletin de la Société médicale des Praticiens*, 24 pages. 1937.

Discours et conférences prononcés dans des cérémonies publiques et dans des sociétés savantes, par le docteur F. Cathelin. Un vol. de 128 pages, avec un portrait de l'auteur, hors commerce, 1937.

Index médico-pharmaceutique, par MM. N. T. Deleanu, R. Fabre et L. Coniver, avec la collaboration de MM. les prof. M. Tiffeneau, G. Pamfil, Al. Jonescu-Matiu, Mme L. Baudoin, Mlle Régnier, et MM. H. Pénau et G. Rebière. Préface de M. Maxime Radais. Un vol. gr. in-8 de 756 pages, dont 488 tableaux. Broché : 120 fr., cartonné toile : 150 francs. Chez Masson et Cie à Paris, 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 35. — SAMEDI 30 AVRIL 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — M. le professeur I. SNAPPER, de la Faculté de médecine de l'Université d'Amsterdam, fera, sur l'invitation du conseil de la Faculté, *deux* conférences :

1° Le vendredi 6 mai, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; sujet : *Pseudo tuberculose pulmonaire* (maladie de Besnier-Boeck).

2° Le samedi 7 mai à 10 h. 30, dans le service de clinique médicale de M. le professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu ; sujet : *Pseudo tuberculose intestinale* (iléite régionale).

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Clinique odonto-stomatologique.* — Un concours sur titres, pour la place de chargé de conférences de morphologie et de physiologie spéciales, à la Clinique odonto-stomatologique, s'ouvrira à la Faculté de médecine et de pharmacie, le lundi 31 octobre 1938.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté, jusqu'au vendredi 30 septembre inclus, à 16 heures.

Faculté de médecine de Lille. — M. Dubois, professeur de physiologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'université de Lille, est transféré, à compter du 1er avril 1938, dans la chaire de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'université de Lille, en remplacement de M. Gérard, décédé.

Faculté de médecine de Toulouse. — La chaire de botanique et matière médicale (titulaire : M. Maurin) de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse est transformée, à compter du 1er avril 1938, en chaire de matière médicale.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — Il est créé, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, une chefferie de travaux d'histologie.

A la mémoire de Brown-Séquard. — Un médaillon vient d'être inauguré au Centre Universitaire méditerranéen, à Nice, à la mémoire de Brown-Séquard, professeur au Collège de France, le savant qui fut le créateur de l'opothérapie.

Le legs Jansen à l'Académie de Médecine. — On a annoncé récemment que l'Académie venait de recevoir un legs très important de Madame Veuve Jansen.

Nous pouvons donner quelques précisions sur ce legs qui se monte à la somme nette de cinq millions de francs. La testatrice ayant laissé à l'Académie la libre disposition de sa libéralité nous croyons savoir que le Conseil d'administration a décidé d'affecter une partie des revenus à la création de bourses de travail ; le solde sera employé dans des buts scientifiques, recherches ou missions.

Premier Congrès international de cosmobiologie. (2-6 juin 1938). — La seconde assemblée constitutive du premier congrès international de cosmobiologie s'est réunie, le 10 avril, sous la présidence du professeur Cornil, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, et la présidence d'honneur de M. Politis, de l'Institut, ministre de Grèce en France, en présence des représentants des stations climati-

ques de la côte d'Azur. — Le programme du Congrès a été fixé ainsi :

2 juin 1938. — Séance d'ouverture à 15 heures, dans le grand amphithéâtre du Centre universitaire de Nice. — Du 3 au 6 juin : séances au Centre universitaire ; visites de Cannes, d'Antibes et du poste « Radio-Méditerranée » à Juan-les-Pins ; — du musée d'anthropologie, du musée d'océanographie, du bureau international d'hydrographie et des jardins exotiques, à Monaco ; — de Beaulieu, de Menton, des grottes préhistoriques et du laboratoire du Dr Voronoff, à Grimaldi. — Une fête du folklore au Cap Martin terminera le congrès le 6 juin. — Des excursions en Corse et en Italie le suivront, du 7 au 11 juin.

Le Congrès est placé sous la présidence d'honneur de : MM. d'Arsonval, de l'Institut et du Collège de France (radiologie). — H. Deslandres, de l'Institut, ancien directeur de l'Observatoire de Paris (astronomie) et A. Lumière, correspondant de l'Académie de médecine et de l'Académie des Sciences (biologie).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

XIe Congrès des Société d'oto-neuro-ophtalmologie de langue française (Bordeaux, 3-4-5 juin 1938). — *Bureau du Congrès.* — Président : M. le professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

Vice-Présidents : MM. Abadie, Anglade, Beauvieux, Cruchet, Philip, Teulières.

Secrétaire général permanent : M. Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris (6e).

Secrétaire local du Congrès : M. Delmas-Marsalet, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux.

Secrétaires adjoints : MM. Barraud, Bessière, Bergouignan.

Trésorier local : M. Despons. — C. P. Bordeaux 456-81.

Programme des travaux et excursions. — Vendredi 3 juin. — 9 heures. Faculté de médecine :

Séance d'ouverture. Président : M. Terracher, Recteur de l'Université de Bordeaux. — Discours de réception, par M. le Doyen Mauriac. — Exposé du rapport sur les *Hallucinations en oto-neuro-ophtalmologie*, par M. de Morsier (de Genève), et discussions.

Samedi 4 juin. — 9 h. 30. Faculté de médecine :

Fin de la discussion des rapports et communications diverses.

Dimanche 5 juin. — 9 h. 30. Rassemblement place de la Comédie : Départ pour Saint-Emilion. Visite de la ville. Déjeuner. Retour par les vignobles du Sauternais, La Brède.

Le programme comporte en outre des réceptions, des visites de musées et de chais, et un banquet officiel le samedi soir.

Premier Congrès international de Médecine légale et sociale. — Du 22 au 24 septembre 1938 se tiendra à Bonn-sur-le-Rhin, le 1er Congrès international de médecine légale et sociale.

A l'ordre du jour : 1. *Médecine légale :* « La teneur d'alcool du sang et son importance criminologique dans les accidents de la circulation. » (Conférencier : Jungmichel, de Greifswald.)

2. *Criminologie :* « Les poils et cheveux humains et animaux sous le rapport criminologique. » (Conférencier : Lochte, de Goettingue.)

3. *Médecine sociale :* « Etude des lois sur les accidents en Allemagne, France, Angleterre, Italie. » (Conférenciers : Leclercq, de Lille ; Blench, de Manchester ; Cazzaniga, de Milan ; Mueller, de Heidelberg.)

A l'occasion du Congrès, des excursions et visites sont prévues : Visite de la région de Siebengebirge ; visite des usines de l'I. G. Furbwerke, à Leverkusen ; visite de musées, réceptions, etc.

Les demandes d'adhésion peuvent être adressées au Président, le Prof. Dr. Pietrusky, à Bonn, Institut de Médecine légale et sociale de l'Université.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (professeur F. Rathery). — Lundi 2 mai. 9 heures. M. Bargeton. Leçon de séméiologie pulmonaire. — 10 h. 30. M. J. Ferroir. Présentation de malades.

Mardi 3 mai. 9 heures. M. J. Ferroir. Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne. — 10 h. 30. M. Thoyer. Présentation de malades. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 4 mai. 9 heures. M. Mende : Leçon de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30. M. Bargeton : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 5 mai. 9 heures. M. de Traverse : Leçon de chimie biologique. — 10 h. 30. M. F. Rathery : Leçon clinique : Intoxication barbiturique.

Vendredi 6 mai. 9 heures. M. Bachmann : Leçon de séméiologie digestive. — 10 h. 30. M. Julien Marie : Présentation de malades. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 7 mai. 9 heures. M. J. Ferroir : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Dimanche 8 mai. 10 h. 30. M. le professeur Lereboullet : Conférence : Traitement du myxœdème chez l'enfant.

Chaire d'anatomie pathologique. — Le professeur Roger Leroux fera sa leçon inaugurale le lundi 9 mai 1938, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Hôpital Léopold-Bellan. — Le docteur Mondain, médecin-chef, vient de créer à cet hôpital une consultation de médico-pédagogie, confiée à Mme le docteur Henriette Hoffer. Cette consultation s'adresse à des enfants ne pouvant suivre des classes normales : enfants muets ou parlant mal, entendant mal, voyant mal, enfants retardés dans leur développement intellectuel. Elle est également ouverte aux adultes présentant des troubles de la parole : aphasie, bégaiement, dyslalies, etc.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Henry David, médecin chef du groupe sanitaire mobile de Safi (Maroc), victime du devoir professionnel.

— Le docteur Jourdan, à Castelnau-le-Lez.

— Le docteur Joseph Lapeyre, à Montpellier.

— Le docteur Perrier, médecin légiste à Nîmes.

— Le docteur André Rives, à Valence.

— Le docteur Pérus à Argelès-Gazost.

— Le docteur Maurice Bertier, à Saint-Etienne.

— M. Georges Villain, directeur de l'Ecole Dentaire de Paris, président d'honneur de la Fédération dentaire internationale, décédé, ainsi que les membres de sa famille, dans un accident d'automobile.

REVUE GENERALE

APERÇUS NOUVEAUX SUR LE SYSTÈME RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL DE LA GLANDE HÉPATIQUE

Par le docteur MAX VAUTHEY
Lauréat de l'Académie de médecine
Médecin consultant à Vichy

Dans une étude parue en 1933, nous avons exposé l'état, à cette époque, de la question du Système Réticulo-Endothélial hépatique, de son rôle et de ses fonctions. Malheureusement, nous avions été contraint, par suite de l'ampleur du sujet, de laisser dans l'ombre certains aspects de la question ; d'autre part, depuis ce moment, des notions nouvelles ont été acquises à ce point de vue, des faits nouveaux, expérimentaux et cliniques, ont été observés, les uns confirmant les données établies antérieurement, d'autres révisant, rectifiant et critiquant des notions parfois contradictoires ou des interprétations assez hypothétiques.

En effet, dans ce domaine, une grande prudence doit présider à l'explication et à l'interprétation des faits observés, et une révision des notions établies doit être faite constamment ; car, comme le dit fort justement le professeur Dustin, « née d'observations expé« rimentales exactes, la notion du S.R.E. est en train « de s'obscurcir, sinon de se discréditer, par les excès « de ses partisans qui finissent par en faire le Deus ex « machina de la pathologie ».

Aussi, nous a-t-il paru opportun de consacrer à cette question une étude nouvelle, et de préciser, — à la lumière des faits et des données récemment établis, — les procédés d'exploration, la morphologie et la signification du S.R.E. de la glande hépatique, c'est-à-dire en fait de la cellule de Kupffer.

***

Moyens d'étude et procédés d'exploration du S.R.E. hépatique

I. COLORATION VITALE ET BLOCAGE. RAPPORTS AVEC L'ÉLIMINATION BILIAIRE. — Au point de vue coloration vitale et au point de vue blocage, peu de notions nouvelles ou originales paraissent avoir été établies, sauf toutefois en ce qui concerne la fixation différente par le S.R.E. hépatique et par le S.R.E. général des colorants vitaux.

En effet, les colloïdes à un haut degré de dispersion (type bleu trypan, lithio-carmin) ne sont pas adsorbés par le foie en quantité plus élevée que dans d'autres tissus, tandis que les suspensions (type encre de chine) sont retenues par les cellules de Kupffer avec une plus grande intensité. Donc, le pouvoir de fixation du S.R.E. hépatique paraît inversement proportionnel au degré de dispersion du corps injecté (Konstantinov).

Mais il est une notion plus importante sur laquelle nous voulons attirer l'attention, c'est la notion d'élimination biliaire dans ses relations avec les phénomènes de coloration vitale et de blocage. En effet, la coloration vitale et le blocage consécutif conditionnent l'excrétion biliaire des colorants injectés, et la chronologie, l'intensité et la durée de cette dernière sont liées intimement à la valeur et à l'intensité du blocage ; ce fait explique en particulier certaines divergences et certaines contradictions apparentes dans les résultats des épreuves d'exploration hépatique mettant en jeu l'élimination biliaire de substances colorantes.

Le foie élimine par la bile les colorants injectés, parfois avec une précocité très grande ; c'est ainsi que le *bleu de méthylène* apparaît dans la bile dès la troisième heure après l'ingestion chez l'homme aux doses de 10 mgr. par kilo (Mills et Halpert) ; de plus l'élimination biliaire présente une intensité et une valeur importante pour les colorants tels que le *rouge congo* (Letterer, Del Zoppo), le *rouge brillant* (Victor, Van Buren et Smith, Davies, Wadsworth et Smith), l'*azorubine S* (Tada et Nakashima), et enfin la *bromo-sulfo-phtaléine* (Mills et Dragstedt) et la *tétra-iodo-phénol-phtaléine* (Chiray, Lesage et Taschner).

Le facteur qui règle et conditionne les modalités de cette excrétion biliaire semble être au fond le taux du pH ou l'acidité des colorants ; en effet, par voie endoveineuse, les colorants *basiques* se fixent précocement sur la cellule de Kupffer, puis celle-ci les transmet à la cellule hépatique qui se charge à son tour et excrète finalement les colorants dans les voies biliaires ; les colorants basiques sont ainsi excrétés rapidement, tandis que les colorants *acides* sont retenus, tout au moins pour un certain temps, par le S.R.E. du foie (de Robertis et Resta).

Signalons d'autre part l'utilisation du *thorotrast* ou *dioxyde de thorium colloïdal* dans le but de visualiser le tissu réticulo-endothélial du foie et de la rate (Heuser, Beutel, Robins et Goldberg) ; en effet, ce produit semble se fixer électivement sur les cellules du réticulo-endothélium, comme le montre l'observation d'un malade autopsié quatre mois après les injections de thorotrast et chez qui les cellules de Kupffer avaient fixé très nettement les granulations du produit opaque (Conte et Cerutti).

Enfin, en physiologie expérimentale, l'*hématoxyline de Delafield* est employée avec de très bons résultats, car elle permet une coloration élective de la cellule de Kupffer ; injectée en solution à 30 % dans le sérum physiologique, elle donne une coloration bleu violacé de la cellule de Kupffer, coloration très élective et très stable.

***

II. MÉTHODES HISTO-CHIMIQUES D'OBSERVATION. — Les principales méthodes utilisées sont au nombre de quatre : la méthode au carbonate argentique de Rio Hortega ; — la méthode de Von Jancso à l'argent ammoniacal glycériné ; — la variante apportée à la méthode originale de Rio Hortega par Jimenez de Asua ; — enfin la méthode de Hersheimer.

A. *Méthode au carbonate argentique de Rio Hortega (variante utilisée pour la coloration nucléaire).* — 1° Fixation des pièces au formol à 10 ou 20 % pendant 3 jours (ce temps de fixation peut être réduit sans modifier le résultat obtenu).

2° Section dans le microtome à congélation.

3° Passage direct des coupes dans le bain de carbonate argentique où elles restent de 7 à 15 minutes à la température du laboratoire (18-22°) ; les résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'il s'écoule moins de temps entre la coupe et l'imprégnation à l'argent.

4° Réduction dans le formol à 1 %.

5° Lavage.

6° Virage dans du chlorure d'or à 2 p. 1.000 pendant 10 à 15 minutes.

7° Passage dans une solution d'hyposulfite à 5 %.

8° Lavage et montage.

Les temps 6 et 7 ne sont pas absolument nécessaires, mais ils permettent d'obtenir une coloration plus fine dans certains cas.

B. *Méthode de Von Jancso à l'argent ammoniacal glycériné.* — 1° Préparation du réactif de Jancso : à une solution de nitrate d'argent à 1,5 %, ajouter goutte à goutte de l'ammoniaque jusqu'à éclaircissement de la solution qui d'abord s'était troublée ; ajouter alors une quantité égale de glycérine bi-distillée.

2° Fixation des pièces au formol à 20 % pendant 4 jours au maximum.

3° Section au microtome à congélation.

4° Immersion des coupes dans le réactif de Jancso (fraîchement préparé) pendant 30 à 35 minutes.

5° Lavage.

6° Passage dans une solution d'hyposulfite de soude.

7° Montage habituel.

C. *Méthode de Rio Hortega. Variante de Jimenez de Asua.* — 1° Fixation des pièces dans le formol à 20 % pendant 5 à 10 jours.

2° Section au microtome à congélation.

3° Passage direct des coupes du microtome dans le bain de carbonate argentique où elles séjournent 10 à 15 minutes.

4° Lavage rapide à l'eau distillée.

5° Les coupes étant mises sur le porte-objet, on les arrose avec de l'alcool à 95° pendant un temps assez court, juste nécessaire pour les déshydrater.

6° Eliminant l'alcool, l'on ajoute quelques gouttes du mélange xylol-carbol-créosote (80-10-10 parties respectivement) ; ce mélange remplit un rôle double : réduire l'argent, donnant aux coupes une couleur jaune ou châtain clair, — et éclaircir la préparation

7° Montage.

D. *Méthode de Hersheimer* (Coloration élective de la cellule de Kupffer). — 1° Section des coupes fraîches au microtome à congélation.

2° Traitement pendant 10 minutes par une solution d'acide chromique à 0,05 %.

3° Passage pendant 2 jours et dans l'obscurité dans un bain de la solution suivante :

Chlorure d'or	1 gr.
Formol à 4 %	1 gr.
Eau distillée	1.000 gr.

4° Au bout de ce laps de temps, réduire les coupes en les traitant par l'acide formique à 0,1 ou 0,2 %.

5° Déshydrater complètement par l'alcool absolu.

6° Monter au xylol.

***

III. Blocage électif du S.R.E. hépatique. — D'autre part, l'on peut avoir à réaliser, en physiologie expérimentale, le blocage électif de la cellule de Kupffer ; ce blocage peut être réalisé par deux procédés : le procédé à l'encre de chine, et le procédé au cuivre électro-colloïdal.

En ce qui concerne l'*encre de chine*, tous les auteurs ont observé qu'elle se fixe avec prédominance dans la cellule de Kupffer, et beaucoup moins dans les autres tissus R.E.; ce fait explique les échecs des tentatives de blocage total du S.R.E. par l'encre de chine, mais justifie l'utilisation de cette suspension pour bloquer presque électivement la cellule de Kupffer et en permettre l'étude in vivo. Mais nous devons signaler que différents facteurs, entre autres la voie d'introduction de la substance bloquante, influent sur sa répartition dans les divers éléments R.E. (Tschaïka), et ce fait nous incite à faire toutes réserves sur le caractère électif du blocage de la cellule de Kupffer par l'encre de chine.

Il n'en est pas de même avec le *cuivre électro-colloïdal*, qui altère ou détruit les cellules du S.R.E hépatique, entraînant dans les cellules de Kupffer des lésions anatomo-pathologiques parfois très étendues (Kroo et Von Jancso — Letterer — Koranyi). En ce qui concerne le mode d'action du Cuivre, ce ne serait pas par une action colloïdale que la préparation cuivrique interviendrait, mais par son comportement général en tant que substance électro-négative.

***

IV. Culture de l'endothélium vasculaire du foie et de la cellule de Kupffer. — Depuis un certain nombre d'années, les efforts des chercheurs ont porté sur des essais de culture de l'endothélium vasculaire du foie ; l'on a surtout utilisé le foie de l'embryon de poulet, mais également le foie des sélaciens et celui de l'axolotl ; d'autres auteurs se sont adressés au fœtus de lapin, de cobaye ou de rat. La culture était faite suivant le procédé de la goutte pendante, dans un milieu (plasma, suc embryonnaire, ou extrait embryonnaire) à pH déterminé.

Mais ce sont les recherches originales de Rous et Beard (du Rockfeller Institute) qui ont permis d'obtenir la sélection et la culture pure des cellules de Kupffer in vitro. Ces auteurs, dans le but d'obtenir et de maintenir vivantes des cellules R.E. pour des études in vitro, avaient écarté la *perfusion* ou *lavage du foie à forte pression*, car ce procédé ne permet d'obtenir que peu ou pas de cellules de Kupffer. Ils avaient adopté initialement le *procédé à l'encre de chine* ; en effet, les cellules contenant de l'encre de chine se sédimentent rapidement, néanmoins elles ne peuvent pas être isolées entièrement des autres éléments par centrifugation. C'est alors que ces chercheurs eurent l'idée originale de réaliser la sélection des cellules de Kupffer grâce à un aimant, en remplaçant l'encre de chine par un corps magnétique.

C'est ainsi que fut adopté l'*oxyde ferrique gamma de Baudisch et Welo*, substance relativement légère, douée de propriétés magnétiques énergiques. Cet oxy-

de ferrique est mis en suspension en proportions convenables, dans une solution de gomme acacia et broyé dans un moulin à colloïdes, de telle manière que ses particules aient un diamètre inférieur à 1 μ.

Une fois obtenue une suspension à 2 % d'oxyde ferrique gamma dans une solution à 7 % de gomme acacia, celle-ci est injectée dans les veines d'un lapin, à raison de 10 cc. deux fois à l'intervalle de 24 heures ; le lapin est sacrifié trois jours après la dernière injection, le foie lavé et perfusé, et les cellules de Kupffer sélectées grâce à l'action d'un électro-aimant suivant l'appareillage complexe décrit par les auteurs. Finalement, les cellules de Kupffer, nullement lésées, ni amoindries fonctionnellement par ces traitements, peuvent être obtenues en culture pure in vitro et étudiées, tout au moins pendant un certain temps.

***

La cellule de Kupffer et le S.R.E. hépatique du point de vue morphologique et signification

Nous exposerons sous ce titre général différents points concernant l'aspect morphologique du S.R.E. hépatique dans diverses conditions, ainsi que quelques considérations sur la nature et la signification de la cellule de Kupffer.

I. Quelques points de morphologie du S.R.E. hépatique. — Dans la paroi des capillaires portes du lobule hépatique, se voient, de loin en loin, des cellules volumineuses, de formes diverses, polygonales ou vaguement étoilées, à cytoplasme granuleux et à noyau arrondi, ce sont les *cellules de Kupffer* étudiées par Nathan dès 1908.

Leur *noyau* est ordinairement plus grand et plus clair que ceux des cellules endothéliales non différenciées, parfois même que ceux des cellules hépatiques. La forme de ces noyaux est variable, comme celle de la cellule de Kupffer, et peut-être parfois réniforme. La présence quelquefois observée de deux ou plusieurs noyaux paraît liée à un fonctionnement intensif, tel qu'il s'en produit au cours de la phagocytose.

Il n'existe pas une forme type de cellule de Kupffer, mais sa morphologie varie suivant son état fonctionnel, lié surtout à la macrophagie. De plus, Pfuhl a observé une localisation topographique différente suivant l'état de captation ou de digestion de la cellule. Dans son *état de digestion*, la cellule de Kupffer, bourrée de substances phagocytées, occupe une partie abritée de la paroi du capillaire ; au contraire, dans son *état de captation*, et en particulier au niveau des capillaires de la périphérie du lobule, la cellule de Kupffer occupe sa position de prédilection au niveau des éperons de bifurcation vasculaire et à contre-courant, le corps cellulaire baignant largement dans le milieu sanguin et rétrécissant la lumière.

Le *protoplasma* de la cellule de Kupffer présente une constitution homogène et il est impossible de mettre en évidence trace d'un exoplasme densifié. Quant aux prolongements pseudopodiques et intercellulaires, il est indispensable d'utiliser l'encre de chine en injections pour les déceler.

Outre les cellules de Kupffer, le S.R.E. hépatique est constitué par un *réseau conjonctif de fibres intra lobulaires grillagées*, qui a soulevé des discussions très nombreuses. En effet, en ce qui concerne les *rapports morphologiques des cellules de Kupffer avec les cellules de la travée hépatique*, quatre opinions ont pu être soutenues :

a) Les cellules de Kupffer seraient séparées de la travée épithéliale par une gaine lymphatique ;

b) Elles seraient séparées du parenchyme par des éléments figurés, du type fibroblaste ou du type élément réticulaire ;

c) Elles seraient séparées du parenchyme par un réseau fibrillaire grillagé, le « gitter-fasern » d'Oppel ;

d) Elles seraient en contact immédiat avec les cellules de la travée hépatique.

Les études récentes ont admis que le réseau grillagé présente avec les cellules de Kupffer des rapports à la fois topographiques et génétiques, qui sont démontrés à l'état normal et surtout dans certaines scléroses au début, et qui, chez le fœtus, apparaissent très tôt au cours du développement embryonnaire.

***

II. La cellule de Kupffer au cours du développement embryonnaire. — L'endothélium vasculaire sanguin du foie se constitue chez l'embryon par la transformation réticulaire ou sinusoïdale d'une ébauche angioplastique générale, provenant du feuillet viscéral du mésoderme et à laquelle viennent s'adjoindre des poussées secondaires du mésenchyme, issues du mésothélium cœlomique.

Un certain nombre d'auteurs (Nattan-Larrier, M. Jolly, Maximow, Dellepiane) se sont occupés du rôle hémo-catérétique et granulo-pexique joué par le S.R.E. du foie au cours de la vie intra-utérine. Dellepiane, en particulier, a observé chez le fœtus humain, dès le troisième mois, une action granulo-pexique de la cellule de Kupffer plus marquée que chez l'adulte. Même en l'absence de stimulation expérimentale, l'endothélium hépatique fœtal peut se résoudre en éléments endothélioïdes mobiles, probablement phagocytaires ; mais s'il survient une cause stimulante, par exemple l'injection de substance colloïde dans la circulation fœtale, il se produit une réaction immédiate de l'endothélium vasculaire hépatique, consistant en une hypertrophie de la cellule de Kupffer avec débordement et même mobilisation de la cellule dans la lumière du capillaire.

***

III. La cellule de Kupffer en culture in vitro. — La cellule de Kupffer, en culture pure telle qu'elle est obtenue par Rous et Beard, apparaît d'une taille énorme, variant en moyenne de 40 à 100 μ de diamètre, parfois davantage, c'est-à-dire à la limite de la visibilité à l'œil nu. Elle contient un seul noyau et est entourée par une immense membrane circulaire. L'adhésivité de la cellule est remarquable ; toute particule qui entre en contact avec elle adhère d'une façon très intense à sa surface.

La croissance et la multiplication des cellules dépendent de leur fixation sur un support matériel. Les expérimentateurs new-yorkais ont découvert que le

papier filtre constitue un excellent support pour la culture des cellules de Kupffer ; sans ce support, elles végètent et meurent. Bien que voisines des macrophages par leurs caractères, les cellules de Kupffer sont beaucoup plus sensibles aux traumatismes que toute autre variété de globules blancs.

***

IV. Signification et nature de la cellule de Kupffer. — De très nombreuses théories et conceptions ont été émises concernant la nature et l'origine de la cellule de Kupffer. Nous voulons ici en citer deux seulement, qui sont particulièrement séduisantes et originales, c'est la *théorie de Havet*, et la *conception des biologistes hollandais de Haan et Hoekstra.*

De l'étude de foie d'embryons de batraciens, d'oiseaux et de cobayes, Havet conclut que les cellules de Kupffer ne sont pas des cellules endothéliales, qu'elles n'appartiennent pas à l'endothélium vasculaire des capillaires du foie, mais qu'elles sont en dehors de cet endothélium, présentant une forme, une structure différentes de celles des cellules endothéliales, bien qu'elles puissent les simuler en certains cas. Les cellules de Kupffer ne seraient pas d'origine mésodermique, splanchno-neurale, mais elles sont très probablement d'après l'auteur d'origine hypoblastique, provenant du vaste plasmodium qui constitue tout au début le bourgeon hépatique. Havet conclut que les cellules de Kupffer apparaissent chez les vertébrés comme des cellules adjuvantes, que l'on pourrait rapprocher des tréphocytes de Carrel.

D'autre part, pour de Haan et Hoekstra, dont la théorie est voisine de celle de Gottlieb et de celle de Zimmermann, les cellules de Kupffer ne seraient pas des éléments fixes de la charpente hépatique, mais des éléments apportés par le sang et immigrés dans l'organe à titre temporaire. Ces auteurs s'appuient d'une part sur les cultures de leucocytes in vitro, dans lesquelles les cellules mésenchymateuses ont tendance en culture à se grouper en syncitium, d'autre part sur une démonstration expérimentale élégante : ayant injecté dans une veine mésentérique une émulsion de monocytes colorés vitalement par le bleu trypan, ils ont constaté que les monocytes injectés sont retenus par le foie, s'appliquent contre les parois vasculaires x, et deviennent identiques à des cellules de Kupffer, identifiables encore deux ou trois jours après l'injection, et acquérant les propriétés physiologiques des cellules de Kupffer. C'est pourquoi de Haan considère les cellules de Kupffer comme une culture de tissus, in vivo, d'éléments sans cesse apportés par le sang et retournant dans la circulation.

Malgré l'originalité et l'intérêt de ces deux théories, elles ne semblent pas devoir être retenues ; en effet, les données techniques de l'histologie normale (méthodes diverses d'imprégnation du réticulum) et celles de l'embryologie expérimentale (cultures) conduisent à admettre actuellement une *théorie mixte* de la nature et de la signification de la cellule de Kupffer.

Bien que *fonctionnellement* incorporée au S.R.E., la cellule de Kupffer peut être maintenue dans le cadre *organogénique* de l'endothélium, en raison de ses homologies avec le revêtement vasculaire de certains organes à échanges osmotiques actifs, tels que les villosités intestinales et le glomérule rénal.

***

Ainsi, — étudiés grâce aux divers procédés d'exploration que nous avons décrits, — la cellule de Kupffer et le S.R.E. hépatique apparaissent, à la lumière des données embryologiques et des cultures in vitro, doués d'une potentialité et d'une fonctionnalité qui interviennent d'une façon très active dans beaucoup de domaines en pathologie.

Résumé

La cellule de Kupffer et le S.R.E. hépatique peuvent être étudiés *in vitro* et *in vivo* par de nombreux procédés modernes d'exploration (coloration et blocage électifs, sélection et culture) ; à la lumière de ces données physio-pathologiques et également des données embryologiques, ils apparaissent doués d'une potentialité et d'une fonctionnalité qui interviennent d'une façon très active dans beaucoup de domaines en pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

Monographies. — Ouvrages généraux

1. Max Vauthey. — *Nutrition*, t. III, n° 2, 1933.
2. G. Verne. — Le S.R.E. *Paris*, 1928.
3. A. Rouslacroix. — *Nouvelles vues sur le S.R.E.* Vigot, 1931.
4. R. Noël, J. Dechaume, P. Croizat et A. Guichard. — Le S. R. E. normal et pathologique. *Journ. méd. Lyon*, 20 déc. 1932.
5. E. Blondel. — Le tissu R. E. du foie (cellules de Kupffer) et ses tumeurs malignes. *Thèse Paris*, 1933.
6. A. H. du Bois. — Physiologie et physiopathologie du S. R. E. Masson, 1934.
7. I. Matsuo. — Recherches biologiques sur les matières colorantes. 1er vol. *Kyoto*, 1934.
8. R. Midy. — Le conjonctif histiocytaire (S. R. E.). Masson 1935.
9. R. Damade. Le S. R. E. *Journ. de méd.*, Bordeaux, N° 17, 20 juin 1935 et N° 18, 30 juin 1935.

Première partie

10. A. P. Dustin. — Quelques aperçus anatomo-pathologiques sur le mode d'action des produits chimio-thérapeutiques. *Bruxelles médical*, t. XIII, N° 37, 16 juill. 1933.
11. V. Konstantinov. — Sur la fonction d'adsorption du foie après l'injection de substances colorantes colloïdales et de suspensions dans le sang de la veine porte. *Arch. biol. Naouk*, XXX, fasc. V-VI, 629-638, 1930.
12. D. R. Mills et B. Halpert. — Some phases of liver and gall-bladder function. Observations in man on the elimination of methylene blue. *Am. J. Physiol.*, CIII, 265-269, 1933.
13. E. Letterer. — Recherches histologiques et expérimentales sur la valeur des méthodes de l'exploration fonctionnelle du S. R. E. — I. Exploration fonctionnelle à l'aide de l' « Oleokoniol », d'après Saxl et Donath. *Zeit. ges. exp. Med.*, XCIII, 89-102, 1934.
14. E. Letterer. — II. Exploration fonctionnelle avec le rouge congo, d'après Adler et Reimann. *Zeit. ges. exp. Med.*, XCIII, 103-124, 1934.
15. R. del Zoppo. — L'épreuve du rouge congo dans les différentes formes de maladies hépatiques. *Policlinico Roma*, t. 42, 21 janv. 1935, p. 89.

16. J. Victor, J. R. Van Buren et H. P. Smith. — Studies on vital staining. — IV. India ink and brilliant vital red. Importance of considering liver excretion in the study of « blockade of the R. E. S. ». *Journ. exp. Med.* LI, pp. 531-548, avril 1930.

17 F. B. Davies, R. C. Wadsworth et H. P. Smith. — Studies on vital staining. — V. Double staining with brilliant vital red and Niagara sky blue. Correlation of histological with physiological data. *Journ. exp. Med.*, LI, pp. 549-570, avril 1930.

18 Y. Tada et K. Nakashima. — Sur l'utilisation de la phénoltétrachlorphtaléine pour l'épreuve fonctionnelle du foie. *Japanese Journ. of gastro-enterology*. Juill. 1934, N° 2, pp. 421-427.

19 Y. Tada et K. Nakashima. — Un nouveau colorant pour l'épreuve fonctionnelle du foie et des voies biliaires. *Japanese Journ. of gastro-enterology*, juill. 1934, N° 2, pp. 386-396.

20 M. A. Mills et C. A. Dragstedt. — Le taux de rétention de la bromosulfophtaléine comme test d'activité du S. R. E. *Proc. Soc. exp. Biol.*, t. 34, N° 2, pp. 228-231. *March*. 1936.

21. M. Chiray, J Lesage et E. Taschner. — L'élimination hépatique de la tétra-iodo-phénol-phtaléine et ses rapports avec la cholécystographie. *Presse médicale*, N° 88, 4 nov. 1931, p. 1606.

22 E. de Robertis et L. S. Resta. — Rôle des cellules de Kupffer et des cellules du foie dans l'élimination des colorants vitaux. *C. R. Soc. biol.* t. CXXIV, N° 3, pp. 255-256, 1937.

23 Heuser. — A propos de l'imprégnation du réticulum endothélial du foie et de la rate par l'emploi du thorium. *Semana medica, an.* XXXVIII, N° 29, 16 juillet 1931.

24. A. Beutel. — Hépatolienographie. — *Mediz. Klin.* t. XXVIII, N° 4, 27 janvier 1932.

25. S. A. Robins et B. I. Goldberg. — Visualization of R. E. S. by injection of colloïdal thorium dioxyde (thorotrast). *Am. J. Roentgenol. et Rad. Therapy Springfield*, t. 34, p. 433, oct. 1935.

26 E. Conte et G. Cerutti. — Le thorotrast dans le diagnostic du carcinome hépatique. *Minerva Medica, an.* 23, t. II, N° 33, 18 août 1932.

27 Hadjialoff, Ouzounoff et Ilcoff. — *C. R. Soc. biol.* t. 114, pp. 1499-1501, 1933.

28 Hersheimer. — Histologische Hand. biol. Arbeitsmethoden. Berlin, Wien. 1924.

29. T. Tschaika. — La répartition et les lieux d'emmagasinement de l'encre de Chine introduite par voie sous-cutanée et voie intra-péritonéale. *Zts. ges. exp. Med.*, XCII, pp. 497-516, 1933.

30. H. Kroo et N. von Jancso. — Die bedeutung des R.E. für die Immunität und Chemotherapie. (Der chemotherapeutische Abheizungsvorgang.) *Zeit Hyg.*, t. 112, pp. 544-558, 1930.

31. E. Letterer. — Les effets du cuivre électro-colloïdal sur le S.R.E. *Klin. Woch.*, XII, pp. 597-600, 1933.

32. A. Koranyi. — Influence du blocage du S.R.E. sur l'action de quelques poisons du S.R.E. *An. pat. clin. méd.*, t. 15, n° 5, pp. 540-544, nov. 1935.

33 L. Doljansky. — Observations sur l'évolution des éléments endothéliaux dans les cultures du foie *in vitro* *C. R. Soc. Biol.*, CIII, pp. 858-860, 1930

34. P. Rous, P. D. McMaster et S. S. Hudack. — The fixation of certain viruses on the cells of susceptible animals and the protection afforded by such cells. *Proc. of the Soc. for Exp. Biol. and Med.*, XXXI, pp. 90-91, 1933.

35 P. Rous et J. W. Berard. — Selection with the magnet and cultivation of reticulo-endothelial cells (Kupffer cells). *The Journ. of Exp. Med.*, vol. 59, n° 5, pp. 577-592, May 1, 1934.

36 J. W. Beard et P. Rous. — The characters of Kupffer cells living in vitro, *ibid.*, pp. 593-607.

Deuxième Partie

37. Pfuhl. — *Zeitschr. f. anat. u. Entwickl.* Bd 81, pp. 90-114, 1926.

38. Pfuhl. — *Zeitschr. f. mikros. Anat. Forsch*, t. 10, pp. 207-224, 1927.

39. Biebl. — Eine experimentelle Bindegewebe studie am reticulo-endothel. der Leber. *Deutsch. Ztschr. f. Chir.*, 1929.

40. G. Dellepiane. — Sulla attivita funzionale del S.R.E. nella vita fetale. *Riv. Pat. Sper.*, V, pp. 200-220, 1930.

41. A. Pozzan. — Hemocaterese foetale. *Patologia*, XI, pp. 331-336, 1933.

42 Havet. — La cellule de Kupffer. *La Cellule*, t. 35, 1925.

43. J. de Haan et R. A. Hoekstra. — Versuche über die herkunft und die Deutung des Kupfferschen Systems der Leber. *Arch. f. exp. Zellfors*, V, 1928, pp. 35-45.

44. R. Gottlieb. — Bilirubin formation and the R.E.S. I. Kupffer cells and their relation to the R.E.S. *Canadia Med. Assoc. Journ. Montreal*, t. 30, p. 256, March 1934.

45. E. Zimmermann. — Sur les cellules de Kupffer. *Z. Mikr. Anat. Forsch*, t. 14, pp. 528-548, 1928.

46 Okkels. — Exp. embryol. Untersuch. ub. die Kupfferschen sternzellen bei Huhnerembryonen. *Arch. f. exp. Zellfors*, t. 10, p. 73, 1930.

(Remis le 27 décembre 1937.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les artérites des membres, étude clinique et thérapeutique, par L. Langeron, R. Desplats, A. Fournier et R. Camus. Un volume in-8 de 304 pages. Prix : 60 fr. Chez Gaston Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, à Paris (6e). 1937.

Résultats, après vingt ans de la greffe de la glande thyroïde aux enfants crétins myxœdémateux, guérison possible de ces arriérés. Une brochure de 36 pages, avec 15 photographies, par Serge Voronoff ; aux Editions de la Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale, 7, rue Gustave-Nadaud, à Paris (16e), 1937.

Les maladies professionnelles donnant droit à réparation légale, par le docteur A. Langelez. Un volume de 312 pages. Prix : 30 francs, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1936.

Le Bégaiement, sa nature et son traitement, par Edouard Pichon et S. Borel-Maisonny, avec une préface du professeur P. Lereboullet. Un volume de 99 pages, avec 3 figures. Prix : 18 francs, chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1937.

La stroboscopie du larynx, séméiologie stroboscopique des maladies du larynx et de la voix, par Jean Tarneaud. Un volume de 90 pages, avec 8 figures. Prix : 30 francs, à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (6e), 1937.

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés (La pathologie du colonial rapatrié), par F. Blanc et L. A. Bordes. Un volume in-16 de 244 pages. Prix : 30 francs. Chez Gaston Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, à Paris (6e), 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1938)

M. CADENAT prend la parole à propos du procès-verbal sur **l'anesthésie locorégionale dans les gastrectomies.** L'auteur utilise un produit similaire du scophédale comme anesthésique de base ; il estime que l'utilisation d'un anesthésique de base est indispensable et facilite singulièrement les manœuvres ultérieures qui ne nécessitent pas toujours l'infiltration des mésos.

M. CHEVRIER revient sur **la conservation des ovaires** dans l'hystérectomie et estime que les indications posées par M. Ferey sont trop larges ; l'auteur refuse de confondre chirurgie conservatrice et conservation des ovaires ; celle de l'utérus est primordiale.

M. MOULONGUET fait un rapport sur **deux cas de glossite centrale** (l'une suppurée, l'autre gangréneuse) **à évolution cervicale. Guérison rapide par incision sus-hyoïdienne médiane précoce.** (M. FIEVEZ, de Malo-les-Bains).

L'auteur revient sur le rôle des suppurations du canal de Bochdalek dans la genèse des glossites centrales.

M. HAUTEFORT rapporte un travail de M. DUCASTAING, sur **un cas de rupture complète et fermée de l'artère et de la veine poplité par traumatisme indirect chez un diabétique.** Il faut souligner que le malade présentait des lésions indiscutables d'artérite diabétique vérifiées histologiquement ; on conçoit en effet assez mal qu'une artère normale puisse se rompre au cours d'un mouvement d'hyperextension du membre inférieur.

MM. D'ALLAINES et MALGRAS : **Sténose des voies biliaires par pseudo-kyste du pancréas. Cholécysto-gastrostomie. Perforation tardive de la vésicule biliaire.** Il s'agissait d'un homme de 38 ans entré pour ictère par rétention chez lequel on pense à une lithiase cholédocienne. Une première intervention montre qu'il s'agit d'une sténose cholédocienne par tumeur pancréatique très hémorragique si bien qu'on ne peut faire une biopsie. Une injection de lipiodol faite dans le trajet fistuleux déterminé à l'intervention, confirme cette impression. Cholécysto-gastrostomie.

Deux mois et demi après, le malade fait une perforation vésiculaire qui siégeait deux centimètres au-dessus de l'anastomose ; la lésion pancréatique explorée à l'autopsie se révèle être un pseudo-kyste.

M. SOUPAULT : **A propos des anastomoses bilio-digestives.** Il faut tout de suite séparer les anastomoses faites avec la voie biliaire principale et la vésicule biliaire.

L'auteur rapporte deux observations personnelles de cholédoco-gastrostomie. Il estime que le reflux du contenu digestif déterminant une angiocholite ascendante est moins fréquent qu'on ne l'a dit ; quand le drainage biliaire s'effectue sans difficulté, il semble que cette éventualité ne soit pas à redouter. Au point de vue technique, l'auteur préfère l'anastomose bilio-duodénale chaque fois qu'elle est possible ; on a intérêt à garder la plus grande longueur disponible de voie biliaire.

M. DESPLAS : **A propos des accidents des anastomoses bilio-digestives.** L'auteur a observé un cas de pancréatite aiguë hémorragique survenue 30 mois à la suite d'une cholécystogastrostomie. Dans un deuxième cas, une cholécystogastrostomie faite chez une ictérique, est suivie deux ans après d'une pancréatite nécrosante mortelle en quelques heures.

L'auteur estime qu'il s'agit de lésions infectieuses ascendantes qui petit à petit déterminent des modifications des parois vésiculaires, une infection latente de la bile : celle-ci refluant brusquement dans les voies pancréatiques déclenche la pancréatite nécrosante.

M. Desplas estime qu'avant de poser l'indication d'une anastomose bilio-digestive, il est préférable de drainer d'abord la vésicule, et voir ce que deviendront les lésions.

M. GOSSET estime que le meilleur drainage des voies biliaires est la cholécystostomie et qu'on ne saurait s'entourer de trop de précaution avant de faire une anastomose bilio-digestive.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MARS 1938)

Traitement du diabète sucré par l'Insuline-protamine-zinc. — M. BOULIN. Traitement de 40 cas par cette méthode. Il convient d'équilibrer d'abord le malade avec de l'insuline ordinaire et d'y substituer une dose moindre d'Insuline-protamine-zinc. Chez 31 malades sur 40, la phytosurie diminua ou disparut. L'I.P.I. représente donc une étape importante dans l'amélioration de l'insulinothérapie, mais elle doit être maniée avec prudence.

Myélite ourlienne. — MM. LEMIERRE et MORIN. Jeune homme de 19 ans qui au 6e jour d'oreillons compliqués d'orchite, présenta des signes complets de myélite qui disparurent en 10 jours. Cette localisation purement médullaire est rare. Les auteurs n'en ont rencontré dans la science que 4 observations légitimes.

Action de la splénectomie dans 2 cas mortels d'intoxication benzolique. — MM. CAIN, CATTAN et HERTZ.

Hémorrhagies persistantes après splénectomie. — MM. FIESSINGER, ALBEAUX-FERNET et VARAN.

Le fonctionnement rénal chez les cirrhotiques par la méthode de Rehberg. — MM. FIESSINGER, VARAN, GAJDOS et PAXAYOTOPOULOS. Exploration du fonctionnement rénal à l'aide de la méthode à la créotine. Chez 9 cirrhotiques il est diminué, chez 5 autres il est normal malgré le retard de l'élimination aqueuse. Dans le phénomène d'opsiurie, on ne peut pas toujours invoquer un trouble du fonctionnement rénal.

Hystaminémie chez les cirrhotiques et dans les maladies hyperergiques. — MM. FIESSINGER, GAJDOS et PAXAYOTOPOULOS.

Lévulosurie transitoire chez un nourrisson. — MM. DEBRÉ, MARIE, SERINGE et MERSON. Cas d'un nourrisson ayant présenté une levulosurie passagère. Cette levulosurie fut observée au cours d'une infection cutanée représentée par des prodermites profondes de la nuque et du dos, l'enfant étant alimenté avec du lait condensé sucré. Le changement de régime a fait disparaître la levulosurie.

Un cas de levulosurie. — MM. HUBER, LIÈVRE, Mme NERET et ILLAIRE. Chez un enfant atteint de chorée traitée par la pyréthothérapie, on constate une levulosurie qui s'avère constante avec l'ingestion de sucre ; les épreuves de levulosurie et de galactosurie provoquées montrèrent une élimination analogue de ces 2 sucres, tandis que le métabolisme du glycose était normal.

Il semble s'agir d'une anomalie de fixation hépatique du levulose.

Ostéo-périostite avec ankylose articulaire chez un nourrisson, liée à une avitaminose C. — MM. DEBRÉ, MARIE et SERINGE.

Réactions de Wassermann considérées comme irréductibles négativées par des cures de 120 injections de cyanure de mercure. — M. DEGOS.

Les diagnostics de cancers gastriques au début. — MM. Gonet, Gutmann et Bertrand. Résumé des caractères histologiques généraux des cancers au début. Quel que soit le processus, il reste localisé à la muqueuse dont il détruit l'architectonie et il s'accompagne de tous les tests habituels de malignité histologique (mitoses abondantes et anormales, noyaux bourgeonnants, nucléoles monstrueux, etc.). Il ne faut pas méconnaître le caractère malin de ces lésions.

Un cas d'ostéo-arthrite vertébrée mélitococcique. — M. Puig (Perpignan).

(SÉANCE DU 25 MARS 1938)

A propos de l'aminémie. — M. Loeper remarque qu'à la notion de l'azotémie et de la polypeptidémie, se substitue celle de l'anémie. De l'histidine naît l'histamine qui est toxique ; de la tyrosine naît la tyramine, également toxique. Pour doser ces bases aminées dans le sang, il faut avoir recours à la méthode calorimétrique. L'auteur a remarqué que dans les cirrhoses, l'ascite s'accompagne de l'augmentation de l'histamine dans le sang. Le foie joue un rôle dans l'élimination de la tyramine quand elle s'accumule dans le sang. L'étude chimique des bases aminées est d'ailleurs délicate, ainsi que le fait remarquer M. J. Besançon.

Embolies et chocs pulmonaires. — MM. Villaret, Justin-Besançon et Bardin. Les accidents d'ordre embolique se présentent sous 4 aspects cliniques : syncope et mort subite ; angoisse et mort en quelques minutes, asphyxie avec tableau d'œdème aigu, collapsus cardio-vasculaire et mort en plusieurs heures. Il y a donc intérêt à ne pas réunir sous le titre d'embolie pulmonaire des états différents dans leur substratum anatomo et physio-pathologique.

Etude humorale de trois cas de myélomes multiples. — MM. Duvoir, Layani, Padovani et Laudat. Un cas de myéloblastome et deux cas de myélocytomes. Dans aucun de ces cas, il n'a été observé des modifications du syndrome biochimique. La sérine seule a été augmentée. L'albumine de Bence-Jones n'est apparue que dans un cas. Il est probable que ces cas entrent dans les 20 p. 100 des myélomatoses sans retentissement humoral de Magnus-Lévy.

Myélomes multiples avec tumeurs cutanées. — MM. Duvoir, Pollet, Layani, Dechaume et Gautier.

Les processus d'une orchite tuberculeuse. — MM. Renaud et Blanchard. Homme de 56 ans, hospitalisé comme cardio-rénal, se montre atteint d'une orchi-épididymite aiguë d'apparence banale. La guérison en paraît complète pendant plusieurs mois. Le malade meurt à la suite des accidents cardio-pulmonaires. L'autopsie montre une énorme tuberculose à lésions subaiguës du médiastin et du péricarde. Dans les testicules se rencontrent des lésions typiques de tuberculose avec foyers calcifiés. Il y a donc en deux processus différents, l'un exsudatif et aigu, l'autre lent, ayant produit des lésions durables.

Les types de pneumocoques observés à Paris. — MM. Troisier, Bariéty et Brouet soulignent la nécessité de rechercher le gonflement sur des pneumocoques récemment recueillis ; car au bout de quelques heures, les germes perdent le témoignage de leur activité. De toute façon, dans les pneumococcies aiguës, l'identification rapide et précise du germe est indispensable si l'on veut envisager une sérothérapie spécifique.

Acrocéphalie ou dysostose cranio-faciale fruste chez deux jumeaux. — MM. Huber, Lièvre, Mme Neret. Deux jumeaux univitellins atteints de malformations cranio-faciales rappelant la maladie de Crouzon. A la radio, aspect spécial de la voute du crâne, aspect alvéolaire ou cérébriforme, sans doute en rapport avec une hypertension intra-cranienne. L'affection en l'espèce apparaît dans la lignée comme le peut faire la dysostose cranio-faciale.

Poliomyélite antérieure aiguë chez deux jumeaux ; évolution en dépit de la séro-prophylaxie chez l'un d'eux. — MM. Huber, Lièvre, Mme Neret.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1938)

Hémorragie interne. Accident exceptionnel de la pratique journalière. — M. Lattès.

La stomatologie dans l'armée républicaine espagnole. — M. A. Lebourg.

(SÉANCE DU 22 MARS 1938)

Un cas de dystrophies dentaires et osseuses rattachées à l'hérédo-syphilis. — MM. Ginesti et Paoli (Val-de-Grâce). Intéressant, parce que les examens sérologiques étaient négatifs.

Un cas de dyplasie de Cadepont. — MM. Ginestet, Houpet et Paoli.

M. Lhirondel présente un malade porteur d'un filet gingivo-labial hypertrophique, vraisemblablement responsable d'un **diastème interincisif** très prononcé.

Tumeur mixte de la voûte palatine à caractères histologiques particuliers : cylindromateuse à évolution épydermoïde complète. — MM. Lhirondel et J. Leroux-Robert.

La conception histologique actuelle des tumeurs dites mixtes de la cavité buccale. — M. Leroux-Robert. L'étude de 115 cas de tumeurs mixtes de la cavité buccale vient contredire la conception classique. Ces tumeurs se comportent cliniquement comme les épithéliomas. Elles doivent être rangées parmi les épithéliomas des parenchymes glandulaires.

De l'emploi simultané de l'acier inoxydable et du vitallium dans la construction des couronnes et des bridges. — MM. Beliard et Dalbanne. Les auteurs insistent sur le fait que les conditions économiques rendent, dans certains cas, difficile l'emploi de métaux précieux dans les constructions des prothèses fixes. Ils s'intéressent particulièrement au vitallium, qui est un alliage inoxydable susceptible d'être coulé.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1938)

Tumeur paranéphrétique. — MM. R. Dieulafé et Salvy présentent l'observation et la pièce opératoire d'une volumineuse tumeur solide paranéphrétique (fibromyome), ayant fixé le rein gauche dans la fosse lombaire droite, enlevé par M. Ducuing avec conservation du rein. Guérison.

Asystolie basedowienne et curiethérapie. — MM. L. et R. Dieulafé insistent sur l'amélioration considérable de l'asystolie et des troubles hyperthyroïdiques produits par application externe de radium sur le corps thyroïde. M. Ducuing indique le danger de la chirurgie chez les hyperthyroïdiens graves et avec complications cardiaques.

Cancer du rectum chez la femme. — MM. Marcel Grimoud et Lazorthes, à propos de deux cas, précisent les indications des diverses opérations.

— La discussion sur la chirurgie gastrique est terminée et les conclusions sont présentées par M. Ducuing.

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1938)

Devant une nombreuse assistance, M. le professeur FORGUE, membre de l'Institut, est reçu membre d'honneur de la Société de chirurgie de Toulouse.

M. le professeur DUCUING, président, prenant la parole, retrace la brillante carrière de M. le professeur FORGUE et exalte les remarquables qualités d'enseigneur du nouveau membre d'honneur.

M. le professeur FORGUE remercie la Société de chirurgie de Toulouse des sentiments qu'elle lui témoigne et, dans une allocution toute de précision et d'esprit, il nous apprend comment il fut pendant quelques heures professeur à la Faculté de Toulouse, puis il développe la vie du chirurgien et enfin il s'étend sur la clarté et les autres qualités indispensables à tout Maître.

La séance de réception achevée, l'ordre du jour des travaux de la Société est repris.

MM. VIRENQUE, CAHUSAC et GRIMOUD rapportent l'observation d'une fillette opérée pour une **péritonite à pneumocoque à forme occlusive,** et précisent l'importance de l'abstention chirurgicale dans le traitement des péritonites à pneumocoques.

MM. LEFEBVRE et RIEUNAU nous rapportent d'intéressantes observations personnelles de **greffes osseuses intra-médullaires,** dont ils montrent les indications et la technique.

(SÉANCE DU 25 MARS 1938)

A l'occasion de trois observations, M. MIGINIAC nous montre les dangers des **anus établis sur le grêle.** Il insiste sur la difficulté du repérage précis de la portion du grêle extériorisé et sur les suites lamentables de telles opérations.

M. DUCUING appuie ces conclusions, mais montre l'intérêt de l'anus à la Witzel, qu'il préfère à l'anus en canon de fusil. Dans les occlusions avec grosse dilatation intestinale, il pratique toujours une boutonnière médiane, puis, ayant extériorisé une anse, il aspire avec un gros trocart le contenu intestinal. Fermeture, puis anus sur le grêle non sans avoir essayé un repérage de la hauteur de l'anse.

MM. M. ESCAT et CAVE présentent un malade chez lequel ils ont pratiqué une laryngectomie totale par la méthode de Gluck Tapia. Ils ont obtenu un excellent résultat.

MM. DUCUING, GRIMOUD et MARROT nous entretiennent des avantages de la laparotomie exploratrice avec l'amputation périnéale du rectum, qui permet l'exploration du foie, du cul-de-sac de Douglas, la recherche des adénopathies et des lésions associées, donnant ainsi les renseignements qui contre-indiquent l'amputation par voie basse et commandent un simple anus.

MM. BOULARAN, LAZORTHES et ALLÉ présentent l'observation et les radiographies d'un accidenté de 38 ans atteint de **protusion acétabulaire** bilatérale compliquée d'un côté d'une fracture du fond de l'acétabulum. Les auteurs étudient cette rare affection, décrite surtout en Amérique et en Allemagne.

Enfin, rappelant les diverses dénominations données à cette dysmorphie (protrusio acétabuli, bassin d'Otto Chroback, coxarthrolisthésie, arthrokatodysis), ils proposent de l'opposer à la coxa plana en la dénommant coxa cava.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE RHUMATISME ET D'HYDROLOGIE

(Londres, Oxford, Bath, 25 mars-3 avril 1938)

Le Congrès s'est tenu sous l'égide de la Société internationale d'hydrologie médicale, dont c'était la quinzième réunion annuelle, et de la Ligue internationale contre le rhumatisme, qui célébrait son dixième anniversaire. Les discussions, consacrées aux climats comme facteurs des maladies et au rhumatisme chez les enfants, ne devaient commencer qu'à Oxford ; mais, dès notre arrivée à Londres, notre attention fut retenue par des séances scientifiques.

C'est ainsi que nous pûmes visiter les hôpitaux pour enfants atteints de rhumatisme cardiaque. Nous ne devons pas oublier que Poynton, qui fut présent à tout le Congrès, a été le promoteur de la cure de repos prolongé pour les rhumatisants cardiaques, et nous avons admiré les magnifiques réalisations du Queen Mary's Hospital de Carshalton et de l'hôpital de West.Wickham, sous la direction de H.-O. West et de Gray Hill pour l'un et de B. Schlesinger pour l'autre. Le repos imposé pendant plusieurs mois, le lever prudent, la vie à l'air, et pour ceux dont la maladie commence à se stabiliser, une gymnastique prudente, semblent donner des résultats du plus haut intérêt, et il est regrettable qu'il n'existe pas chez nous d'établissement comparable.

Signalons aussi la visite de « Saint-John's Clinic », pour le traitement ambulatoire des rhumatisants adultes.

Une très belle réunion se tint à l'hôpital de Great Ormond Street. Tout autour d'une vaste salle étaient disposés soit des enfants relevant de telle ou telle forme particulière de rhumatisme, soit des préparations histologiques, soit des tableaux mettant en valeur certains points déterminés.

Sir Thomas Barlow nous a fait l'honneur de présenter lui-même les moulages et reproductions du premier cas observé par lui, en 1880, de nodosités rhumatismales ; c'est de là que date la première description de ce type de rhumatisme en Angleterre. (Il nous sera permis de remarquer que le nom, adopté en France, de nodosités de Meynet est justifié, la description de Meynet remontant à 1875 : cela n'enlève rien à l'intérêt de la remarquable présentation de Th. Barlow).

Nous avons vu aussi des préparations microscopiques des pièces expérimentales de Poynton ; il s'agit là de travaux encore en cours, et qui ont été exposés, avec toutes les réserves nécessaires, par Poynton et Schlesinger, dans leur récent ouvrage.

Signalons encore les électro-cardiogrammes de B. Schlesinger, les malades présentés par Sheldon, des cas de maladie de Still-Chauffard, des diagrammes montrant la répartition du rhumatisme en Angleterre, etc.

A Oxford, la première séance (organisée par la Société internationale d'hydrologie médicale) a été consacrée à l'importance des climats et des temps secs et pluvieux comme facteurs des maladies. Les exposés de Poulton, d'Edström et de Rudder donnent à cet égard de précieuses indications qu'il est impossible de résumer ici ; on devra sur tous ces points se reporter au texte des rapports lorsqu'il paraîtra. On trouvera aussi les communications de Schulhof, Trauner, Laqueur, Gunzburg, etc.

Les journées suivantes furent consacrées à l'étude du rhumatisme chez les enfants (programme organisé par la Ligue contre le rhumatisme). L'aspect pathologique a été envisagé par Gibson et par Klinge.

Gibson fait jouer un rôle important à l'infection streptococcique ; il demeure pourtant assez réservé quant à l'ori-

gine purement streptococcique du rhumatisme aigu, ainsi qu'à l'allergie, dont la définition varie suivant les pays et les écoles.

Klinge s'appuie surtout sur l'anatomie pathologique. Le rhumatisme existe non seulement lorsque l'on constate des polyarthrites, mais aussi quand il n'y a que des lésions viscérales ; la maladie se reconnaît aux lésions rhumatismales graves et étendues des tissus des organes, sans que l'appareil de la locomotion soit forcément atteint.

A la suite de ces rapports, nous avons entendu les communications de Gunzbourg, d'Eagles, qui a fait des recherches sur les réactions agglutinantes, de Françon, Forestier et Herbert, avec projections d'un cas de maladie de Still-Chauffard.

Les rapports de la séance suivante ont eu trait à l'aspect clinique du rhumatisme infantile.

L. Findlay, dont nous connaissons tous les beaux travaux, passe en revue les principales manifestations du rhumatisme chez les enfants. Il estime que les arthrites, les cardites, la chorée, les nodosités rhumatismales, l'érythème circiné sont sans doute de nature rhumatismale, et l'on en aura la certitude quand on en connaîtra la cause ; mais Findlay se montre très réservé sur l'origine rhumatismale des complications pleurales et surtout pulmonaires.

Le second rapport sur les aspects cliniques du rhumatisme chez les enfants a été exposé par H. Grenet. Il s'est limité au rhumatisme aigu ou maladie de Bouillaud. Il insiste surtout sur les cardiopathies, dont il montre la gravité ; il s'efforce de mettre en valeur l'importance de la myocardite ; il étudie les formes malignes du rhumatisme, fréquentes surtout chez les enfants, qui durent en moyenne de trois à dix-huit mois, et dont la guérison est exceptionnelle. Il insiste sur le pronostic, qui d'une manière générale est sévère : en l'espace de dix ans, la mortalité globale a dépassé 17 p. 100 ; et, pour ceux qui ont présenté une complication cardiaque, elle a atteint près de 24 p. 100. L'auteur de ce rapport affirme enfin l'autonomie du rhumatisme aigu, dont il convient de respecter les limites précises.

Nous avons entendu à la suite un certain nombre de communications, parmi lesquelles nous retiendrons celle de Blechmann sur le rhumatisme familial et les rapports du rhumatisme et de la scarlatine, de Brokman sur une réaction de fixation du rhumatisme. Signalons les belles projections anatomiques faites par Lendrum.

L'aspect thérapeutique du rhumatisme infantile a été étudié par W. Sheldon. Il insiste sur les produits salicylés, qui, donnés à doses moyennes, agissent sur les arthrites, mais demeurent, selon lui, sans effet sur le développement des cardiopathies ; il indique aussi l'utilité de la vitamine C, dont la privation favorise le développement du rhumatisme. Il rappelle enfin que le repos prolongé est un des éléments importants du traitement. Nous noterons les études de Hench sur l'action favorable que peuvent avoir les ictères spontanés ou provoqués sur le rhumatisme, et le travail de Najib Farah sur l'influence de la bilirubine. Retenons enfin le bel exposé de Pemberton sur les troubles circulatoires périphériques dans le rhumatisme.

Il nous sera permis de remarquer que, de plus en plus, nous voyons les médecins de tous pays tendre à admettre l'autonomie de la maladie de Bouillaud ; il y a quelques années, il existait, à ce point de vue, des divergences fondamentales ; aujourd'hui, quel que soit le mécanisme pathogénique adopté, tout le monde semble s'accorder sur le terrain de la clinique.

L'aspect social du rhumatisme dans l'enfance a été exposé d'une manière pénétrante par Poynton. Il insiste surtout sur l'importance des mauvaises conditions d'habitation, l'encombrement, la mauvaise alimentation. Le problème est donc fort complexe. Davidson estime que la collaboration de l'Etat est indispensable ; mais Ory, qui reconnaît d'ailleurs l'utilité de cette collaboration, insiste sur l'imprécision qui règne encore dans cette question, et il pense qu'il

faut se garder d'improviser, et qu'il convient d'éviter une transformation étatiste de la médecine.

Une visite à Leamington permit de visiter cette station ; une réception avait été organisée aussi à la station thermale de Droitvitch.

Le Congrès de Bath, qui suivait celui d'Oxford, était organisé pour célébrer le deuxième centenaire de l'hôpital thermal de Bath, qui se transformait en hôpital royal et national pour les maladies rhumatismales. Il était présidé par Lord Horder, assisté de Sir Francis Fraser, Sir Humphry-Davy Rolleston, Sir Walter Langdon Brown. Nous retiendrons un ensemble de travaux sur la goutte, avec les rapports de Langdon Brown, de Leslie Hill, de Kersley, d'Hubert Gibson ; M. P. Weil s'attacha à développer la notion du rhumatisme goutteux. Weissenbach et Françon ont montré des radiographies de pied goutteux ; et Coste a envisagé le régime des goutteux.

Le séjour à Bath, où les congressistes ont été reçus par les médecins anglais et où le maire de Bath et le président du Comité d'organisation ont fait à tous le plus aimable accueil, a été fort instructif au point de vue de la thérapeutique thermale.

***

Nous avons tâché de donner, dans ces quelques pages, non pas un compte-rendu du Congrès, mais un aperçu d'ensemble des travaux qui ont été poursuivis. Mais il convient de souligner l'accueil qui nous a été fait, d'abord à Londres, avec les réceptions par le ministre de la Santé publique à Lancaster House, Saint-James, et par Lord Dawson of Penn, président du « Royal College of Physicians ».

Nous avons visité l'admirable cité d'Oxford et ses collèges ; nous avons vécu pendant quelques jours dans cette ville gothique, où les monuments ne sont pas des ruines, mais se sont adaptés à la vie moderne, sans rien perdre de leur caractère antique ; et nous avons compris la force de la tradition, si bien mise en relief par notre confrère Wibauw (de Spa), dans le charmant toast qu'il prononça au banquet. Nous avons entendu un beau concert dans le cadre merveilleux de « Christ Church Hall », et avons été reçus au musée Ashmoléen par le recteur de l'Université et par le président du Congrès, Sir Farquhar Buzzard. Nous gardons de ce si court séjour un souvenir inoubliable. Nous ne saurions passer sous silence l'accueil fait par le Comité des Dames.

Au cours du Congrès, on a célébré le dixième anniversaire de la Ligue internationale contre le rhumatisme, et rendu hommage à son président, le docteur Fortescue Fox, auquel succède le docteur Pemberton, et au docteur Van Breemen, le dévoué secrétaire général et animateur de la Ligue.

Nous avons eu le plaisir de voir assister à ce Congrès une importante délégation française, à la tête de laquelle se trouvait le professeur Laignel-Lavastine, président de la section française de la Ligue.

H. GRENET.

Le prochain congrès aura lieu à New-York, en juin 1940.

Les sujets suivants seront traités :

1. Le rôle de l'infection dans les maladies rhumatismales ;
2. L'alimentation dans le rhumatisme ;
3. La portée sociale de l'orthopédie dans les affections rhumatismales.

Insufflation tubaire kymographique par la méthode de Rubin, par Louis BONNET. Un volume in-8 de 96 pages, avec figures. Prix : 28 fr. Chez G. Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, à Paris (6e), 1938.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement curatif de l'asthme, par le docteur Paul CANTONNET. 3e édition. — Paris, Editions médicales Norbert Maloine, 1937.

Dans cette nouvelle édition d'un livre antérieurement paru, édition différente de la précédente, l'auteur expose ce qu'une longue expérience lui a appris de la pathogénie de l'asthme et des moyens thérapeutiques qui permettent de combattre ce syndrome. L'ensemble de la méthode ne constitue pas du reste un traitement unique, mais l'adaptation aux divers cas particuliers d'un ensemble de moyens thérapeutiques. Il insiste à nouveau sur l'importance au point de vue thérapeutique de l'inversion des réactions sympathiques dans certains cas, et sur l'importance pathogénique des troubles de la fonction hépatique.

La méthode est basée sur la désensibilisation obtenue par l'action conjointe d'une peptone polyvalente bien choisie et de l'iode, sur l' « endurcissement » vis-à-vis des excitants extérieurs des muqueuses nasale et brachiale, la correction d'une fonction hépatique déficiente, la vaccinothérapie contre les infections bronchiques associées, le régime alimentaire et une crénothérapie en rapport avec le mécanisme pathogénique en jeu.

Telle est la thérapeutique qu'une longue expérience a montré à l'auteur susceptible de rendre d'appréciables services vis-à-vis d'une affection dont la ténacité désespère le malade et déçoit le médecin.

L. BABONNEIX.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THÉOPHYLLINE-ÉTHYLÈNE-DIAMINE (AMINOPHYLLINE) DANS LA PRATIQUE CARDIO-VASCULAIRE

par R. HEIM DE BALSAC (1)

L'auteur dresse le bilan analytique des faits expérimentaux et cliniques sur lesquels est basée la réputation de la théophylline-éthylène-diamine. Il rappelle les nombreux travaux, français et étrangers, qui ont mis en évidence les différentes actions de cette théophylline : action diurétique intense, action vaso-dilatatrice augmentent spécialement le débit coronarien, action heureuse sur la tension artérielle et action toni-cardiaque.

Les résultats cliniques, obtenus en utilisant la voie buccale, les voies intramusculaire et, plus rarement, intraveineuse, ou encore la voie rectale, confirment dans l'ensemble les données expérimentales.

Heim de Balsac conclut en résumant les indications essentielles de la théophylline-éthylène-diamine :

Toutes les coronatites, douloureuses ou non, toutes les thromboses coronariennes, récentes ou anciennes, avérées ou menaçantes, sont justiciables d'un traitement aminophyllique, qu'il y ait ou non insuffisance cardiaque ou hypertension associée. Celui-ci sera précoce et énergique, puis régulièrement et longtemps poursuivi. »

L'auteur montre ensuite l'intérêt de l'action diurétique de l'aminophylline, et son action utile dans tous les cas où l'on cherche à obtenir une vaso-dilatation viscérale.

(1) *Paris-Médical*, 27 novembre 1937, n° 48, p. 423.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 36. — MERCREDI 4 MAI 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Jury définitif : MM. Gouverneur, Wilmoth, Chifoliau, Jacques-Ch. Bloch, Antonin Gosset, Girode et Touraine.

Médecins des hôpitaux psychiatriques. — Le jury du concours de médecins des hôpitaux psychiatriques, qui s'est tenu le 25 avril 1938, était constitué comme suit :

Président : M. Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

Membres : M. Leclainche, inspecteur général technique, délégué du ministre ; M. Heuyer, médecin de l'infirmerie spéciale près la préfecture de police, conseiller technique ; M. Perrens, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; M. Fait, médecin chef de l'hôpital psychiatrique public de Clermont (Oise) ; M. Vullien, médecin chef de la clinique d'Esquermes (Nord) ; M. Hugues, médecin chef du quartier d'hospice de Font-d'Aurelle (Hérault) ; M. Vurpas, médecin des quartiers d'hospice de la Seine ; M. Logre, médecin chef de l'infirmerie spéciale près la préfecture de police ; M. Lévêque, chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance ; M. Chassagnot, sous-chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, a rempli les fonctions de secrétaire administratif du jury.

Préfecture de police. — Par arrêté de M. le préfet de police, en date du 26 février 1938, M. le docteur Lucien Périn, médecin-chef de service à la Maison de Saint-Lazare, a été nommé médecin-chef du Dispensaire de Salubrité, en remplacement de M. le docteur Bizard, atteint par la limite d'âge.

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Charles Perrier a été chargé du cours d'urologie.

M. le docteur Charles Martin du Pan a été chargé du cours d'orthopédie infantile.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies en vermeil a été décernée à M. le docteur Schreiber (Georges), médecin-chef de l'infirmerie indigène d'El-Kelaa-des-Sraghna (Maroc), pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine (Laboratoire d'Hygiène), les 22, 23 et 24 juin 1938.

Les dossiers des candidats devront être adressés, *un mois à l'avance*, au Ministère de la Marine marchande (Direction de la Flotte de commerce et du Travail maritime), 3, place de Fontenoy, Paris (7e).

Cette demande pourra être établie sur papier timbré et revêtue en outre d'un timbre fiscal de 20 francs pour paiement des droits d'inscription à l'examen.

Ministère des Anciens combattants et Pensionnés. — M. le docteur Yoyotte, vice-président de la Fédération des médecins du front, a été nommé membre de la commission spéciale de classement aux emplois réservés des médecins, instituée par l'article 6 de la loi du 12 août 1933, en remplacement de M. le docteur Leroux, démissionnaire.

Le Banquet annuel de la Société de Médecine de Paris a eu lieu il y a quelques jours.

Conformément à la tradition, M. Failliot, Président du

Conseil municipal, avait été prié d'accepter la présidence du banquet, mais, empêché par un engagement antérieur, il avait heureusement délégué, pour le remplacer, M. Armand Massard, Vice-Président du Conseil municipal.

Au dessert, M. Hartenberg, ancien président de la Société et président du banquet, présenta à M. Armand Massard « cette vieille douairière dont il était l'hôte, qui traîne derrière elle 142 printemps, et qui est restée aussi jeune, aussi vivace, qu'au jour de sa naissance ».

Puis M. Dupuy de Frenelle, président de la Société, souhaita la bienvenue à M. Massard, au nom des nombreux amis qu'il compte à la Société, et qui sont heureux de se retrouver avec lui durant une soirée.

Enfin, M. Massard, en termes éloquents et spirituels, remercia la Société de son courtois accueil et l'assura de toute la sympathie et de toute l'estime de la municipalité parisienne. Il félicita en particulier le dévoué secrétaire général, le docteur Bécart, à qui revient le mérite de la bonne organisation de la Société.

En terminant, reproduisons quelques phrases du discours de M. Hartenberg, qui furent particulièrement applaudies :

« La vraie cause de la jeunesse et de la pérennité de notre Société réside dans l'hygiène rigoureuse qui a toujours réglé son existence. Sagement, prudemment, la Société de Médecine de Paris a toujours su s'élever au-dessus des contingences matérielles et borner son activité à la vie de l'esprit. Ses dirigeants, raisonnant en excellents médecins, ont compris que, dans toute institution humaine, l'esprit seul devait régner en maître, parce que l'esprit seul est facteur de prospérité et de progrès. Sans doute, il y a des époques où les convulsions économiques et sociales peuvent renverser momentanément l'échelle des valeurs, permettre aux convoitises de la matière de l'emporter sur les privilèges de la pensée. Mais une telle situation ne saurait durer, parce qu'elle est illogique, paradoxale ; le cerveau doit commander au muscle et le muscle doit obéir au cerveau. Un instant viendra, tôt ou tard, où la pensée reprendra ses droits, où les collectivités qui veulent vivre et résister aux concurrences devront se confier à la sagesse d'une élite intellectuelle qui les guidera dans la voie du bons sens et de la raison. Partout et toujours, l'esprit demeurera l'arbitre des destinées humaines, parce qu'il possède les deux attributs qui confèrent la puissance invincible : il est souverain, il est immortel. »

La séance annuelle de la Société de Médecine de Paris aura lieu le 28 mai ; elle sera consacrée exclusivement à la mémoire de l'ancien Président de la Société, Victor Pauchet, dont l'éloge sera prononcé par M. Peugnez. Les collègues sont priés de retenir cette date dès à présent, pour être nombreux à cette séance solennelle.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le tarif de responsabilité. — Le Syndicat des Médecins de la Seine (28, rue Serpente, Paris (6e), nous annonce que les Caisses d'assurances sociales de la région parisienne viennent de décider un relèvement prochain du tarif de responsabilité :

A partir du 1er mai, le tarif, qui était de 15 francs pour la consultation, sera porté à 18 francs, et les Caisses ont annoncé que ce n'était qu'un premier pas dans cette voie.

Il faut espérer que la récente décision de l'Union des Caisses marquera le début d'une ère nouvelle, faite de compréhension mutuelle et de collaboration loyale entre les Caisses et les syndicats médicaux de la région parisienne.

Le Sénateur SAVIGNOL

Le 26 avril est décédé, à Toulouse, M. Savignol, sénateur radical de la Haute-Garonne, qui fut un de nos plus ardents défenseurs lors du vote des lois de 1933 et 1935 sur les médecins étrangers. Je me souviens des divers entretiens que j'ai eus avec lui dans les salons du Luxembourg, à cette époque où le Sénat s'intéressait vivement à nos querelles intellectuelles. Et je revois Savignol, appuyé à une fenêtre donnant sur la cour du Palais Médicis, et disant à un groupe de collègues : « Les jeunes ont raison ; ils tiennent aux études classiques ; Debierre les réclame aussi ; Maurice Sarraut votera le projet ; Léon Bérard s'en félicite ; nous voterons l'obligation du bacaclauréat latin-grec pour entreprendre les études médicales ! »

Savignol a exercé la pharmacie au cœur même de Toulouse, où ses confrères le distinguèrent pour ses qualités de finesse intellectuelle et son esprit scientifique. Après mon grand-père et mon père, il fut élu président de la *Société de pharmacie du Sud-Ouest*, dont les congrès étaient célèbres dans le Midi. Actuellement, il était président de l'*Union pharmaceutique du Midi*, coopérative qui assure le ravitaillement des pharmaciens des régions languedocienne et pyrénéenne.

Il représentait au Sénat le département de la Haute-Garonne, et y était écouté.

Savignol sera très regretté.

MAURICE MORDAGNE.

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

SOUS-DIRECTION DES HÔPITAUX ET HOSPICES.
SERVICE DE L'EXPLOITATION

Le jeudi 2 juin 1938, à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une fourniture d'articles de pansements nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois à partir du 1er juillet 1938.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt, cellulose hydrophile et des tampons hygiéniques en cellulose.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin Central des Hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes d'admission jusqu'au mercredi 18 mai 1938. 1043.

INDICATIONS DE LA DÉCAPSULATION RÉNALE

PAR MM.

ANDRÉ PATOIR et GÉRARD PATOIR
médecin des hôpitaux chef de clinique uro'ogique
de Lille

On désigne sous le nom de décapsulation rénale une intervention chirurgicale dont le promoteur fut à la fin du siècle dernier, Edebohls. Elle consiste essentiellement dans une décortication du rein que l'on sépare de sa capsule, celle-ci étant supprimée.

L'intervention peut être unilatérale, bilatérale d'emblée, ce qui est rare, ou bilatérale en deux temps. Sa technique très simple, s'est enrichie récemment de l'énervation rénale préconisée d'abord par Papin.

Ce complément opératoire n'est possible que lorsque les conditions techniques sont favorables et que la périnéphrite, en particulier, n'y apporte pas un obstacle absolu.

C'est en 1886 que, pour la première fois Harrison propose la décapsulation systématique dans les syndromes néphrétiques aigus ou chroniques s'accompagnant d'hématuries diffuses ou de douleurs lombaires vives.

Il se fonde sur deux idées. L'une est théorique : pour lui le rein, victime d'une congestion passive et active, est étranglé dans une capsule inextensible ; l'incision de cette capsule le libère et le réintègre dans ses fonctions, pour ce qui subsiste de parenchyme sain. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette vue, séduisante, mais courte. L'autre est *pratique :* on a effectué avant lui et il a effectué lui-même des néphrotomies exploratrices à la suite d'erreurs de diagnostic (lithiase, tuberculose, etc...). Celles-ci se sont révélées curatrices.

En France, Pousson et Jaboulay suivirent ces opinions et cette technique et les préconisèrent.

Un peu plus tard, Edebohls ne se contente plus d'inciser la capsule ; il la resèque. Il veut ainsi et il y réussit, comme le prouvent les travaux expérimentaux de Claude et Balthazard, de Gayet et Bassam, créer un réseau vasculaire anastomotique entre la circulation rénale et l'atmosphère périrénale. Cependant dès cette époque, Albarran et L. Bernard, Tuffier voient toujours la capsule se reconstituer, à bref délai. Edebohls étend en outre les indications à toutes les formes cliniques de néphrites et en fait une thérapeutique non seulement palliative, mais curatrice. D'autres auteurs le suivent et on ne tarde pas à enregistrer dans la littérature médicale, accompagnés d'inévitables échecs, les succès remportés par la méthode.

En 1910, l'opinion commune sur la décapsulation peut se résumer ainsi que le font Chauffard et Laederich de la façon suivante : « Dans le traitement des néphrites, la néphrotomie et la décapsulation doivent être réservées à certaines complications graves de ces néphrites : hématuries profuses, néphralgies rebelles, anurie persistante, urémie résistant au traitement médical. Quant aux interventions systématiques précoces pour lesquelles Edebohls prétend « guérir » les néphrites chroniques, c'est à l'avenir de se prononcer sur elles ».

C'est pourtant et assez brutalement, à cette époque, que la décapsulation rénale va tomber dans un profond discrédit et bientôt dans un oubli quasi total. Nous parlons ici de l'école française, car à l'étranger elle a toujours conservé des adeptes, rares mais fidèles. A quoi est dû ce revirement de l'opinion médicale ?

Tout d'abord un certain nombre d'objections théoriques s'élevaient contre la méthode : son empirisme, qui était éclatant, la grossièreté évidente de la théorie purement mécanique qui prétendait en expliquer l'action, le peu de stabilité de son résultat anatomique. Ensuite des arguments pratiques : les morts opératoires ou post-opératoires observées, les insuccès thérapeutiques assez fréquents ; on en était d'ailleurs arrivé à n'attribuer les succès enregistrés qu'à une coïncidence ou à un heureux hasard. On résumerait assez bien l'opinion générale entre 1910 et 1935 en disant que les malades arrivaient parfois à guérir malgré la décapsulation qu'ils avaient subie.

De ce fait les médecins n'envoyèrent plus aux chirurgiens que des cas extrêmes, désespérés chez lesquels tous les autres traitements avaient fait la preuve de leur impuissance. Les chirurgiens dont on connaît la tendance très naturelle à ne pas assombrir leurs statistiques n'opéraient qu'avec répugnance et la main forcée. L'intervention était devenue un procédé de désespoir et donnait des résultats de désespoir.

Les causes que nous venons d'énumérer et qui concouraient à l'abandon de l'opération d'Edebohls sont sans doute les plus évidentes, mais ne vont pas au fond des choses. Elles ne tiennent pas compte en effet de l'orientation des esprits. Sous l'influence des travaux de l'école française, une véritable révolution s'était faite dans les conceptions des néphrites. C'est pour une grande part à Castaigne, dont les idées ont aujourd'hui une si légitime actualité, qu'on le doit. Mais à ce moment, ses travaux furent loin d'avoir l'immense et profond retentissement de ceux de Widal et de son école. Désormais on possédait dans le bloc chaotique des néphrites un fil conducteur qui permettait d'en faire un diagnostic précis, d'en démontrer le mécanisme, d'en fixer le pronostic. Bien plus, la classification de Widal avait une base physiologique, ce qui répondait à une tendance très médicale. On se souvenait trop des mécomptes qui en cette matière comme en d'autres, avait entraîné l'application de la discipline anatomo-clinique. Les avantages mêmes de la classification presque uniquement clinique apportée par Castaigne étaient éclipsés par celle-ci qui semblait aller plus loin dans la vérité et la rigueur scientifique.

Du coup rentrèrent dans l'ombre, avec la conception anatomique des néphrites, qui y est restée, les méthodes thérapeutiques qui paraissaient liées à l'anatomie. La décapsulation, avec son action de désétranglement, était dans ce cas et on le lui fit bien voir.

On sait ce qu'il advint de la construction édifiée par Widal. Sans rien lui dénier de la valeur clarifiante qu'elle a eu dans l'évolution de la pathologie, les au-

teurs estiment aujourd'hui qu'elle est trop rigide, trop théoriquement étroite pour embrasser l'ensemble des faits. Les notions de rétention chlorurée sèche, de chlorurémie d'origine interstitielle, d'azotémie extra-rénale sont venues enrichir mais aussi compliquer le problème. On tend donc à l'heure actuelle à revenir à des conceptions moins ambitieuses et à reprendre pour les néphrites l'ancienne classification de Castaigne, de base clinique, et que celui-ci vient de compléter et d'exposer en détail dans le *Journal Médical Français* (juin 1937).

En même temps d'ailleurs, les anatomo-pathologistes, sous l'impulsion de Muller, de Volhard et Fahr, remaniaient la question et aboutissaient à la tendance de synthèse anatomo-clinique de Paul Govaerts.

Il résulte de tout ceci que nos connaissances physiologiques sur le rôle et le fonctionnement du rein sont actuellement insuffisantes pour nous fournir une base de classement dans la pathologie de cet organe. Il en résulte aussi, en ce qui concerne la thérapeutique, une incertitude qui contraste singulièrement avec la ferme conviction qu'avait engendrée Widal.

Les essais de traitement sont variés et, tentés successivement, répondent plus ou moins, mais toujours partiellement, aux espoirs de leurs promoteurs. C'est à la faveur de cette confusion que les esprits se sont reportés vers un mode de traitement à peu près abandonné : la décapsulation. Curieux retour d'une méthode, qui si elle a peu varié dans sa technique, s'est radicalement transformée dans l'explication de son action et s'est précisée dans ses médications.

Nous allons tenter de préciser les différents termes de ces transformations.

L'action de la décapsulation rénale a été étudiée expérimentalement. Le rein décapsulé s'étale et rougit ; son volume augmente et sa consistance s'amollit. L'oncographe en permet la vérification. Dambrin a pu suivre au microscope ces phénomènes vasculaires.

A ces modifications morphologiques se superposent des variations fonctionnelles. Pendant un à deux mois, la quantité d'urine excrétée s'accroît, celle-ci voit augmenter son pouvoir de concentration de l'urée et parallèlement l'azotémie baisse.

Schneider et Wildbolz viennent tout récemment d'étudier l'action de la décapsulation et de l'énervation du rein sur le débit circulatoire du rein. L'énervation donnerait une augmentation de 65 à 140 pour 100 de la valeur primitive du débit. Et la décapsulation une augmentation de 20 pour 100 qui pourrait se surajouter à l'action de l'énervation.

Ces constatations expérimentales sont étayées par la clinique. Le chirurgien voit s'opérer sous les yeux les modifications enregistrées par le physiologiste et les examens de laboratoire apportent leur confirmation.

Tout le monde est aujourd'hui d'accord sur la réalité de ces faits. L'interprétation en reste encore sinon hésitante, du moins plus discutée.

Les théories mécaniques et purement anatomiques sont fortement combattues. Les uns avec Stropeni, Hoffmann et Ferramini pensaient que le mécanisme était veineux, la capsule rigide écrasant la circulation rénale en même temps que ses éléments nobles. Pour les autres (Edebohls, Claude et Balthazard, Gayet et Bassam) la mise à nu du rein amenant la création de néoformations vasculaires qui contractaient des anastomoses avec les vaisseaux de l'atmosphère périrénale. Cette action fut d'emblée niée (Albarran et L. Bernard, Tuffier) et les expériences de Dogliotti et Maraino montrent que dans un délai de quinze jours une néo-capsule, nacrée, peu élastique et peu vascularisée, se forme.

Les adversaires de la méthode trouvaient là un de leurs arguments les plus effectifs, Le rôle mécanique paraissait donc trop élémentaire et l'action devait être fugace et à peine palliative.

La théorie fonctionnelle et physiologique de l'action de la décapsulation n'a pris naissance que beaucoup plus tard. Elle existait déjà en germe dans l'esprit de Jaboulay lorsqu'il expliquait les heureux effets de l'opération par un mécanisme nerveux. Mais cette idée était encore bien vague et il faut arriver en 1920 pour voir Fischer tenter de la légitimer et de lui donner une base cohérente.

Une étude préalable des nerfs de la capsule rénale avait été nécessaire. Les auteurs (D'Evant, Renner, Papin, Lehman, Fischer) ont pu non sans difficultés, mettre en évidence un vaste réseau capsulaire avec anastomoses réno-capsulaires, provenant du plexus rénal ou directement du splanchnique. La physiologie de ces nerfs a été mise au point par Fischer. Pour lui, il s'agirait uniquement de fibres sensitives dont l'action physiologique entraverait les variations vasomotrices au niveau du rein. Leur excitation provoquerait une vaso-constriction des vaisseaux du rein. Il y aurait donc bien comme les champions de la théorie mécanique l'avaient soutenu une action vasculaire mais par un mécanisme plus complexe et aussi plus logique.

La décapsulation viendrait ainsi prendre sa place au côté des interventions sur le système nerveux végétatif dont on connaît la brillante carrière et dont Leriche a été et reste le promoteur en France. Cette explication justifie en outre la persistance éventuelle des résultats malgré un retour apparent à l'anatomie préexistante. C'est d'ailleurs dans cet esprit que Papin dès 1921, préconisait l'adjonction de l'énervation rénale à la décapsulation. Nous verrons plus loin que Volhard dont l'œuvre est fondée sur une classification anatomique des néphrites met la décapsulation au premier rang des thérapeutiques chirurgicales actives et pour quelles raisons.

La *technique* de la décapsulation rénale est extrêmement simple. Une lombotomie permet l'abord du rein que l'on sépare de son atmosphère graisseuse. Ce temps peut être rendu assez malaisé s'il existe de la périnéphrite.

On attire alors autant que possible le rein hors de la plaie. On incise la capsule sur le bord convexe et on rabat les deux lèvres vers le bassinet où on les sectionne à ras. Ce temps demande de la patience et de la douceur. Il n'est pas rare en effet de rencontrer des adhérences réno-corticales dont la rupture trop brusque amène des lésions du tissu rénal friable. On complète, s'il y a lieu et si les conditions anatomiques le permettent par l'énervation qui consiste dans la section des filets nerveux satellites de l'artère rénale. La fermeture de la brèche opératoire peut s'accompagner

de la mise en place d'un drainage par tube ou filiforme car les hémorragies en nappe et les suintements séreux chez les œdémateux sont fréquents et gênants par leur abondance. De plus l'hémostase n'est que rarement parfaite en raison de la nécessité de se hâter. En effet si l'intervention doit être soigneuse et prudente, elle gagne beaucoup à être rapide, en raison de l'état général souvent très touché des sujets qui la subissent.

La marche de l'intervention a été discutée. On est d'accord aujourd'hui pour penser qu'elle doit toujours être bilatérale. Mais doit-elle être bilatérale d'emblée ou en deux temps séparés de quelques jours ou quelques semaines ? C'est à notre avis un cas d'espèce où interviennent les notions apportées par l'examen préalable du sujet qui devra constituer un bilan de sa résistance, les difficultés techniques qu'on rencontrera, le temps nécessité par la première opération, la nature de l'anesthésique employé.

Le choix de l'anesthésie constitue parfois une des difficultés offertes au clinicien. Il devra se débattre entre le médecin et le chirurgien et reposera sur le bilan vital du sujet et sur les conclusions techniques de l'intervention. La méthode de choix est évidemment l'anesthésie locale qui est généralement suffisante.

Cependant il existe des sujets ou trop jeunes, ou pusillanimes ou agités chez lesquels elle serait non seulement inefficace mais techniquement dangereuse. Il faudra donc se résoudre à employer ici l'anesthésie générale. On usera plutôt de l'éther que du chloroforme dont l'action directement toxique sur le rein est à redouter.

Les suites opératoires sont généralement simples et ne demandent qu'une surveillance chirurgicale minime. Il n'en est pas de même des soins médicaux qui doivent être étroitement suivis tant en ce qui concerne le régime que les médications. Il en est de même de la surveillance clinique et biologique qui devra être journalière et attentive si on veut mesurer le résultat de l'intervention. C'est ainsi que le taux de la diurèse, la recherche et le dosage de l'albumine, le dosage d'urée, utilement complété par la constante d'Ambard, la mesure de la tension artérielle, devront faire l'objet de tableaux soigneusement tenus à jour.

Pour nous résumer, c'est ici que le cloisonnement entre médecine et chirurgie peut être le plus néfaste et doit s'effacer. C'est la tendance actuelle et il est certain que dans de telles matières le chirurgien doit lui-même être un médecin averti, ou bien, et c'est la solution la plus commode, savoir recourir de façon habituelle à son voisin qualifié.

Voyons maintenant et c'est certes la partie la plus malaisée, à quels malades on peut appliquer la décapsulation. Les médications anciennes ont été remaniées et élargies. Elles se sont complétées d'interventions complémentaires, l'énervation, la splanchnectomie, et d'une recherche diagnostique, mais éminemment utile, la biopsie rénale, récemment introduite par Chabanier, Lobo-Onell et leurs collaborateurs. Ceux-ci la pratiquent systématiquement et en ont tiré un ensemble de documents anatomiques de premier plan. Ils ont également pu grâce à des interventions itératives vérifier sur le vivant l'évolution anatomique de certaines formes de néphrites. Cette investigation entre leurs mains, ne s'est jamais montrée dangereuse.

Il est cependant évident que le critérium anatomique choisi par ces auteurs ne peut suffire à poser une indication opératoire. La biopsie qu'ils pratiquent et qui sert de justification à l'intervention est en effet contemporaine à celle-ci. Ses résultats ne sont connus que plus tard. Il faut donc en pratique s'en remettre à un faisceau de symptômes plus faciles à recueillir, révélés soit par le simple examen clinique, soit par le laboratoire. On en revient donc à une conception plus traditionnelle mais plus directement accessible de la classification des néphrites que nous n'envisageons ici que dans leur seul rapport avec la sanction thérapeutique chirurgicale.

Les *néphrites aiguës* constituent historiquement l'indication princeps de l'opération et continuent à en relever. Leur étiologie est en pratique indifférente et les formes infectieuses (type néphrite dite a frigore) présentent les mêmes directives que les formes toxiques (type néphrite mercurielle). Les incidents de l'évolution clinique sont plus à considérer et il faut mettre au premier plan certains d'entre eux.

L'*hématurie*, soit massive, soit minime et à répétitions, indique de façon formelle et assez rapide l'intervention qui agit ici de façon élective en modifiant les conditions circulatoires du rein saignant.

Les *douleurs lombaires* sont soulagées de façon évidente par la décapsulation à laquelle on doit joindre ici l'énervation. On se souvient d'ailleurs qu'elles constituent l'indication par excellence de l'opération de Papin. Pour en comprendre l'efficacité, il est bon de se rappeler que le réseau nerveux péri-rénal est de nature sensitive. D'autre part les douleurs comportent dans leur genèse un facteur considérable et presque essentiel de périnéphrite. Il est enfin très important de lutter contre elles, car elles sont un facteur constant d'aggravation. Leur permanence, leur intensité privent en effet de repos le malade au moment où il en a le plus besoin et entretiennent une angoisse et une agitation néfastes.

L'*azotémie* et les troubles graves qu'elle engendre sont sinon jugulés, du moins très atténués par la hausse du pouvoir rénal de concentration des urines.

Il en est de même, mais de façon secondaire, de l'action sur l'*albuminurie* qui est souvent évidente, sur le syndrome cardio-vasculaire.

Les grands *œdèmes* sont très activement drainés par la diurèse provoquée ainsi et leur disparition entraîne l'atténuation des syndromes viscéraux qui leur sont associés.

De toute façon et quelle que soit la permanence des résultats obtenus on doit envisager qu'ici la décapsulation intervient à la phase critique de l'évolution. N'amènerait-elle, et nous croyons qu'elle fait mieux, qu'une amélioration temporaire, elle aiderait cependant l'organisme à passer un cap difficile et à rétablir un équilibre humoral et viscéral ébranlé. Ceci, joint à son innocuité permet de l'appliquer largement et sans arrière-pensée.

Certains auteurs d'ailleurs pensent que l'action de la décapsulation sur certaines formes des néphrites aiguës a quelque chose d'électif.

En effet, et Chabanier le rappelait récemment, Volhard considère la glomérulo-néphrite aiguë diffuse comme liée à une perturbation primitive du régime circulatoire glomérulaire.

Fahr, au contraire, pense que cette perturbation est secondaire à des lésions inflammatoires glomérulaires.

Le fait qui reste, c'est que la décapsulation agit de façon certaine sur la circulation du glomérule et supprime ainsi soit la cause, soit l'effet principal de la glomérulo-néphrite.

Quant à l'assertion de certains auteurs qui pensent que la décapsulation peut empêcher le passage d'une glomérulo-néphrite à la chronicité, elle est difficile à vérifier. Tout d'abord le recul du temps manque dans beaucoup d'observations. Un certain nombre de sujets sont perdus de vue ou se refusent à se soumettre à de nouveaux examens. Un seul critérium serait absolument valable, c'est la biopsie itérative qui montrerait un arrêt de l'évolution ou une régression de celle-ci. On conçoit facilement qu'une telle recherche heurte et heurtera toujours l'esprit des médecins et de leurs malades. Pour le reste, on sait que l'investigation clinique et biologique la plus poussée peut rester muette au cours de l'installation insidieuse d'une néphrite chronique.

Il convient de rapprocher des néphrites aiguës et de leurs manifestations, les poussées aiguës ou subaiguës dont on décèle l'apparition au cours d'une néphrite chronique, inconnue ou diagnostiquée. Ici encore, la décision s'appuiera sur un symptôme éclatant évolutif et dangereux. L'hématurie, les douleurs lombaires, les poussées urémigènes ou hydropigènes rapides sont les facteurs qui déterminent le médecin. D'allure souvent plus insidieuse, moins instantanément menaçante que dans la néphrite aiguë, elles laissent plus de temps à la réflexion et aussi à l'application du traitement médical. Celui-ci pourra donc être tenté plus complètement que dans le cas précédent, mais ne devra pas excéder le délai raisonnable passé lequel la chirurgie ne recueillera que des échecs.

Le type même de l'indication mixte aux néphrites aiguës et aux poussées aiguës des néphrites chroniques est l'*anurie*. L'étiologie en est extrêmement variable ainsi que les circonstances cliniques qui l'entourent.

Malgré ces divergences, les auteurs sont d'accord pour pratiquer la décapsulation dans les oliguries extrêmes ou les anuries complètes dont l'origine est un processus médical néphrétique. Volhard conseille même de la faire précocement, au plus tard au 3e jour. Cependant on ne trouve dans la littérature que de très rares interventions effectuées en cette occurrence. Il semble que les médecins et les chirurgiens s'effraient de la gravité du tableau clinique et de la fragilité du sujet. La conviction doctrinale cède ici le pas à des craintes d'ordre pratique. Et cependant la plupart des cas publiés révèlent un résultat bon, voire même excellent. Si on le compare à l'inanité fréquente des tentatives médicales, on y trouve un encouragement à mettre en œuvre de façon plus libérale et plus précoce un moyen d'action utile.

Il reste encore à signaler l'action bienfaisante de la décapsulation au cours des *néphrites suppurées*.

Les abcès *parenchymateux* ou sous-corticaux sont peu sensibles à la thérapeutique médicale. Au contraire, l'enlèvement de la capsule permet un drainage efficace et crée une néo-vascularisation active qui entraîne fréquemment la guérison.

Dans les cas de néphrites suppurées diffuses, rayonnantes, qu'elles soient associées ou non à la pyélite, la décapsulation favorise pour les mêmes raisons le processus de guérison.

Il n'y a d'ailleurs pas lieu de se faire d'illusion, cette action est souvent insuffisante. Cependant son inocuité doit la faire pratiquer puisqu'elle peut éviter dans les cas heureux la néphrectomie.

Les *néphrites chroniques* offrent au clinicien des problèmes très ardus à résoudre. Et ceci tient bien plus à la précarité de nos classifications de ces états qu'à toute autre cause. Un fait mérite d'abord d'être signalé : la décapsulation n'y a jamais enregistré de ces catastrophes qui pourraient en faire rejeter l'application, et ceci même en des temps où les indications en étaient posées avec moins de soin qu'aujourd'hui.

Un deuxième élément reste constant : jamais l'intervention ne doit être tentée sans avoir été précédée d'un essai prolongé et loyal de traitement médical et surtout sans une étude clinique et biologique du sujet aussi approchée que possible. On serait autrement amené à opérer des malades qui n'en n'ont nul besoin et l'acte opératoire en tant que tel est suffisamment lourd de conséquences pour être évité lorsqu'il est inutile.

Il reste donc, dans les différents syndromes liés à l'ancien mal de Bright à peser la part qui revient au mauvais fonctionnement rénal et le bénéfice qu'ils tireront d'une amélioration de celui-ci. Et c'est là que gît la difficulté ! Les tests d'insuffisance rénale sont débiles ou imprécis et Castaigne a pu récemment dire : « presque tous les procédés indiqués comme permettant d'apprécier l'insuffisance rénale sont tellement sujets à discussion que leur interprétation est souvent très délicate, et un seul me paraît avoir une valeur indiscutable, c'est la diminution notable de la concentration urinaire en urée ». . . . .

Ceci indique bien qu'en thérapeutique comme en nosologie nous en sommes encore au stade du tâtonnement et qu'aucune règle précise ne peut être posée. Il est cependant permis de souhaiter que des tentatives nombreuses, bien suivies et fidèlement publiées quelque soit leur résultat, viennent nous apporter cette consécration pratique contre laquelle nulle théorie ne prévaut.

Un cas bien particulier d'atteinte chronique du rein est réalisé par l'hypertension artérielle de type malin dont on sait que si elle ne fait que s'apparenter à la néphrite chronique elle en est, au moins, fort proche cousine.

En effet l'hypertension maligne peut être secondaire au processus de glomérulo-néphrite et dans ce cas emprunter à leurs caractères d'acuité ou de chronicité, ceux de temporaire ou de permanente qu'elle adopte. Elle peut être liée à des lésions de néphro-angioscle-

rose et participer à l'étiologie de l'altération rénale. Dans les deux cas, son caractère évolutif, les accidents graves qui l'accompagnent sont au-dessus des ressources de la thérapeutique médicale. On a donc tenté dans une éventualité aussi grave de recourir à la chirurgie et on a successivement essayé la surrénalectomie et la splanchnectomie. Sans discuter des mérites de ces interventions on doit dire qu'elles sont assez choquantes. La décapsulation avec énervation avait été peu employée et on ne relève comme précurseurs que Rieder, Gerbi et Rizzi.

C'est à Chabanier et ses collaborateurs que revient le mérite d'avoir érigé cette intervention en méthode dans le cas qui nous occupe et ceci avec des résultats encore trop rares, car il y manque le recul du temps, mais vraiment très encourageantes. Ces auteurs, dans leur prudence légitime, ajoutent « même en admettant que la durée des résultats obtenus ne soit pas illimitée, en admettant même que les effets des interventions sur l'énervation rénale ne soient pas aussi régulièrement prononcés que dans nos observations, l'intérêt de nos constatations ne nous paraît cependant pas négligeable au point de vue pratique. N'apporteraient-elles qu'un soulagement de durée limitée, ce résultat présenterait un intérêt évident, nous semble-t-il, si l'on songe combien nous sommes pratiquement désarmés dans les hypertensions malignes ». Cette note volontairement restrictive nous est un gage de la bonne foi évidente des auteurs.

Nous avons pu nous-même dans un cas récemment publié vérifier la réalité de l'action de la décapsulation sur l'hypertension artérielle.

Cette observation montre d'ailleurs une action, non seulement sur la pression artérielle, mais aussi sur les œdèmes, l'azotémie, le syndrome urinaire complet dont la malade était atteinte. Ces constatations étant jointes à celles de nombreux autres auteurs montrent que la décapsulation n'apporte pas, dans les syndromes chroniques son seul bénéfice à l'hypertension. Elle doit être étendue à certains syndromes azotémiques irréductibles, à toute une série d'états hydropigènes où elle apporte sinon une gérison, ce qui est trop ambitieux, du moins une rémission effective et parfois prolongée.

On peut actuellement tenter de résumer les indications de la décapsulation en se fondant d'une part sur l'urgence, d'autre part sur le caractère formel ou non de ces indications.

Les hématuries abondantes, répétées mettant en tant que telles l'existence en danger relèvent de la méthode de façon urgente et indiscutée. Il convient d'y recourir assez précocement si on ne veut pas se heurter à une impossibilité.

Il en est de même dans l'anurie d'origine médicale qui nécessite une action rapide, avant que l'agonie ne s'installe.

Dans les néphrites interstitielles suppurées, il convient également d'intervenir et sur cela tout le monde est d'accord.

L'urgence est moins éclatante dans les douleurs rénales et la périnéphrite mais personne ne conteste l'utilité ni l'innocuité de l'opération.

Au contraire dans la plupart des néphrites aiguës, surtout dans les néphropathies chroniques et l'hypertension, le débat reste ouvert.

Il s'agit souvent, semble-t-il, plutôt de tempérament personnel et de tendances que de convictions bien arrêtées qui s'affrontent. C'est par la multiplication des observations bien suivies, par la publication systématique de tous les cas défavorables ou favorables qu'on trouvera à la fois un terrain d'entente et une ligne d'action précise.

En résumé, la décapsulation rénale entre dans le cadre déjà très large du « vieux neuf » médical.

Née sous une étiquette empirique et comme telle enterrée sans égards, elle a vu à la faveur de conceptions physio-pathologiques modernes, renaître son primitif éclat. Son caractère d'innocuité, les résultats enregistrés, l'échec surtout de tant d'autres procédés, semblent après cette éclipse lui promettre un avenir assez heureux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1938)

Notice. — M. Grégoire lit une notice nécrologique sur M. Debayle, correspondant national dans la Section de Chimique, doyen de la Faculté de médecine de Léon (Nicaragua).

La dénatalité en France. — M. Lereboullet lit le rapport qu'il a été chargé de rédiger au nom de la Commission de la dénatalité et dans lequel il met en relief les dangers de tout ordre auxquels expose l'effondrement de la natalité dans notre pays. Il précise les moyens d'ordre moral, matériel et social auxquels on peut recourir pour enrayer cette dénatalité évidente et progressive, montre et leur valeur et la possibilité de leur réalisation et propose au nom de la commission les conclusions suivantes :

1° Que le pays soit averti de la gravité de sa situation démographique et des conséquences économiques, financières et militaires de la diminution accélérée du nombre des naissances.

2° Qu'un appel soit fait à toutes les forces morales et spirituelles de la nation pour rendre à la jeunesse la confiance en la vie, le sens de la famille, pour faire comprendre aux jeunes ménages que c'est leur devoir et leur intérêt de peupler leur foyer.

3° Que la gravité, pour la santé de la femme, des accidents immédiats et des troubles persistants que l'avortement criminel peut entraîner, soit largement signalée par le Ministère de la Santé publique et que l'application énergique de la loi assure le châtiment sévère des professionnels de ce crime, qui déciment la natalité française.

4° Que soit réduit l'écart inadmissible, qui sépare le niveau d'existence des pères et mères de famille de celui des Français sans enfants à leur charge, que notamment les allocations familiales professionnelles, qui se sont montrées un moyen efficace de conduire à ce but, constituent de plus en plus une part importante de la rémunération du travail, qu'elles soient étendues progressivement à toute la population, afin que l'enfant devienne ainsi une source d'aisance au lieu d'être une cause d'appauvrissement.

5° Que la loi des assurances sociales soit modifiée de façon à assurer le minimum vital à la femme et aux en-

fants de l'assuré malade ou invalide et que le sort des orphelins soit également envisagé.

6° Que, si une loi sur la retraite des vieux travailleurs venait en discussion, elle accorde une majoration de pension aux Français qui se sont privés pour élever des enfants et que les retraites des ménages légitimes ne soient pas inférieures à celles des couples divorcés ou vivant en union libre qui pourront cumuler deux pensions.

La discussion est remise à quinzaine.

Sur la demande de MM. Delbet et Gosset il est décidé que d'une façon générale — pour tout rapport — la discussion n'aura lieu qu'après publication au Bulletin.

B.C.G. — M. Guérin signale un travail du docteur Rodon, d'Ouzouer-sur-Trezée, sur « Douze années de prophylaxie de la Tuberculose par le vaccin B.C.G. ».

Ce travail présente ceci d'original que rompant avec les anciennes statistiques, auxquelles on pouvait reprocher de faire dire ce que l'on veut, les règles de l'orthodoxie statistique ont été appliquées aux calculs, par M. Moine, chef de Service du Comité national de défense contre la Tuberculose.

L'auteur arrive à cette conclusion qu'au cours de ces douze dernières années, les 328 enfants vaccinés par lui ont eu, au cours de leur première année, non seulement une mortalité générale inférieure de plus de moitié à celle des enfants non vaccinés du même département, mais que les chances de survie des générations suivantes, jusqu'à celle de douze ans, compte tenu de l'erreur probable, ont été nettement en faveur des enfants vaccinés.

Huiles de goudron et cancer du poumon. — M. André Kling, Directeur du Laboratoire Municipal, M. Samssonos, et Madame Heros démontrent que les huiles légères de goudron qui, jusqu'à ce jour, n'étaient pas considérées comme susceptibles de provoquer des cancers lorsqu'elles étaient mises au contact avec la peau, sont cancérigènes et qu'elles doivent cette propriété à la présence d'une certaine quantité de benzopyrène qu'elles contiennent. Dans les conditions où se trouve le benzopyrène, celui-ci n'agit pas pour provoquer des lésions de la peau, mais pour déterminer l'apparition au bout de temps plus ou moins longs, chez les animaux d'expérience, de cancers primitifs du poumon. La manipulation de ces huiles doit donc être entourée de précautions spéciales.

Les auteurs font remarquer combien est inquiétante la progression constatée dans le nombre de cas de cancers primitifs du poumon. Ils ont entrepris une étude d'ensemble permettant d'en fixer les différents facteurs étiologiques.

BIBLIOGRAPHIE

Une nouvelle publication médicale pratique en Italie : le Notiziario di Terapia 1938.

Nous apprenons que notre confrère, l'*Indice terapeutico*, de Trieste, fera paraître prochainement une nouvelle publication médicale, le *Notiziario di Terapia* 1938. Elle constituera une collection complète de toutes les nouveautés thérapeutiques internationales de l'année et contiendra une très nombreuse documentation d'expériences et d'ordonnances. Le *Notiziario di Terapia* 1938 sera une nouveauté unique en son genre en Italie ; il sera destiné à devenir indispensable au médecin comme à l'homme d'études. Libre de préjugés d'écoles ainsi que d'influences commerciales, il sera pour chaque médecin une source utile d'information et un ouvrage pratique de consultation.

PRATIQUE MÉDICALE

INTOLÉRANCE AUX ARSÉNOBENZÈNES ET VITAMINE C

par le docteur I. Dainow (1)

L'auteur revient longuement sur les recherches qu'il a faites sur cette question si importante : la Vitamine C constitue un facteur essentiel en quelque sorte de la tolérance de l'organisme vis-à-vis des arsénobenzènes dont l'administration, dans l'état actuel de nos connaissances, est une condition sine qua non de la guérison de la syphilis.

Fort de ces expérimentations, l'auteur a étudié l'acide l-ascorbique, Vitamine C ou laroscorbine, et l'on sait les multiples travaux qui ont été publiés depuis ces derniers mois sur l'intérêt que présente la laroscorbine non seulement dans le scorbut ou maladie de Barlow, les états de pré-carence, dans les diathèses hémorragiques (et il faut citer tout particulièrement les travaux de Mouriquand, Rohmer, Holtz, Hess, Böger et Martin, etc.), non seulement dans les dystrophies osseuses et dentaires, pour obtenir la consolidation des fractures ou pour éviter la carie des dents, mais aussi dans toutes les maladies infectieuses et dans toutes les intoxications et ici encore il faut se rapporter aux études si documentées de Rohmer, Mouriquand, Giroud et Leblond, Harde, etc. qui ont prouvé que l'administration de doses quotidiennes de laroscorbine, 1 à 3 comprimés par jour, ont pu augmenter la résistance de l'organisme dans des proportions considérables ; enfin il faut noter son utilisation dans les maladies de l'appareil digestif, les maladies des capsules surrénales, dans les hémorragies du vitré et pour en revenir aux travaux que l'auteur a publiés sur cette question si intéressante, l'intolérance aux arsénobenzènes.

NOTES POUR L'INTERNAT

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Urgence médicale des plus fréquentes, l'œdème aigu du poumon se traduit par une crise aiguë de suffocation qui s'accompagne d'une expectoration abondante — conséquence de l'inondation brutale des alvéoles pulmonaires par la sérosité albumineuse du sang.

Aussi rapide qu'ait été l'institution du traitement d'urgence, le pronostic de l'œdème aigu du poumons est extrêmement grave dans tous les cas, grevé qu'il est par la possibilité des *récidives* — fait sur lequel nous devons insister d'emblée.

Ses causes, nous le verrons, en sont multiples, — mais dans la majorité des cas, il est un accident *d'insuffisance ventriculaire gauche aiguë.*

CLINIQUE

L'O.A.P. survenant chez un hypertendu, sera pris comme type de description.

C'est un malade de 50 ans environ qu'on est appelé à examiner de toute urgence.

L'interrogatoire nous apprend :

1° Parfois, que la crise actuelle a été annoncée par des *prodrômes* variés, dont il faut surtout retenir :

Une recrudescence de dyspnée, surtout *nocturne ;* des crises plus fréquentes de *palpitations* avec *douleurs précordiales.*

Chez un malade « soigné pour son cœur ».

(1) Travail de la Clinique Dermatologique de Genève, *Presse médicale*, Paris, n° 94, novembre 1937.

2° Parfois encore, qu'il y a eu un *facteur déclenchant* : grippe ou infection pulmonaire légère.

3° *Le plus souvent :*

Que cette crise est survenue :

Brutalement et sans cause apparente.

C'est *en pleine nuit* souvent que le malade a été réveillé *par une sensation d'oppression thoracique angoissante*, et, en quelques minutes, le tableau clinique, tel qu'il est, s'est constitué.

Un symptôme le domine : LA DYSPNÉE.

Intense et maxima d'emblée, elle terrasse littéralement le malade.

C'est une *polypnée*, dont le caractère dramatique est encore accru du fait qu'il s'y surajoute :

— *Une sensation d'angoisse, d'écrasement thoracique*, tout à fait caractéristique.

— *Une toux* quinteuse, spasmodique, incessante, ramenant très vite une EXPECTORATION bien spéciale.

Autre signe fondamental, en l'absence duquel on ne peut parler d'O. A. P.

Véritable « *vomique séreuse* », tant elle est *abondante*, elle est faite d'une *écume spumeuse, très aérée*, « *saumonée* », car striée de sang — parfois plus franchement hémorragique.

Son examen, pratiquée ultérieurement, rendait compte de ces caractères cliniques, par l'*énorme quantité d'albumine* qu'elles contient et qui signe sa nature.

L'EXAMEN CLINIQUE sera rapide chez ce malade pâle, les lèvres cyanosées, couvert de sueurs, qui fait appel à tous ses muscles inspiratoires pour vaincre cette formidable dyspnée.

1. La sonorité du thorax est normale, souvent *exagérée.*

2. *A l'auscultation* : la respiration est *brève, superficielle*, mais surtout : elle fait entendre aux deux bases pulmonaires de *nombreuses crépitations fines*, qui s'étendent très rapidement de *bas en haut*, envahissant les deux champs pulmonaires, réalisant ainsi la « marée montante », décrite par Huchard.

3. L'*auscultation du cœur est difficile*, en raison de la dyspnée et des signes pulmonaires.

On peut arriver à percevoir cependant *un rythme rapide* et parfois, un *bruit de galop présystolique.*

4. Un examen est fondamental :

C'est l'étude de la tension artérielle, dont il est capital de suivre les variations.

Un fait est constant : *l'augmentation de la minima*, et cette *hypertension terminale* est fondamentale.

La *maxima* est sujette à plus de modifications :

Tantôt, elle subit une *poussée hypertensive*, qui diminue pendant la crise — ou persiste.

Tantôt, d'emblée elle s'abaisse.

De toutes façons : il résulte toujours :

Un pincement de la tension différentielle.

— C'est le point important.

— C'est sur ses variations qu'on va suivre l'évolution de la crise et porter un pronostic.

5. Les autres manifestations cliniques ont, en regard, moins d'importance :

Un gros foie, douloureux souvent ;

Des artères dures, flexueuses ;

Une *albuminurie* parfois à 3-4 gr., qui se voit même en l'absence de néphrite. (Elle serait propre à la crise d'œdème.)

— Devant cet ensemble symptomatique, le doute n'est pas permis, et le plus vite possible on pratique :

Une saignée abondante (400-500 gr.) ;

Une injection de 0,01 de morphine ;

Une injection intra-veineuse de 1/4 de milligr. d'ouabaïne.

L'ÉVOLUTION DE LA CRISE

— Suivie par des prises fréquentes de T.A.,

— Dominée par : la rapidité d'institution du traitement ; l'état du myocarde du malade,

va se montrer variable suivant les cas.

1. *Il y a des cas immédiatement graves :*

a) Ceux où, malgré le traitement, la dyspnée et la cyanose s'accentuent,

La tension différentielle s'effondre en même temps que *l'expectoration diminue d'abondance*,

Tous signes caractérisant la *phase de bronchoplégie.*

Le malade meurt rapidement de syncope ou d'asphyxie.

b) Ceux ou, après une accalmie de quelques heures sous l'effet du traitement,

Une RÉCIDIVE survient, tout aussi *brutale, inopinée* que la première, avec les mêmes caractères, le même pronostic immédiat.

2. *Il y a des cas immédiatement plus favorables :*

Très rapidement — pendant la saignée même — la dyspnée diminue, l'expectoration est moins abondante, le malade respire plus librement.

La T. A., prise de quart d'heure en quart d'heure, prouve, par l'ascension de la maxima, et surtout par l'*abaissement de la minima*, l'écartement de la différentielle.

Le pronostic immédiat ne paraît pas alarmant.

Mais le pronostic ultérieur n'en reste pas moins très réservé. En effet :

1. *Si*, chez certains malades, l'examen, le lendemain montre un ensemble de signes favorables :

Disparition de la dyspnée,

Rétablissement de la T.A. à son taux antérieur avec une différentielle satisfaisante,

Faisant espérer que, par une cure cardio-tonique bien conduite, il soit possible d'éviter le retour d'accidents graves.

2. *Trop souvent :*

a) *Il se produit des récidives ultérieurs*,

— Quels que soient le régime, l'hygiène, le traitement institué.

— Toujours aussi *brutales*, et *graves.*

b) *Ou bien, à la longue*, le malade « *force son cœur* » — c'est le retentissement cardiaque secondaire à ces crises d'O. A.P., qu'annoncent des signes péjoratifs tels que :

Gros foie douloureux,

Rapidité du pouls,

Réapparition de la dyspnée,

Et surtout, à l'auscultation du cœur, *un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle* (perçu très bas et en dehors, car le cœur est gros).

Habituellement, l'apparition de ce souffle, témoin de la distension cardiaque, coïncide avec la disparition des manifestations paroxystiques.

Mais son pronostic n'en est pas moins grave, car ces malades entrent définitivement dans la grande I.V.G., avec ses œdèmes, son gros foie, son oligurie — qui les emportera en quelques mois.

c) *Ou bien encore*, à une crise d'O.A.P. pourra se substituer un autre paroxysme :

Crise de pseudo-asthme,

Crise plus grave d'angine de poitrine,

dont on sait, dans tous les cas, le redoutable pronostic.

— Quelle qu'en soit la modalité évolutive, à toute crise d'O.A.P. s'attache un pronostic des plus sévères et, malgré une surveillance attentive du malade et un traitement bien conduit, trop souvent imprévisible.

(A suivre.) G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 37. — SAMEDI 7 MAI 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux. Admissibilité.* — Sont déclarés admissibles :

MM. Mauric, Hamburger, Albeaux-Fernet, Antonelli, Joseph, Derot, Delay, Bousser, Meyer.

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours pour onze places d'internes titulaires des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira à l'Administration des Hospices, le 16 octobre 1938.

— Un cours pour soixante places d'externes des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira à l'Administration des Hospices, le 17 octobre 1938.

Renseignements au Secrétariat, 91, cours d'Albret.

Hôpitaux psychiatriques. — M. Maurice Pauthier est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Ylie (Jura), en remplacement de M. Girardet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique interdépartemental de Clermont (Oise) (poste créé).

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Jury : Président, M. le professeur Gosset ; MM. Rouvière, Binet, Lenormant, Grégoire, Mathieu, Marion, Hovelacque, Leroux.

Liste des candidats : MM. Barcat Jean, Caby François, Chevallier Roger, Chigot Paul, Delinotte Pierre, Fontaine Henri, Guénin Pierre, Huguier Jacques, Judet Robert, Léger Lucien, Lortat-Jacob Jean, Neyraud Charles, Olivier Claude, Rousseau Gaston, Rouvillois Claude, Roux Marcel.

Séance du 3 mai. — *Epreuve écrite* (Anatomie) : Artère et veine coronaires stomachiques.

Séance du 4 mai. — *Epreuve écrite* (Pathologie chirurgicale) : Anévrisme artériel de la carotide primitive.

Séance du 5 mai. — *Epreuve écrite* (Biologie) : Thrombose vasculaire. Causes, mécanisme, morphologie, évolution (sans les conséquences).

— *Concours de l'adjuvat.* — Président : M. le professeur Cunéo ; MM. Rouvière, Lenormant, Grégoire, Chevassu, Olivier, Gayet.

Liste des candidats : MM. Billard Jacques, Boissonnat Pierre, Coldefy Jacques, Cordebar Jean, Debeyre Jean, Debidour Henri, Denoix Pierre, Lascaux Bernard, Laurence Gabriel, Le Cœur Pol, Lesieur Pierre, Mathey Jean, Monsaingeon André, Morel-Fatio Daniel, Nardi César, Picard Georges, Sayous Edouard, Schaefer Georges, Simon Gaston-Claude, Thomeret Georges, Tissot Jacques, Verne Jean.

Séance du 2 mai. — *Epreuve écrite* (Anatomie) : Muscle quadricepts de la cuisse (anatomie descriptive, sans les rapports).

Séance du 3 mai. — *Epreuve écrite :* (Physiologie). Physiologie du pylore et le facteur de protection de la muqueuse gastro-intestinale.

Séance du 4 mai. — *Epreuve écrite* (Pathologie chirurgicale) : Corps étrangers articulaires du genou.

Faculté de médecine de Marseille. — M. Malméjac, agrégé pérennisé, a été nommé professeur sans chaire.

Ecole de médecine de Dijon. — Le docteur Jeannin, professeur suppléant de pathologie et clinique médicales, est nommé professeur de clinique infantile et d'hygiène de l'enfance.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur R. Burnand a été chargé du cours de phtisiologie.

M. le docteur Heim a été chargé du cours de thérapeutique pratique.

Distinctions honorifiques. — *Ordre de la Santé publique.* Sont nommés au grade de commandeur :

Mme la Maréchale Lyautey, présidente du Comité des Dames de la Société de secours aux blessés militaires ;

M. le médecin général Maisonnet, directeur du S. S. au ministère de la Défense nationale ;

M. le médecin général de 1re classe Oudard, directeur central du S. S. au ministère de la Marine.

— *Officier d'académie :* MM. les docteurs d'Halluin (à Nice) ; Laurens (à Aumale, Algérie).

Assemblée française de médecine générale. — Les prochaines assises nationales, consacrées à la *Lithiase rénale* (étiologie, prévention et thérapeutique médico-chirurgicale), auront lieu, sous la présidence de M. le professeur Félix Legueu à l'Hôtel-Dieu de Paris, le dimanche 8 mai 1938, de 9 heures à midi.

— A 13 heures, déjeuner aux Champs-Elysées, chez Laurent, avenue Gabriel (60 fr.). S'inscrire d'avance.

— Les prochaines assises du Souvenir auront lieu à la Pentecôte (5 et 6 juin 1938). *Pèlerinage au terroir de Pasteur.*

Association internationale des médecins radiesthésistes (Secrétariat général, 9, rue Etex, Paris (18e). — La prochaine réunion de l'Association internationale des médecins radiesthésistes aura lieu le mercredi 11 mai 1938, à 20 h. 30, salle de la Bourboule, 122, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Métro Odéon.

La défense passive. — La commission du budget du Conseil général s'est réunie hier, à 16 heures, sous la présidence de M. Paul Fleurot, pour examiner la question de l'achat des masques à gaz destinés à la population parisienne.

Après avoir entendu les explications techniques données par le général Keller, inspecteur général de la défense aérienne du territoire, et par l'inspecteur principal Wilmetz, la commission a entendu également le président et plusieurs membres de la Chambre syndicale des fabricants de masques à gaz.

Après une discussion assez longue, à laquelle prirent part de nombreux orateurs, la commission a chargé le préfet de police et ses collaborateurs d'un complément d'information.

Elle poursuivra l'étude de cette question au cours d'une prochaine séance.

« La nuit de mai ». — Le 7 mai prochain, à 21 h. 30, aura lieu, au Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, un gala qui ouvrira en quelque sorte la Saison de Paris.

Sous le haut patronage du Président de la République, et sous la présidence de M. Rucart, ministre de la Justice, se déroulera la « Nuit de mai ».

Il ne s'agit en rien de Musset et d'un romantisme pleurnichard, mais bien de vive et saine gaîté. Le spectacle, réalisé par Jean Lavallière, comprend les noms de Pierre Bayle et Jacques Simonot, Léon Bélières, Régina Camier, Reda Caire, Celmas, Georges Chepfer, Pierre Dac, Damia, Suzette Desty, Marguerite Gilbert, Lucienne Herblay, Jean Kolb, Renée Lefort, Mistinguett, Parisys, Suzy Solidor, Raymond Souplex, Jeanne Sourza, Lyna Sylver, Andrée Vivany, la danseuse Renée Piat et le compositeur Geo Sundey. C'est la promesse d'un spectacle mené à toute allure, une pluie d'étoiles. Un bal animé par l'orchestre Emo Volpari, l'un des meilleurs de la capitale, suivra le spectacle.

Le but de ce gala est de donner à l'*Entr'aide des rhumatisants*, association de malades reconnue d'utilité publique (52, rue Saint-Georges, IXe), des ressources pour continuer l'œuvre entreprise par son fondateur, le docteur Dausset, et reprise par le docteur Dejust et un groupe de médecins rhumatologues, appuyée par la Ligue française contre le rhumatisme.

On loue ses places à la salle Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique. (Places : 100, 50 et 30 francs.)

Remplacements. — Les médecins, chirurgiens et spécialistes qui désirent être remplacés pendant les vacances par un interne des hôpitaux de Paris sont priés d'adresser leurs demandes à l'Association des internes en exercice, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e).

Alfred ZUBER

(1865-1938)

Il est mort sans bruit, comme il avait vécu, craignant toujours de déranger les autres, d'attirer l'attention, ne recherchant, en tout, que l'accomplissement de son devoir. Mais comment laisser partir ce compagnon de quarante ans sans lui adresser un suprême adieu ?

D'origine alsacienne, il avait commencé tôt ses études de médecine. En 1892, il arrive à l'internat. D'emblée, il s'oriente vers la pédiatrie et retient des places chez de Saint-Germain et chez Descroizilles. Quelques années plus tard, le voilà chef de clinique médicale infantile ; en peu de temps il acquiert la confiance et l'estime du professeur Grancher, ce fin connaisseur d'âmes et qui, si bien, savait reconnaître le mérite. Des Enfants-Malades, il passe aux Enfants Assistés, rendant successivement à G. Variot, au professeur Marfan et au professeur Lereboullet les plus précieux services. Il avait aussi dirigé jadis la crèche d'Antony.

Bien qu'il ait peu publié, son nom ne périra point. Dès 1898, en effet, il avait mis en évidence avec Veillon, le rôle des anaérobies stricts dans le développement des processus de nécrose et montré que l'on peut, expérimentalement, produire des foyers emboliques de gangrène pulmonaire par injection intraveineuse de deux de ces germes, convenablement choisis et associés. Il avait rédigé, pour le *Traité des maladies de l'enfance*, quelques articles didactiques, dont surtout deux relatifs à la *Tuberculose pulmonaire* et à l'*Adénopathie trachéo-bronchique*. D'autres qualités, qu'une incurable modestie tenait soigneusement cachées, lui assurent, auprès de tous ceux qui l'ont approché, une mémoire durable : son culte de l'amitié, sa vaste expérience, son jugement, la conception élevée qu'il se faisait de l'honneur professionnel, sa tendresse pour les siens, et plus encore, peut-être, ses convictions religieuses. Il avait, il y a quelques années, perdu sa femme, qui lui avait donné deux fils et une fille, Mme Gros, auxquels la *Gazette des Hôpitaux* exprime ses plus respectueuses condoléances. Malgré sa douleur, ce croyant ne s'était pas découragé. Jusqu'à la dernière minute, il a dit au Seigneur : « Même quand je marcherais dans la vallée de la mort, je ne craindrais aucun mal, car tu es avec moi. » Et maintenant, il ajoute : « Parce que tu m'as été en aide, je me réjouirai sous l'ombre de tes ailes. »

L. BABONNEIX.

REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT DES FRACTURES DORSO-LOMBAIRES DU RACHIS

Par M. E. LACKMANN,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le traitement des fractures dorso-lombaires totales du rachis a considérablement varié ces dernières années.

Le décubitus dans la gouttière de Bonnet est maintenant abandonné, car il ne réduit pas la déformation, laisse évoluer des lésions nerveuses par compression qui auraient cédé à la réduction, et donne une contention insuffisante.

L'ostéosynthèse immédiate a encore la faveur de nombreux chirurgiens ; mais si elle donne un rachis solide, elle le laisse déformé, rigide, et souvent l'extension complète est impossible.

C'est le traitement orthopédique qui est actuellement le plus usité. La réduction par hyperextension, préconisée par Davis (1928), Watson Jones (1931), Böhler (1932), est utilisée en France surtout depuis que Boppe a traduit le livre de Böhler, et les résultats ont paru si constamment bons que l'on pouvait croire le traitement des fractures rachidiennes définitivement fixé.

Cependant dès 1934 Sénèque et Sicard ont montré que la méthode dite de Böhler, ou réduction orthopédique dans le décubitus ventral, ne permet pas de traiter tous les blessés : les grands choqués, les polytraumatisés, et ils sont très fréquents, ne peuvent supporter la position de Böhler. Ils traitèrent leurs blessés, avec plein succès, par la vieille technique de Dandridge, reprise par Schotte, de Gand. Le blessé est dans le décubitus dorsal, soutenu par une sangle dont l'élévation donne la réduction, et cette méthode, presque indolente et facile à supporter, permet d'agir sans aucune anesthésie. C'est dire ses avantages sur le procédé de Böhler qu'elle mérite de supplanter dans tous les cas.

C'est ainsi que furent traités tous les blessés de Sénèque, une blessée de René Bloch, un blessé de Huet, un de Lepeuple et Parneix.

Nous avons pu suivre complètement l'évolution de deux cas ; et pendant 6 mois l'évolution d'un 3e cas. Les constatations radiographiques, très instructives, que nous fîmes, nous amenèrent à des déductions thérapeutiques nouvelles et nous pensons qu'il convient de modifier la conduite classique du traitement des fractures du rachis.

Nous exposerons succinctement les observations que nous avons utilisées, et le traitement que nous proposons.

Observation I (Sénèque, Sicard et Lackmann). — Mme Vve B..., âgée de 30 ans, est tombée accidentellement du premier étage, le 19 novembre 1935, vers 15 heures. Elle a immédiatement perdu connaissance et on la transporte à l'Hôtel-Dieu.

On constate un choc traumatique très marqué, mais qui se dissipe rapidement sous l'influence des tonicardiaques. L'examen montre une double fracture des jambes droite et gauche, une fracture calcanéenne gauche, un tassement latéral droit de L^2 avec *écrasement du disque L^1-L^2*, une paraplégie complète des membres inférieurs.

Après avoir appareillé les fractures des membres, on réduit la fracture du rachis le 27 novembre, sous anesthésie. La radiographie de contrôle montre que la réduction est idéale ; en particulier, *réapparition totale du disque L^1-L^2*.

Même aspect sur les clichés du 8 janvier 1936, six semaines après la réduction.

Le plâtre est enlevé au bout de deux mois, et, après un mois de décubitus dorsal sur un plan résistant, la malade quitte l'hôpital apparemment guérie.

Elle revient pour un tout autre motif huit mois plus tard (accident d'auto léger). On en profite pour vérifier radiologiquement la réduction, et on a la surprise de constater la *reproduction intégrale du déplacement primitif.*

Rétrospectivement, elle nous raconte que le 10 avril, voulant faire un effort important, elle ressentit une vive douleur dans le rachis et dut s'étendre aussitôt. Mais cet incident fut isolé, et depuis elle a fait de gros travaux sans inconvénients.

Il est remarquable de constater que, malgré l'intensité des troubles radiologiques, *la région dorsale paraissait tout à fait normale et il n'existait aucune gibbosité.* Cette discordance des signes cliniques et radiologiques permet de faire des réserves sur l'appréciation purement clinique des résultats d'un traitement, quel qu'il soit, de fracture rachidienne.

Obs. n° II (docteur René Bloch). — Mme P..., 42 ans, tombe d'un premier étage le 7 novembre 1935, au cours d'une crise éthylique. Outre une fracture de Dupuytren à gauche, elle présente une fracture frontale de L^2, avec paraplégie partielle.

Réduction 13 jours après l'accident, par la méthode de Sénèque et Sicard. Plâtre pendant trois mois ; appareil orthopédique durant six mois. Les radiographies de contrôle montrent une réduction presque parfaite.

Six mois après, reproduction partielle du déplacement, sur les clichés.

Quatorze mois après, accentuation de ce déplacement.

Là encore, pas de gibbosité, *et nette discordance entre la clinique et la radiographie.*

Obs. n° III (docteurs Sénèque et Sicard). — M. F..., 32 ans, tombe de 6 mètres environ le 24 septembre 1934. Tassement de L^2.

Réduction facile 24 heures plus tard, et les clichés de contrôle montrent une bonne réduction. Plâtre conservé quatre mois. Exercices de gymnastique quotidiens, suivant Böhler.

Après l'ablation du plâtre, reproduction partielle des lésions à la radiographie.

Deux mois plus tard, nouvelle accentuation de ces lésions.

Déductions thérapeutiques. — On voit donc que dans ces trois observations on peut noter un certain nombre de points communs :

1° La réduction a été excellente, mais ne s'est pas maintenue. La nature spongieuse du corps vertébral explique ces effondrements secondaires.

Ces constatations ont été faites par de nombreux chirurgiens : Schotte, Harrogers, Julin, Duval, Boppe.

2° Les résultats cliniques demeurent bons. C'est la radiographie seule qui révèle la reproduction du déplacement.

Ayant revu nous-même les malades de nos deux premières observations, nous avons été frappé par l'absence de toute douleur et, fait plus curieux, de toute déformation extérieure importante, alors que la radiographie montrait des lésions considérables. On conçoit dès lors qu'en se contentant seulement de la clinique, on puisse trouver excellente la méthode orthopédique pure quant aux résultats éloignés.

Mais les déformations radiographiques sont telles que les blessés nous paraissent exposés soit à une luxation du rachis, soit à une nouvelle fracture, pour un traumatisme peu important ; leur avenir demeure incertain car leur moelle reste menacée, et à ce titre nous pensons qu'on peut mieux faire que la réduction orthopédique seule.

De plus, si aucun de nos blessés n'eut secondairement de troubles radiculaires, deux blessés de Duval, 60 % des cas de Harrogers, ont recommencé à souffrir au bout de quelques mois par compression radiculaire.

C'est pourquoi, avec Schotte, Duval, Harrogers, Julin, Mutel et Rousseaux, nous estimons qu'*il est nécessaire de combiner au traitement orthopédique une ostéosynthèse rachidienne, par greffon court, mais solide, fixant définitivement la réduction.*

Ce traitement mixte, dont nous allons maintenant donner la technique, ne permet évidemment pas la gymnastique avec le corset plâtré, qui fait partie de la méthode de Böhler, et qui assure un rachis souple, avec des muscles fermes, non atrophiés. Mais les inconvénients de la greffe sont minimes, et ses avantages sont si grands que c'est ce traitement mixte qui nous paraît actuellement le traitement de choix des fractures du rachis.

Traitement des fractures sans paralysies. — 1° Que la fracture soit ancienne ou récente, il faut faire le plus tôt possible la *réduction dans le décubitus dorsal.*

Le blessé est revêtu d'un jersey fortement capitonné au niveau des saillies osseuses. Deux fentes latérales permettent de glisser sous le dos, au contact direct de la peau, le champ de toile qui sera situé exactement au niveau du foyer de fracture. Deux boutonnières sont ensuite pratiquées aux extrémités de ce champ pour permettre de passer une double épaisseur d'une bande de toile qui est fixée sur l'appareil de Sayre. Le blessé est ensuite installé sur la table de Ducroquet, plusieurs oreillers étant glissés à la partie moyenne sous le tronc, afin qu'il n'éprouve aucune douleur avant la suspension.

Celle-ci est commencée lentement, progressivement jusqu'au moment où les épaules quittent le contact de la table. La lordose lombaire est alors complète. Les coussins sont enlevés, et il est aisé d'exécuter rapidement, avec les bandes plâtrées, l'appareil qui maintiendra la réduction. Cet appareil doit s'étendre en avant, du pubis à la fourchette sternale ; en arrière du sacrum à l'épine cervicale. On le complétera par quelques attelles plâtrées, surtout en haut, en bas et en arrière. On n'a aucune difficulté à mouler les épaules, qui sont libres. Il importe que, pendant toute la réduction, le tronc garde une position aussi rectiligne que possible.

On le voit, du fait de l'absence d'anesthésie, du fait du bon dégagement du blessé que donne la table orthopédique, cette technique de réduction en décubitus dorsal est extrêmement simple et facile à réaliser.

Ce procédé, imaginé par le professeur Sénèque et Sicard, constitue un gros progrès sur la technique initiale de Schotte, de Gand.

Celui-ci couchait le blessé sur un ensemble de trois petites tables, dont la moyenne est ensuite retirée pour faciliter l'exécution de l'appareil plâtré. La suspension se faisait par une sangle de cuir fixée à un palan. Le gros écueil de la méthode était cette sangle de cuir, facile à retirer lorsque le plâtre est sec, mais laissant dans l'appareil son empreinte, ce qui favorisait singulièrement les escarres. Schotte, reprenant dans un article récent, la description de sa technique, et reconnaissant les inconvénients de sa méthode initiale, conseille le mode opératoire suivant : à la base de la sangle il insère une planchette qui empêche la sangle de déprimer exagérément les flancs du malade. La sangle passe par deux boutonnières latérales du jersey et repose donc directement sur la peau du dos empêchant ainsi le jersey de faire des plis sous le plâtre. L'appareil, au niveau du dos, ne sera pas fait avec des bandes plâtrées, mais avec une vaste attelle plâtrée allant de la nuque aux fesses, et qu'on applique quand le plâtre commence à prendre, ce qui permet de passer en pont sur la dépression produite par la sangle. Cette attelle est d'ailleurs entièrement garnie d'ouate.

Malgré cette amélioration de technique, certains chirurgiens ont vu encore des érosions produites après dessication du plâtre par le retrait de la sangle ou de la bande de toile, et ont été amenés à essayer d'autres procédés.

Certains appliquent l'attelle dorsale dans la position la plus facile pour le blessé, puis, quand le plâtre commence à prendre, ils procèdent à la réduction par une sangle, celle-ci étant appliquée au-dessus du plâtre à hauteur de la fracture. L'attelle se déforme en bloc, donnant la lordose désirée, et il ne reste plus qu'à achever l'appareil.

D'autres, et Schotte en particulier dans un cas, pratiquent la réduction après application d'une attelle dorsale totale en couchant le blessé sur un coussin rond et dur.

Dans un cas personnel de fracture cervicale, et sur les suggestions du professeur Sénèque, nous avons placé le champ de toile *au-dessus du jersey* et nous l'avons abandonné in loco en sectionnant ses deux extrémités au ras de l'appareil plâtré. CE PROCÉDÉ TRÈS SIMPLE, que Schotte a également utilisé dans les fractures dorso-lombaires, NOUS SEMBLE DE LOIN LE MEILLEUR PROCÉDÉ TECHNIQUE.

2° Huit à quinze jours après la réduction, *on pratiquera la greffe d'Albee.* Pour cela on découpe dans le plâtre une fenêtre au niveau de la vertèbre fracturée. On pratique la greffe d'Albee à l'aide d'un court et solide greffon tibial prenant appui sur les vertèbres sus et sous-jacentes. Puis on bourre d'ouate toute la fenêtre et on couche le blessé en décubitus dorsal dans son lit, sur un coussin qui assure la compression de la région libérée et le maintien de la lordose obtenue.

Dès que la plaie est cicatrisée, on protège la peau par une couche de gaze et d'ouate, puis toute la fenêtre est remplie de plâtre. On place alors le blessé sur un coussin rond et dur jusqu'à dessication du plâtre.

Schotte propose même de fermer la peau, au cours de l'opération, au catgut, et de replâtrer immédiatement la fenêtre du corset.

Quoi qu'il en soit, *quinze jours environ après l'opération*, le blessé peut se lever et on peut enlever *tout* appareillage sept à huit semaines après l'ostéosynthèse.

Ainsi ce traitement mixte, non seulement garantit le maintien du résultat obtenu, mais encore permet d'écourter considérablement la durée de l'immobilisation.

Traitement des fractures avec paralysies. — Nous n'envisagerons ici que les fractures avec paralysies complètes, car dans les cas de paralysies partielles, il faut traiter exactement comme s'il n'y avait pas de paralysies. On aura souvent l'heureuse surprise de voir disparaître en quelques heures des paralysies vésicales ou des paralysies isolées du sciatique.

1. Traitement de la fracture. — Il faut réduire d'*urgence*, et vérifier immédiatement la réduction par une radiographie de contrôle. Deux cas peuvent se présenter :

a) La réduction est obtenue. — Corset plâtré en multipliant les précautions contre les escarres et l'infection urinaire.

b) La réduction n'est pas obtenue. — Ces cas correspondent aux luxations-fractures du rachis sans fracture des apophyses articulaires ; il y a inversion de celles-ci, comme le prouvent les radiographies.

Il faut alors intervenir opératoirement, et cela le jour même de l'accident, en pratiquant la *résection des apophyses articulaires*, causes de l'irréductibilité.

Sous anesthésie locale, le blessé étant couché sur le ventre, on découvre la vertèbre luxée en arrière ; on enlève l'apophyse épineuse de la vertèbre sus-jacente qui a glissé en avant et on enlève les apophyses articulaires supérieures de la vertèbre luxée, soit d'un côté, soit des deux si cela est nécessaire.

On ne doit pas essayer de réduire dans la plaie avec des leviers, mais en tirant sur des lacs de traction placés aux jambes et mus par l'intermédiaire de moufles, et en plaçant la colonne en hyperextension.

On peut alors voir dans la plaie comment, sous l'effet de la traction, les corps vertébraux déplacés glissent l'un sur l'autre : ainsi disparaît la zone rétrécie du canal vertébral, entre l'angle postéro-supérieur de la vertèbre sous-jacente, luxée en arrière ; et l'axe de la vertèbre sus-jacente, déplacée en avant. La moelle et les racines sont décomprimées ; la dure-mère ne doit pas être ouverte.

Si la moelle n'est pas complètement sectionnée, la paralysie disparaît rapidement ; quelquefois tout de suite. La plaie est alors suturée et, sous traction continue, on fait un corset plâtré comme dans le cas précédent.

2. Traitement des paralysies. — C'est un traitement préventif des deux complications majeures de la paraplégie traumatique : l'infection urinaire ascendante et les escarres.

a) L'infection urinaire ascendante. — Böhler conseille la sonde vésicale à demeure et le lavage biquotidien à l'acide borique. Il fait donner en plus des diurétiques, de l'uroformine, des lavements ou purges contre la paresse intestinale. Il reconnaît d'ailleurs qu'il ne l'évite pas complètement.

En France, la cystostomie a conquis depuis longtemps droit de cité. Cette opération bénigne, rapide, a modifié complètement le pronostic quoad vitam des paraplégies incurables.

b) Les escarres. — Il faut reconnaître, par contre, que le problème des escarres a été ingénieusement traité par le maître viennois et qu'on aurait avantage, en France, à s'inspirer de ses principes.

Il place les deux jambes sur une attelle de Braune, en exerçant sur les deux tubérosités tibiales une traction de 5 à 7 kgs par les broches de Steinmann ou les fils de Kirschner. Les pieds du lit sont fortement surélevés. La traction au leucoplaste sur l'avant-pied évite l'équinisme et les escarres talonnières. Le blessé ne repose plus de tout son poids sur le lit, mais il est en partie suspendu aux clous.

Au bout de quelques jours, un paralysé peut se soulever tout seul sans douleur. Une seule infirmière suffit pour les bassins et la toilette, qui consiste à frotter le dos et les fesses à l'alcool, puis à les assécher. On évite soigneusement tout pli des draps.

Trois ou quatre semaines après l'accident, les clous ou fils doivent être placés au niveau des condyles pour éviter la dislocation des genoux.

Depuis qu'il soigne ainsi ses blessés, les escarres profondes et les gros œdèmes jambiers ont pratiquement disparu du service de Böhler.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'indiquerons que les travaux récents ; pour les travaux antérieurs à 1934, voir la *thèse* de Laffaille, Paris, 1934.

Böhler (L.). — Fractures et luxations de la colonne vertébrale. *Der Chirurg.*, VII, nos 13 à 21, 1935.

Fleischer-Hauser (C. C.). — 256 cas de fracture du rachis. *Hospitalstidende*, janvier 1936.

Grinda (J.-J.). — *Presse méd.*, 6 octobre 1934 et 20 juillet 1935.

Harrogers (W.). — Traitement des fractures vertébrales sans lésions médullaires. *Archives of Surgery*, février 1935.

Joyce (J. M.) et Ayrolo (A. B.). — Le traitement des fractures des corps vertébraux par l'hyperextension. *Boletino y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires*, XIX, no 21, 1935.

Julin (J.). — A propos du diagnostic et du traitement des fractures vertébrales. *Journ. de chir. et Annales de la Société belge de chirurgie*, mars 1935.

Lackmann (Edouard). — Le traitement des fractures dorsolombaires du rachis. *Thèse*, Paris, 1937.

Lepeuple et Parneix. — Un cas de fracture du rachis traitée par la méthode de Böhler. *Archives de médecine et de pharmacie navales*, 1935, no 3.

MALLET-GUY (P.) et DARGENT (M.). — *Lyon médical*, 1935, nos 21, 22, 23.
SCHOTTE. — Contribution à l'étude des fractures de la colonne vertébrale. *La Presse médicale*, 9 mars 1935.
SÉNÈQUE et SICARD. — Les avantages de la réduction en position de décubitus dorsal dans les fractures dorso-lombaires. *Journal de chirurgie*, XLV, n° 2.
SÉNÈQUE, SICARD et NICOLAS. — *Bulletin et Mémoires de la Société nationale de chirurgie*, LX, 10 novembre 1934.
SPAMER. — Sur la réduction des luxations-fractures de la colonne vertébrale. *Zentrablatt für Chirurgie*, 23 mars 1935.
SPEED (K.). — Fractures des corps vertébraux. *Annals of Surgery*, juillet 1935.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1938)

Sur l'origine gémellaire ou parasitaire des tumeurs à tissus multiples de la région sacro-coccygienne. — MM. Albert PEYRON, André BONNARD et Bernard LAFAY.

Propriétés d'une endotoxine méningococcique obtenue par la méthode de A. Boivin. — M. Jean CHEVÉ.

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1938)

Contribution à la théorie du photodicroïsme. — M. Serge NIKITINE.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 3 MAI 1938)

Rapports. — M. SIREDEY donne lecture d'un rapport sur les travaux des stagiaires de l'Académie aux eaux minérales.

— La discussion du rapport de M. LE NOIR, sur l'emploi des eaux minérales prises à la source, est renvoyée à une séance ultérieure.

Encéphalite pneumococcique. — MM. G. MARINESCO, N. JONESCO-SISESTI et G. STROESCO présentent la description anatomique d'un nouveau type d'encéphalite : l'encéphalite pneumococcique.

Les lésions frappent presque exclusivement la substance blanche, où elles déterminent des plaques de démyélinisation ayant des caractères qui les distinguent d'avec les autres leucoencéphalites.

Outre la myéline, la névroglie est frappée avec une particulière violence par le processus toxi-infectieux. Celle-ci réagit par une prolifération intense, avec de nombreux noyaux en mitose.

Les lésions vasculaires se caractérisent par une infiltration leucocytaire serrée autour des vaisseaux, par de petites hémorragies et surtout par la présence de fibrine dans les vaisseaux et en dehors des vaisseaux.

Par des colorations adéquates, les auteurs ont pu mettre en évidence la présence du pneumocoque dans la substance cérébrale.

La communication se termine par des considérations biologiques générales sur l'importance de cette nouvelle individualisation anatomo-clinique.

L'immunité naturelle des espèces venimeuses et ses mécanismes. — Mme PHISALIX, qui a fait une lecture sur ce sujet, fait d'abord remarquer que ce sont les groupes zoologiques inférieurs qui renferment le plus d'espèces venimeuses, et que les mieux douées de ces espèces (serpents, batraciens, arachnides, insectes...) sont venimeuses d'une manière multivalente : par leurs sécrétions glandulaires, leur sang, leurs œufs.

A cette venimosité multivalente correspond aussi une immunité naturelle multiple : les espèces venimeuses résistent effectivement à leur propre venin, à ceux d'autres espèces, à certaines toxines microbiennes, au virus rabique et à sa toxine, et à des poisons d'origine et de composition variées.

Dans l'organisme de l'animal venimeux adulte s'établit un équilibre toxique-antitoxique, dont la caractéristique est de se rétablir rapidement quand il vient à être détruit par l'apport massif de poison.

Comment apparaît cette immunité ?

Bien que l'œuf de l'animal venimeux soit toxique au début de l'ovogenèse, quand la membrane de l'œuf est très perméable, on constate que la venimosité régresse peu à peu et qu'elle a complètement disparu quand l'embryon est constitué ; celui-ci est donc toujours atoxique, et le jeune reste atoxique tant qu'il n'élabore pas lui-même de poison, tant que son milieu intérieur n'en renferme pas. C'est le cas des têtards et des larves de batraciens (crapaud, salamandre...) jusqu'à la fin de la vie larvaire. A partir du moment où le venin se rencontre dans le sang, celui-ci, irriguant tout l'organisme, y détermine chez les cellules les plus sensibles aux venins, comme chez les autres, des réactions de défense, qui se traduisent par l'accoutumance au sang toxique et par l'élaboration d'antitoxines variées et nombreuses, neutralisant chimiquement ou physiologiquement les composants toxiques du sang.

Ainsi, *l'immunité naturelle des espèces venimeuses est aussi une immunité acquise*, ayant pour point de départ l'apparition dans le sang de composés toxiques ; elle s'acquiert ainsi comme l'immunité artificielle, et par le même mécanisme ; la seule différence, c'est que l'espèce venimeuse élabore elle-même sur place le poison excitateur, tandis qu'il est introduit expérimentalement chez les espèces auxquelles on veut conférer l'immunité, et que, chez elle, l'immunité est entretenue par la constance de la toxicité du sang.

Le Congrès de la lèpre. — M. MARCHOUX a enfin relaté les travaux du Congrès international de la lèpre, tenu au Caire, où il représentait l'Académie.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 MARS 1938)

Le dolichocôlon et son traitement hydrominéral. — M. CHIRAY. Le dolichocôlon se caractérise anatomiquement par un allongement portant presque toujours sur un des segments du côlon gauche, ou plus rarement par un allongement total du gros intestin. Cliniquement, il est révélé, dans les cas typiques, par une triade symptomatique caractéristique, la constipation, l'aérocolie, et les crises douloureuses. Radiologiquement, il s'identifie par des images très particulières. Au point de vue évolutif, il y a lieu de distinguer fondamentalement le dolichocôlon simple et le dolichocôlon compliqué de colite. La même discrimination s'applique à la thérapeutique hydrominérale. Le dolichocôlon simple paraît justiciable de la cure de Châtelguyon, qui assure avec douceur l'évacuation intestinale. Dans le dolichocôlon compliqué de colite, il y a lieu de discuter les indications respectives de Châtelguyon et de Plombières, cette dernière station paraissant surtout indiquée dans les formes particulièrement éréthiques et douloureuses. La première convient plutôt aux formes atoniques. Elle a l'avantage de compen-

ser, du fait de la constitution chimique de ses eaux, les soustractions salines, consécutives à l'hypersécrétion de l'intestin malade.

Azotémie et cure thermale. — MM. SERANE et VIOLLE indiquent le mode d'action de la cure thermale des stations de diurèse dans le traitement des malades atteints de certaines formes de néphrite marquée par un excès d'urée dans le sang, ainsi que les indications de ces stations chez ces malades.

Larynx et soufre thermal. — MM. H. FLURIN et M. ARMENGAUD étudient le rôle thérapeutique primordial du soufre thermal dans les laryngites catarrhales torpides liées si souvent à une infection rhino-pharyngée, dans les laryngites professionnelles par « malmenage vocal » mieux dénommées « dysphonies vocales » et dans la laryngite chronique de l'enfance.

Les indications thermales de l'asthme de l'enfance. — MM. DEBIDOUR, PERPÈRE et Mlle KOHN-ENRIQUES montrent le grand intérêt qu'il y a à faire une discrimination entre les formes cliniques de l'asthme chez l'enfant en vue des cures thermales. Aux lymphatiques torpides, secrétant, s'adresse le traitement par les eaux arsenicales ; aux éréthiques, excitables, celui par les eaux siliceuses. Les résultats sont fonction de ce choix.

Le diabète aux eaux alcalines. — MM. MAUBAN et GLENARD pensent qu'en dehors du traitement insulinique, aucune médication n'a une action nette et durable sur le diabète non consomptif, mais celui-ci peut être freiné par un régime alimentaire approprié. Or, indépendamment du traitement insulinique qui ne convient pas à tous, une action freinatrice indéniable est exercée par la cure alcaline qui, agissant un peu à la manière de l'insuline, abaisse la glycémie, supprime les symptômes fâcheux du diabète et ramène momentanément l'euphorie. Ce résultat heureux est dû à l'influence de la cure alcaline sur le foie, sur le pancréas et sur les glandes endocrines.

Les réalisations thermales des Caisses d'assurances sociales. — M. DU PASQUIER rapporte que la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise a créé en 1936, à Saint-Honoré-les-Bains, un hôpital thermal pour les enfants, qui a donné d'excellents résultats. Elle a une maison aussi à Eaux-Bonnes. Pour les assurés sociaux adultes, aucune solution générale n'est intervenue jusqu'ici, et cependant il est très souhaitable que les cures thermales puissent être mises à la portée des assurés sociaux.

La cellulite aux eaux minérales. — MM. BERTHIER, GAEHLINGER, SCHNEIDER. Dans la première période de la cellulite, c'est l'action anticolitique et la stimulation hépato-biliaire qui conviennent, et qui la plupart du temps rendent de grands services. Néanmoins, dans les manifestations nerviennes particulièrement marquées, certaines eaux des Vosges et du Jura conviennent mieux. Dans la cellulite confirmée et généralisée, quand il y a infiltration des tissus cellulaires particulièrement prononcée, ce sont les eaux sulfatées calciques vosgiennes qu'il convient d'employer, car il faut là agir par cure de lavage et de désintoxication. Dans un dernier stade la cellulite revêtira une forme péri-articulaire et rhumatismale ; il faut alors la confier aux médecins des villes d'eaux spécialisées dans le rhumatisme.

La fangothérapie. — MM. LARAUZA et MAUVOISIN.

Les séquelles des fractures aux eaux minérales. — MM. DELACROIX et FORESTIER.

Pourquoi les parkinsoniens sont-ils tributaires d'un traitement thermal ? — MM. G. CAUVY et MACÉ DE LÉPINAY pensent que les parkinsoniens sont tributaires des cures hydrominérales à un triple point de vue : 1° *Au point de vue moteur*, on constate une diminution de la rigidité musculo-articulaire, une amélioration des attitudes et des mouvements volontaires ; 2° *Au point de vue sensitif*, une sédation générale, une atténuation des crampes et malaises musculaires, le retour au sommeil ; 3° *Au point de vue général*, une aptitude plus grande au travail. Tels sont les résultats qui peuvent être obtenus à Lamalou et à Néris.

Traitement hydrominéral des prurits. — MM. FERREYROLLES et MOLINÉRY.

Les otopathies chroniques aux eaux minérales sulfureuses. — MM. S. BAQUE et P. DE BEAUCHAMP.

(SÉANCE DU 18 MARS 1938)

Peut-on ? Doit-on faire baisser les hypertensions ? — M. SÉDILLOT, présentant un cas de maladie hypertensive grave (16 1/2-27 1/2) à troubles fonctionnels marqués, à poussées de surtension (Mx 35), déjà fortement amélioré (12-21) après 4 mois de cure de désintoxication arthritique, soutient (comme le demandait le professeur Vaquez aux Assises de médecine : l'Avenir des hypertendus) que, dans tous les cas d'hypertension, même si le malade n'éprouve aucune incommodité de sa tension et « semble » en équilibre satisfaisant, nous devons faire tout le possible pour faire baisser les tensions et *augmenter ainsi la marge de sécurité*. Nous ne pouvons en effet garantir que, la tension continuant à s'élever, ou brusquement à l'occasion d'une affection intercurrente, le cœur ne donnera pas subitement des signes de défaillance grave.

Chorio-épithéliome malin (Présentation de pièce anatomique). — M. U. RODRIGUEZ-RAMOS.

Appareil facilitant la ponction sternale. — M. A. GRIMBERG présente un sternotrépan d'un maniement extrêmement simple et grâce auquel la ponction sternale devient une opération facile et précise.

Traitement de certaines fractures articulaires par l'infiltration de novocaïne et la mobilisation immédiate. — M. André TRÈVES présente plusieurs observations de fractures articulaires sans déplacement ou avec déplacement minime, où l'infiltration à la novocaïne a permis une mobilisation active immédiate et une guérison définitive rapide avec intégrité des mouvements. Cette méthode, due à Leriche, mérite d'entrer dans la pratique courante. L'auteur ajoute qu'il est utile d'évacuer, chaque fois qu'il est nécessaire, le sang épanché dans les tissus et surtout dans l'articulation.

M. PASCALIS insiste sur la nécessité de vider les articulations du sang épanché par suite de traumatisme.

M. PETIT DE LA VILLÉON, partisan aussi de cette évacuation de ces collections sanguines, insiste sur les meilleurs résultats obtenus par cette méthode, au niveau du membre supérieur ; ils sont moins bons au niveau de l'inférieur.

Considérations sur les angiomes de la face. — M. DUFOURMENTEL expose le traitement qu'il applique aux angiomes simples et qui, selon les cas, comporte la décoloration par le tatouage ou le remplacement du tégument par des greffes. En ce qui concerne les angiomes caverneux, dont il étudie la formation histologique et les différentes variétés, il précise que, tout comme pour les angiomes simples, le traitement par le radium peut être efficace lorsqu'il s'agit de lésions de petites dimensions, mais que, dans les cas de tumeurs étendues et surtout lorsqu'il y a évolution vers l'anévrisme cirsoïde, le traitement chirurgical seul peut donner la guérison. Naturellement, la structure histologique de l'angiome modifie beaucoup les difficultés du traitement, les angiomes diffus étant beaucoup plus graves que les angiomes encapsulés ou que les angiomes mixtes, fibreux, lipomateux ou pachydermiques.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour **les** *formes graves ou rebelles.*

MM. Joly, Nemours Auguste, Montant préfèrent dans ces lésions le traitement par le radium, sauf cas spéciaux.

A propos des angiomes caverneux de la face. — M. Paul Degrais. A l'encontre de la neige carbonique, de l'électro-coagulation et de la chirurgie, le radium paraît répondre à toutes les exigences du traitement des angiomes caverneux de la face. Il est indolore, il peut être porté en n'importe quelle région de la face et il s'adresse à tout angiome caverneux, quelle qu'en soit l'étendue.

Sur la prématuration sexuelle ou syndrome de Pellizzi. — M. J. Lhermitte. L'évolution précipitée du développement sexuel, tant morphologique, physiologique et psychique, ne doit plus être rattachée à une maladie endocrinienne, épiphysaire ou hypophysaire, mais à une altération des centres végétatifs de la base du diencéphale et spécialement de la région des corps mamillaires. J. Lhermitte expose une série de faits anatomiques et cliniques qui démontrent que la prématuration sexuelle, la macrogénitosomie précoce ne répond pas à une altération primitive d'une glande endocrine, mais est en réalité secondaire à des lésions frappant les centres végétatifs du plancher du troisième ventricule et principalement des corps mamillaires.

Transit rapide d'un volumineux corps étranger du tube digestif chez un nourrisson. — M. M. Joly rapporte l'observation de l'expulsion spontanée d'une broche volumineuse et compliquée ingurgitée 20 heures auparavant par un nourrisson de 5 mois. Il rappelle à ce sujet que la prudence et l'expectative armée sont de mise en de semblables circonstances.

Sur un énorme calcul silencieux de la vésicule biliaire. — M. Montant.

Traversée aller et retour du Sahara. — M. T. Malachowski estime que la traversée du Sahara qu'il vient d'effectuer aller et retour — 10.500 kilomètres environ — prouve qu'un diabétique, qui n'est plus de première jeunesse, peut, sans aggraver son diabète, se le permettre. L'air du Sahara est l'adjuvant le plus extraordinaire en cette circonstance, il agit comme défatigant à la façon de la kola. Le silence, l'invitation au recueillement agissent également dans le même sens.

Conclusions d'une longue pratique des injections d'huile d'olive dans le duodénum. — M. W. Robin (de Varsovie), pour éviter les inconvénients de l'huile d'olive « per os », utilise depuis 1921 l'introduction directe dans le duodénum au moyen de la sonde duodénale ; l'huile d'olive est injectée à la dose de 50 à 100 cm³. Pratiquement dénuée d'inconvénients, cette méthode est indiquée dans les lithiases chroniques et dans certains cas aigus ou subaigus avec persistance prolongée de l'ictère et de la température ; mais contre-indiquée en cas de température élevée, de frissons, de cholécystite suppurée.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(Séance du 3 février 1938)

Poliomyélite antérieure aiguë avec réflexe cutané plantaire en extension par atrophie du fléchisseur du gros orteil. — MM. Laignel-Lavastine et H. Mignot rappellent que la constatation d'un signe de Babinski est assez fréquente au cours de la poliomyélite ; dans la majorité des cas, ce symptôme témoigne d'une atteinte pyramidale ; parfois cependant, l'extension de l'orteil traduit seulement un déséquilibre mécanique dans le couple extenseur-fléchisseur du gros orteil. Cette explication ne doit être acceptée que si l'examen électrique a permis de vérifier l'inégalité de l'atteinte paralytique des muscles, comme dans l'observation rapportée par les auteurs.

MM. Tournay, Barré, André Thomas, Lhermitte insistent sur la rareté des cas de poliomyélite dans lesquels on peut éliminer l'origine pyramidale du signe de Babinski.

Paraplégie par ramollissement aigu unisegmentaire de la moelle survenue au cours de la grossesse. Etude anatomo-clinique. — MM. J.-A. Barré et Corino Andrade (de Strasbourg) relatent l'histoire d'une femme de dix-huit ans qui, au septième mois d'une grossesse, fut prise d'une douleur violente au niveau de la 4e épineuse dorsale, puis, quelques heures après, d'une paraplégie totale, flasque, avec anesthésie à tous les modes remontant jusqu'à hauteur de l'appendice xiphoïde, et paralysie sphinctérienne. Jusqu'au quatre-vingtième jour, il y a évolution spasmodique des réflexes et retour des sensibilités, sans modification de la paralysie, puis de nouveau aggravation des symptômes, disparition des réflexes, apparition d'escarres sacrées. L'accouchement d'un enfant vivant, mort au bout de quelques jours, ne modifia en rien l'évolution. La mort survint au bout de six mois.

L'autopsie montre une lésion de myélomalacie strictement limitée au segment D_4-D_5, avec de grandes vacuoles, comme dans la myélite nécrotique, sans lésions inflammatoires.

MM. Lhermitte, Alajouanine ont vu des cas analogues, auxquels le terme de myélite ne semble pas convenir et dont l'étiologie reste indéterminée.

M. André Thomas pense qu'on doit attribuer un rôle à la fragilité du système veineux chez la femme enceinte.

Myoclonies vélo-pharyngo-laryngées et oculaires chez un malade atteint de sclérose en plaques.— M. J. Dereux (Lille) rapporte l'observation d'un homme de vingt-sept ans qui présente, outre un syndrome pyramidal et un syndrome cérébelleux, un myoclonus du voile, de la langue, du larynx et des yeux. Il fait remarquer que, s'il n'est pas rare d'observer des malades âgés présentant le syndrome myoclonique typique du voile, il est exceptionnel de constater l'existence de ce syndrome chez des malades jeunes. Chez ces derniers, ce sont des facteurs infectieux (encéphalite, encéphalo-myélite, sclérose en plaques) qu'il faut invoquer dans l'étiologie du syndrome.

Accidents nerveux au cours de la transfusion sanguine. — MM. J. Lhermitte, J. Mouzon et Susie rapportent l'observation d'un homme atteint d'ulcus pylorique et sévèrement anémié par des hématémèses et chez lequel une transfusion sanguine fut pratiquée. A peine celle-ci fut-elle terminée que le malade fut pris d'une excitation psycho-motrice intense qui dura quatorze jours. Au neuvième jour et le lendemain de la ponction lombaire, le malade fut frappé d'hémiplégie gauche complète avec double signe de Babinski. Sept ans après cet épisode, la paralysie demeure complète et s'accompagne de crises convulsives jacksoniennes gauches précédées d'une aura visuelle hémianopsique droite au cours de laquelle apparaît une bande verticale diaprée des couleurs du spectre, ce qui permet de localiser l'excitation initiale de la crise dans la région de l'aire striée.

Hémialgie secondairement bilatéralisée par vascularite bulbaire probable. — M. Faure-Beaulieu présente un homme de cinquante-sept ans qui a été frappé, il y a trois ans, d'un ictus sans perte de connaissance, suivi immédiatement d'une douleur tenace à tonalité causalgique, étendue d'emblée à la moitié gauche du corps, puis au bout de six mois à l'autre moitié. L'examen neurologique ne montre aucun trouble moteur, réflexe, sensitif objectif, ni sympathique, à part une asymétrie de l'oscillogramme des bras.

On est donc en présence d'une algie centrale pure par lésion vasculaire, que l'on aurait été en droit, lors de la phase hémialgique, de rapporter au thalamus et de faire rentrer dans le cadre du syndrome thalamique à forme hémialgique de Lhermitte.

La diffusion secondaire des douleurs trouve une explication satisfaisante dans une lésion plus bas située du faisceau spino-thalamique, en conformité avec les faits décrits par J. de Ajurriaguerra. En l'absence de signes actuels de localisation bulbaire, ce cas semble rentrer dans le « syndrome bulbaire sensitif mineur » décrit par Knud Winther.

Sur quatre cas de kystes hydatiques du cerveau. Opération. Guérison. — M. Patrikios (d'Athènes) présente les radiographies de quatre cas de kystes hydatiques du cerveau qui ont été opérés avec succès. Le diagnostic a été facilité par le résultat des ventriculographies qui, outre les cavités ventriculaires, injectait les kystes, et les faisait apparaître en clair.

Tumeurs calcifiées multiples intracérébrales révélées par la radiographie. Echinococcose cérébrale ancienne probable. — MM. O. Crouzon, Jean Christophe et Ledoux-Lebard présentent un malade qui a eu, de l'âge de treize ans à l'âge de vingt-trois ans, des crises épileptiques et chez lequel les clichés radiographiques du crâne ont décelé l'existence de plusieurs ombres opaques disséminées dans l'étendue des hémisphères. Les auteurs discutent la nature de ces tumeurs calcifiées et concluent à la probabilité de kystes hydatiques guéris par involution aseptique et calcification spontanée.

Sur deux cas d'abcès cérébraux guéris par ponctions, uniques ou répétées, et pneumographies. — M. Patrikios (d'Athènes) relate deux observations d'abcès du cerveau, qui ont été traités par ponctions répétées et qui ont guéri. Au cours de la première, les ponctions successives ont permis d'assister à la disparition des streptocoques, puis de la septicité du liquide, tandis que les radiographies montraient la réduction de la poche. Le malade reste guéri, sans aucune séquelle, depuis deux ans et demi. Le second malade, cliniquement guéri, présente encore une coque opaque bien limitée, qu'on pourra enlever opératoirement s'il est nécessaire.

Sur les formes réticulaires et alvéolaires dans le névraxe. — MM. Quercy et Lachaud montrent, sur des projections, le tissu réticulaire et alvéolaire, qui constitue la trame et le stroma du névraxe, indépendant et distinct de la névroglie.

La myélite zostérienne. — MM. J. Lhermitte et Ajurriaguerra, chez une malade qui a succombé à la sixième semaine d'un zona localisé au IVe segment dorsal, ont constaté non seulement l'atteinte du ganglion rachidien et des racines postérieures par le processus inflammatoire, mais encore des lésions profondes de même nature dans l'hémimoelle qui correspond au territoire de l'éruption : infiltration parfois massive de lymphocytes, hypergenèse microglique, vaso-dilatation, dégénérescences cellulaires dans les cornes antérieures et postérieures. Il faut remarquer que ces altérations ne se limitent pas à un métamètre spinal, mais s'étendent en hauteur jusqu'à D_1 et que, d'autre part, l'hémimoelle controlatérale à l'éruption n'est pas complètement ménagée.

La valeur numérique du réflexe photo-moteur dans la paralysie générale. — MM. Nayrac et Franchomme ont mesuré l'amplitude et la vitesse du réflexe photo-moteur chez les sujets normaux, chez les paralytiques généraux, dans la sénilité et au cours de diverses affections neurologiques. Leurs pourcentages apportent des précisions nouvelles pour le diagnostic de la paralysie générale.

Ramollissement médullaire au-dessus d'une compression métastatiques et dans l'interprétation des signes dits sus-radiculaires. (Du rôle des troubles vasculaires surajoutés dans l'expression évolutive aiguë de certaines compressions métastatiques et dans l'interprétation des signes dits sus-lésionnels.) — MM. Th. Alajouanine, Th. Hornet, M. Ullmann et J. Delorre rapportent l'observation anatomo-clini-

que d'une compression extradurale (métastase d'un néoplasme gastrique), qui, après une phase de douleurs radiculaires en D_7, s'extériorisa par une paraplégie brusque et flasque avec troubles sensitifs objectifs remontant jusqu'à D_5 ; à l'examen anatomique, la tumeur, qui correspondait à D_7, était accompagnée d'un ramollissement aigu de la moelle sus-jacent en D_6 et D_5, et l'on notait la compression, dans la masse tumorale, des artères radiculaires correspondant à ces deux segments. Les auteurs insistent sur cette coexistence de tumeur et de ramollissement de la moelle et sur le décalage des deux lésions expliqué par le trajet ascendant des artères radiculaires comprimées ; ceci expliquait aussi l'anesthésie qui débordait de deux segments médullaires le niveau de la compression ; d'autre part, c'est à la lésion vasculaire qu'il faut attribuer l'évolution aiguë du syndrome clinique, qui se comporte comme une forme métastatique aiguë de compression de la moelle.

Etude anatomoclinique sur une lésion ancienne du noyau rouge. — MM. Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jacqueline GUILLAIN rapportent un cas anatomoclinique de lésion ancienne du noyau rouge, qui doit être rapproché d'un des premiers cas connus d'une lésion similaire, décrit en 1903 par Pierre Marie et G. Guillain.

Comme dans ce dernier cas, il s'agissait, du point de vue clinique, d'un syndrome d'hémiplégie infantile avec hypertonie et mouvements involontaires du côté gauche du corps. L'examen anatomique montra une lésion haute du noyau rouge droit portant sur le noyau central et sur le noyau dorso-médian. Les auteurs étudient les dégénérescences qui furent les conséquences de cette lésion rubrique de l'enfance. Ils ont observé la dégénérescence rétrograde du pédoncule cérébelleux supérieur gauche, la sclérose du noyau dentelé gauche, la dégénérescence du faisceau central de la calotte droite et la sclérose de l'olive bulbaire droite. Dans un tel cas, la sclérose de l'olive homolatérale et du noyau dentelé opposé relèvent des dégénérescences directes et rétrogrades des contingents rubro-olivaires et dento-rubriques.

Un ramollissement cérébelleux tardif, dans le territoire de l'artère cérébelleuse inféropostérieure gauche, a pu être favorisé par les troubles trophiques créés par l'ancienne lésion rubrique, dont les conséquences s'avèrent ainsi multiples dans le névraxe.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 2 mai. — Jury : MM. Chiray, président ; de Gaudart d'Allaines, J. Besançon, Turpin. — M. BONNET. Les suites médicales de la cholécystectomie.

Mercredi 4 mai. — Jury : MM. Gosset, président ; Tanon, Joannon, Quénu. — M. DAMOUR. Contribution à l'étude de l'assainissement des coquillages par épuration industrielle. — M. KRENNER. Considérations sur la lutte antisyphilitique en France et dans les pays étrangers.

Jeudi 5 mai. — Jury : MM. Guillain, président ; Laignel-Lavastine, Nobécourt, Gastinel. — M. ROMIEUX. Contribution à l'étude des syndromes neuro-anémiques. — M. ROUGERIE. Etude médico-psychologique sur Bernardin de Saint-Pierre (1737-1814). — M. ROZÉE BELLE-ISLE. Le lait sec entier acidifié chez les nourrissons hypotrophiques.

Samedi 7 mai. — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Lelong, Mouquin. — M. FARGE. Contribution à l'étude de la forme intestinale de la granulomatose maligne. — M. LASTÉRADE DE CHAVIGNY. Sur les récents résultats thérapeutiques obtenus par les applications locales d'huile de foie de morue. — Mlle ULRICH. Valeur des courbes thermique, pondérale et bacilloscopique, étudiées conjointement, pour le pronostic de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Les transformations de Vichy en 1938. — Le Congrès de l'Insuffisance hépatique, tenu à Vichy en 1937, a consacré une fois de plus la valeur thérapeutique de la grande cité thermale et le bénéfice inégalable de ses eaux « équilibrantes ».

Les idées nouvelles, émises au cours de ces réunions, ont permis l'étude de perfectionnements à apporter à l'ensemble et au détail des organisations thermales.

Déjà le Grand Etablissement Thermal de première classe, agrandi de près d'un tiers, possède de nouveaux services d'hydrothérapie, munis de dispositifs supprimant complètement la buée, et dotés de cabines de repos, confortables et claires. Un aménagement de même ordre a été créé pour les Bains carbo-gazeux. Le Service des boues, dont le développement est considérable, a également été agrandi.

Dans le hall de cet Etablissement, alimenté par la Source Boussange, une vasque close montrera le jaillissement et le débit considérable de cette source.

Les Etablissements de deuxième et de troisième classe — le dernier officiellement inauguré au cours de la saison 1937 par M. le ministre de la Santé publique, ont également vu leurs aménagements bénéficier d'améliorations qui permettent aux malades de toutes les catégories de trouver dans la capitale thermale les organisations thérapeutiques qui leur sont nécessaires.

Au cours du Congrès de l'Insuffisance hépatique, les visiteurs ont admiré les réalisations nouvelles du « Foyer médical ». Le Laboratoire des recherches physico-chimiques, hydrologiques et biologiques, fonctionnant sous le contrôle de l'Institut d'Hydrologie de Paris, a été doté de nouveaux appareils modernes, mettant à la dispostion des chercheurs des possibilités accrues.

Rappelons que le Bureau de surveillance médicale des régimes, inauguré en 1936, a donné depuis sa création des résultats très appréciés, par l'organisation dans les hôtels d'une diététique rigoureuse et contrôlée par le Corps médical.

Enfin, dans le domaine des sports, le Parc d'éducation physique pour enfants, fonctionnant sous le contrôle médical, est équipé aussi luxueusement que pratiquement. Il complète heureusement l'ensemble inégalable de parcs et de terrains sportifs mis à la disposition des baigneurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

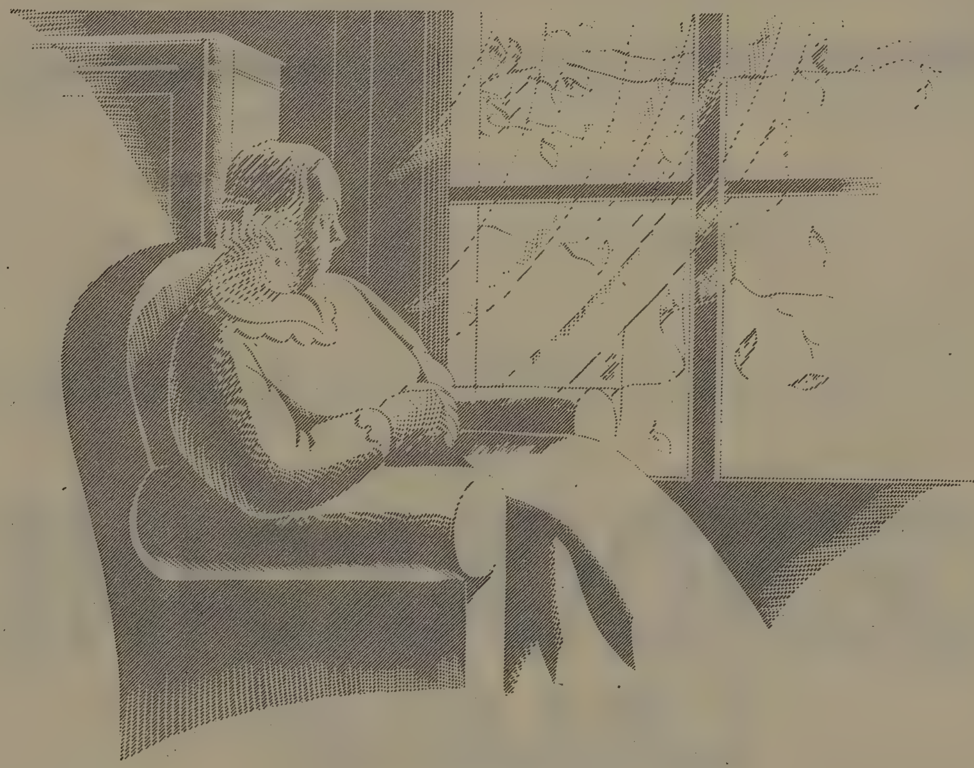
La mortalité à Paris et dans le département de la Seine, par le docteur G. ICHOK, préface par Henri SELLIER. Un volume grand in-8 de 227 pages, avec 83 figures, dont une en couleurs, et 69 tableaux. Prix : 50 fr., à l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne, 9 rue Boudreau, à Paris (9e), 1937.

La pathologie des œdèmes, confrontation des théories à la clinique, par Pierre MAURIAC. Un vol. de 88 pages. Prix : 16 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Les rhumatismes de l'épaule, par R. MERKLEN. Un vol. de 206 pages avec 17 fig., chez Doin et Cie, 1937. Prix : 30 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.



N° 38. — MERCREDI 11 MAI 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Une omission dont nous nous excusons ayant été commise dans la liste des admissibles, nous la reproduisons en entier. Ont été déclarés admissibles : MM. Mauric, Hamburger, Albeaux-Fernet, Antonelli, Joseph, Derot, Delay, Bousser, Moussoir et Meyer.

Asile national des convalescents de Saint-Maurice (ex asile de Vincennes). — Un concours d'internat (médecine générale) s'ouvrira le vendredi 24 juin 1938. Inscriptions à l'Asile national, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), jusqu'au 10 juin 1938.

Un concours d'internat (électro-radiologie) s'ouvrira à la même date. Inscriptions comme ci-dessus.

Les internes de l'Asile national, logés et nourris, reçoivent une indemnité annuelle de 4.000 fr. la première année, s'élevant à 4.700 et 5.400 les années suivantes.

Faculté de médecine de Paris. — HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Jonesco-Sisesti, agrégé de neurologie à la Faculté de de médecine de Bucarest, fera à la Clinique des maladies du système nerveux (amphithéâtre Charcot), le vendredi 13 mai, à 10 h. 30, une conférence sur le sujet suivant :

Considérations génétiques sur les maladies familiales du système nerveux.

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* Lecture des copies. Séance du 5 mai (Anatomie) : MM. Simon, 27 ; Cordebar, Laurence, Monsaingeon, Morel-Fatio, 26 ; Le Cœur, Verne, 25 ; Billard, Coldefy, 24.

Séance du 7 mai : MM. Mathey, Picard, 27 1/2 ; Debeyre, Denoix, 26 ; Tissot, 24 ; Debidour, Nardi, Thomeret, 23.

Avis. — 1re année (A. R.) Anatomie : épreuve pratique le 19 mai. Affichage le 14 mai. Epreuve écrite le 20 mai. — La distribution des convocations aura lieu pendant l'épreuve pratique.

Avis pour les travaux pratiques 2e année N. R. — MM. les étudiants de 2e année sont informés que les séances des travaux pratiques de physique des samedis 14 mai (séries E. F.), 21 mai (séries E. F.), 28 mai (séries C. D.) sont reportées respectivement aux samedi 4 juin (E. F.), mardi 7 juin (E. F.) et jeudi 9 juin (C.D.).

En remplacement, M. le prof. Léon Binet fera 3 conférences de physiologie à l'intention de tous les étudiants de 2e année (séries A, B, C, D, E, F). Ces conférences auront lieu au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 14 h., les 14, 21 et 28 mai, elles sont strictement obligatoires.

Faculté de médecine d'Alger. — La chaire d'hygiène (dernier titulaire, M. Weber) est déclarée vacante.

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 7 novembre 1938 devant la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de bactériologie, hygiène et hydrologie s'ouvrira le mardi 8 novembre 1938 devant la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle aura lieu sous la présidence de M. le docteur Chapon, le dimanche 15 mai 1938, à 14 heures, dans la grande salle des séances. 60, boulevard de Latour-Maubourg. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la presse médicale.

Le soir, banquet au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. le docteur de Fourmestraux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, président de la Société des Médecins d'Eure-et-Loir. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 13 mai, leur adhésion et le prix du banquet (60 francs), à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e). Chèques postaux : Paris 186-07. Téléphone : Invalides 55-19.

Prix Etienne Taesch, donation faite par Mme Constance Françoise Nicolay, sa veuve.

Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1er juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association Française d'urologie.

Pour l'année 1938, le prix Etienne Taesch sera de 6.500 francs. Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1938, à M. le docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

Soirée de la Psychiâtrie française, sous le haut patronage de M. le ministre de la Santé publique et sous la présidence effective de M. le Préfet de la Seine, organisée par l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux psychiâtriques de la Seine, à l'occasion de son Cinquantenaire.

Cette soirée aura lieu le samedi 21 mai 1938, dans la salle des fêtes de la mairie du Ve arrondissement (Panthéon).

Au programme : à 21 heures, revue psychiâtrique ; de 22 heures à l'aube, bal, buffet américain, soupers.

Entrée : 20 francs. Soupers : 65 francs.

Pour cartes, places, inscriptions, renseignements, s'adresser au trésorier, docteur Collet, 6, rue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). Chèque postal : Bureau de Paris, 331-85.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (Professeur : M. F. RATHERY).

Jeudi 12 mai. 9 heures. M. DE TRAVERSE : Leçon de chimie biologique. — 10 h. 30. M. F. RATHERY : Leçon clinique : Gangrène pulmonaire.

Vendredi 13 mai. 9 heures. M. BACHMAN : Leçon de séméiologie digestive. — 10 h. 30. M. HUREZ : Présentation de malades. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 14 mai. 9 heures. M. J. FERROIR : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Dimanche 15 mai. 10 h. 30. Conférence : M. BARIÉTY : Traitement actuel des septicémies à staphylocoques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINS DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

M. Radulph, député, demande à M. le Ministre de la Santé publique si les médecins des hôpitaux psychiâtriques peuvent, pendant leurs loisirs : 1° fournir des consultations à des malades atteints d'affections psychopathologiques sur la demande de médecins traitants ; 2° faire des expertises médicales en supposant qu'ils aient été nommés médecins experts auprès des tribunaux par application du décret du 21 novembre 1893. (Question du 24 mars 1938.)

Réponse. — 1° Les médecins-chefs de service dans les hôpitaux psychiâtriques doivent se consacrer uniquement à leurs fonctions. Il leur est interdit de faire de la clientèle. Toutefois, ils peuvent être appelés exceptionnellement en consultation par un confrère quand il s'agit de malades paraissant relever de leur spécialité ; 2° ils peuvent être désignés comme experts par les tribunaux, conformément au règlement d'administration publique du 21 novembre 1893, modifié par le décret du 10 novembre 1906.

(*J. off.*, 6 mai 1938.)

NÉCROLOGIE

Le docteur Julien Rabaute, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales, en retraite, directeur des services d'hygiène et d'assistance de la concession française à Shanghaï, décédé à Shanghaï.

Avec le docteur Rabaute disparaît un des meilleurs serviteurs de la France. On lui doit la remarquable organisation sanitaire de la concession française, qui comprend plus de 500.000 habitants. Lors des événements d'août 1937, il eut à supporter la tâche écrasante d'assurer l'assistance de la masse énorme des réfugiés qui, en quelques heures, doublèrent la population de la concession. Nous avons dit, il y a un an, avec quel succès il assura la protection de la santé publique et le prestige français. On doit saluer sa mémoire avec respect et reconnaissance.

L'abbaye de Royaumont, à Asnières-sur-Oise (S.-et-O.), lieu de travail ou de repos pour les artistes et les intellectuels, ouvrira le 15 mai. Cette fondation, propriété privée, permettra aux intellectuels désirant travailler dans le calme de trouver dans le vieux monastère fondé par saint Louis des chambres pourvues de tout le confort moderne à des conditions modérées (pension : 50 fr. par jour. En week-end : 60 fr.).

Renseignements : M. B. Champigneulles, 26, quai d'Orléans, Paris.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

COQUELUCHE

Le liquide céphalo-rachidien dans la coqueluche sans complications neurologiques. J. Henning-Magnusson. (*Acta paediatrica*, vol. XX, f. 2, 1937.) — L'enquête a porté sur 48 coqueluches atteignant des enfants d'âges divers avec ou sans complications, mais toujours sans participation du système nerveux.

Chez 33 malades non compliqués, on a pratiqué 41 ponctions lombaires ; chez 15 compliqués, on a fait 16 ponctions lombaires. Elles ont été pratiquées entre la 3e semaine de la maladie et la 7e pour les non compliqués, la 10e semaine pour les compliqués.

L'auteur n'a trouvé aucune différence entre les liquides céphalo-rachidiens des cas compliqués ou non compliqués ; il n'a pas non plus trouvé de différence appréciable avec le liquide céphalo-rachidien d'enfants sains du même âge.

La recherche a porté sur l'aspect extérieur du liquide, la pression, les caractères cytologiques, chimiques (taux de l'albumine, du glucose), la flore bactérienne. Dans tous ces examens, les chiffres et caractères observés se sont rapprochés de ce qui se trouve à l'état normal.

R. LEVENT.

DIPHTERIE ET ASSOCIATIONS

L'anatoxine et la campagne de vaccination antidiphtérique de Haering (près de Kufstein. Tirol). Dr Daser. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 28 janvier 1938.) — Une épidémie de diphtérie survenant dans une localité tyrolienne entre août 1934 et décembre 1935 a frappé 238 sujets et occasionné 10 décès. Elle permit de faire accepter par une population jusqu'alors rétive, une campagne de vaccination par l'anatoxine.

Les injections furent pratiquées entre le 9 décembre et le 3 janvier ; seuls en furent exempts les sujets en mauvais état général et les convalescents de rougeole ; les sujets récemment guéris de diphtérie furent vaccinés. 357 sujets furent vaccinés, dont 70 d'âge préscolaire. 43, pour des raisons diverses, ne reçurent qu'une seule injection.

Les réactions furent minimes, la moitié des enfants présenta à la première injection un peu de réaction locale et une légère élévation thermique ; à la 2e injection, la réaction fut moindre encore.

L'hiver suivant, on observa dans la localité la disparition quasi entière de l'épidémie ; les quelques formes observées — même à l'occasion chez des vaccinés — furent dans tous les cas légères ; 2 cas même sont d'une authenticité discutable.

Pendant ce temps, l'épidémie continuait dans toute la région les mêmes ravages que les années précédentes.

D'autres essais furent faits depuis dans d'autres localités de la région avec le même succès.

R. LEVENT.

La répartition selon l'âge des cas de diphtérie et de scarlatine à Vienne. Dr Viktor Gegenbauer. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 2 juillet 1937.) — Ces affections semblent, depuis la guerre, plus fréquentes à Vienne. Déjà en 1933, Kopetzky et Schmitz ont observé la plus grande fréquence chez le jeune enfant et chez l'enfant d'âge scolaire jusqu'à 14 ans.

Le maximum de la morbidité semble pour les deux sexes se placer en ce qui concerne la diphtérie entre 3 et 7 ans ; le maximum pour la scarlatine chez les garçons entre 3 et 6 ans, chez les filles entre 3 et 8 ans.

Ces deux affections deviennent très rares après 14 ans. Il semble donc que les prescriptions relatives à l'entourage des malades et en vigueur à Vienne puissent s'adoucir pour les sujets qui ne sont plus d'âge scolaire.

L'apparente prédisposition féminine est peut-être due seulement aux conditions habituelles de promiscuité avec le malade.

Les statistiques confirment dans l'ensemble la fréquence constatée avant la guerre. Pour la diphtérie, la morbidité à l'âge scolaire tend à se rapprocher de celle de la première enfance ; pour la scarlatine, elle la dépasse.

R. LEVENT.

La phase de lymphocytose curatrice précoce dans la diphtérie et la scarlatine après injection du sérum spécifique. H. A. Heinsen et H. Biedenyorb. (*Deutches Archiv für klinische Medizin*, 1937, vol. 181, fasc. 3.) — Les auteurs ont suivi 30 observations de diphtérie ou de scarlatine ; 6 h. et 24 heures après l'injection de sérum spécifique, apparaît de façon à peu près constante une lymphocytose qui fait toujours défaut chez les sujets sains, ou chez les scarlatineux qui ont reçu du sérum de cheval neuf, du sérum de mouton ou un sérum antitoxique d'autre spécificité (sérum antidiphtérique).

Ils appellent cette réaction : lymphocytose curatrice précoce (ou anticipée) : « vorzeitige lymphozytaere Heilphase ».

R. LEVENT.

INFLUENZA

Etude sur le virus de l'influenza humaine (épidémie de 1936-1937). Thomas Francis jr., M. Dorothy Beck. (*The Journal of the American Medical association*, 21 août 1937.) — En 1933, Smith Andrewes et Laidlaw ont les premiers, apporté la démonstration du rôle d'un virus flottant dans la grippe épidémique, en infectant le furet par injection du liquide de gargarisme de malades atteints de grippe épidémique. La vérification en a été faite depuis un peu partout ; on a, de plus, trouvé dans le sérum humain des anticorps, capables de neutraliser l'agent infectieux, surtout abondants dans la période la plus proche de l'évolution de l'affection.

En décembre 1936 et janvier 1937 a sévi à New-York une épidémie très analogue épidémiologiquement et cliniquement à toutes celles qui se sont succédé depuis 1918. Recherchant la présence du virus et des anticorps, les auteurs ont pu les mettre 32 fois en évidence, dont 28 fois dans des cas d'hôpital.

Les 28 sujets étaient d'un âge variant entre 19 et 36 ans. 26 inoculations ont été faites au porc avec l'eau de gargarisme ; on a fait également dans le sang le titrage des anticorps à la période aiguë de la maladie et 3 semaines plus

tard. 24 fois, le diagnostic a été confirmé par le laboratoire. 3 fois il y avait amygdalite à streptocoque hémolytique ; 1 fois sinusite à rechutes. Dans aucun cas, il n'y eut de complication pulmonaire, 21 fois l'inoculation a été positive (81 p. 100). L'inoculation nasale à la souris, pratiquée 5 fois, n'a donné de résultat que dans 5 cas. Dans tous les cas, ce virus a été neutralisé par le sérum des animaux réfractaires à la grippe. Les souris ont été protégées par le sérum de sujets récemment guéris.

Les anticorps du sérum d'abord peu abondants s'élèvent brusquement au 5e jour, atteignent leur maximum au 14e, puis diminuent et sont toujours en rapport avec la présence du virus dans le pharynx.

R. LEVENT.

LEPRE

Quatrième série d'essais sur la valeur thérapeutique d'un sérum antilépreux (Colombie, Vénézuela) John Reenstierna. (*Acta medica Scandinavia*, supp. LXXXV, 1937.) — L'auteur a répété, sur une série plus importante que lors des précédents essais, les tentatives de traitement de la lèpre par le sérum qu'il a préparé.

Des bacilles lépreux de diverses souches (Kedrowski, Reenstierna), cultivés sur bouillon glycériné pendant plusieurs mois, sont traités par le toluol et injectés ensuite au mouton, dont le sérum est utilisé ensuite.

59 malades ont été traités par 3 injections de 10 cmc. de sérum en une semaine ; quelques-uns ont reçu une deuxième série un mois plus tard. Une certaine réaction générale et locale est de règle après l'injection. Aucun autre traitement adjuvant n'a été pratiqué en même temps que la sérothérapie ; un mois au moins auparavant tout autre traitement avait été arrêté, huile de chaulmoogra en particulier.

Des études plus approfondies et plus prolongées sont encore nécessaires. Il semble néanmoins dès maintenant que les troubles de la sensibilité soient partiellement améliorés dans plus de 87 p. 100 des cas, que les douleurs névralgiques diminuent ou disparaissent, que les paralysies palpébrales et les paralysies des mains rétrocèdent, ainsi que l'œdème des membres inférieurs, que les ulcérations cutanées (dans 93 p. 100 des cas) et les lésions des fosses nasales même datant de plus d'un an disparaissent (dans 100 p. 100 des cas) ; que la fièvre établie même depuis des mois disparaisse.

Le mécanisme d'action du sérum est sans doute complexe, mais est sans doute en partie de nature spécifique.

R. LEVENT.

MALADIE DE BANG

Les lésions hépatiques dans la maladie de Bang. Nicola G. Markoff. (*Zentralblatt für innere Medizin*, 25 décembre 1937.) — La polymorphie clinique de la maladie de Bang est de plus en plus généralement constatée, ainsi que la fréquence des lésions hépatospléniques.

L'auteur rapporte deux observations de maladie de Bang avec autopsie ; dans l'un des cas, d'évolution prolongée, on a constaté cliniquement et anatomiquement une cirrhose splénomégalique avec ascite. Dans l'autre cas, l'évolution rapide s'est terminée par embolie pulmonaire massive, mais le foie était sensiblement respecté.

La longueur de l'évolution semble indispensable à la constitution de lésions hépatiques. Celles-ci sont beaucoup plus rares chez l'adulte que chez l'enfant. Comme nul autre mécanisme n'est souvent reconnaissable, on doit bien admettre que la cirrhose hépatique est d'origine sanguine.

Les lésions hépatiques peuvent être réversibles ou sans progression : on observe alors soit hépatomégalie simple, soit, s'y ajoutant, de l'urobilinurie, de l'ictère, une réaction de Takata positive. Ces formes sont rattachées par l'auteur à la forme anatomique décrite par Eppinger sous le nom d'hépatite séreuse. Dans les autres cas, il s'agit de cirrhose hépatique non susceptible de rétrocession, anatomique ni clinique.

Il importe donc d'agir aussitôt que possible en pratique aussitôt que le foie augmente de volume ; l'opothérapie semble, lorsqu'elle est précoce, avoir un rôle à la fois préventif et curatif vis-à-vis des troubles de la fonction hépatique.

R. LEVENT.

FIEVRE DES MOISSONS

L'épidémiologie de la fièvre des moissons (Erntefieber). W. Rimpau. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 26 mars 1937.) — Une grosse épidémie a sévi en 1926 dans le Sud de la Bavière ; diverses autres ont eu lieu depuis, notamment en Russie, et en 1933 en Allemagne, sans doute de même nature avec parfois d'autres dénominations. L'épidémie s'est enfin réveillée à nouveau en Bavière, en 1936.

L'affection débute brusquement par de la fièvre, s'élevant à 40°, avec frisson et malaise général ; on constate des douleurs musculaires, de l'injection des sclérotiques. Au troisième ou quatrième jour la température tombe parfois en lysis, parfois avec des reprises temporaires. La rate est volumineuse ; il y a de l'albuminurie, parfois du tuphos, du délire. Au moment de la fièvre on constate souvent des exanthèmes de formes diverses. Le diagnostic se pose avec le début d'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde, avec la grippe ; parfois avec un ictère infectieux, en raison de la coloration éventuelle des téguments.

L'agent infectieux est encore inconnu ; on soupçonne l'existence d'un spirochète spécifique, mais qu'on n'a pu encore réussir à cultiver.

Les épidémies semblent plus fréquentes dans le Sud de la Bavière, mais l'affection semble endémique dans certaines régions (Russie, Silésie).

Elle est épidémique au moment du battage et de l'engrangement des moissons ; dans des régions humides ou par temps humide et chaud mais non pas, comme on l'a cru parfois, dans des régions marécageuses. Elle ne saurait être attribuée à l'ingestion sur le lieu du travail d'une eau contaminée, non plus qu'à l'infection transcutanée par les pieds nus. On n'a pas non plus incriminé l'influence des rats ou de spirochétoses murines.

Les malades, par contre, se plaignent souvent d'avoir été abondamment piqués par des cousins.

En 1936, on a relevé en Bavière 337 cas, provenant surtout du Haut-Palatinat et de la région de Ratisbonne. Les territoires les plus contaminés ont été les mêmes qu'en 1926, quoique l'épidémie ait été moins importante (plusieurs milliers de cas en 1926). Les deux grands foyers ont été les mêmes, et la vallée du Danube, près de Ratisbonne, la plus atteinte.

Le diagnostic est purement clinique, puisqu'il n'existe encore aucun procédé de laboratoire reconnu comme valable.

Le maximum de l'épidémie a été constaté en août, mais l'épidémie a commencé dès juin et a persisté jusqu'en octobre.

Deux fois sur trois il s'agit d'hommes ; peu d'enfants au-dessous de 10 ans. On n'a pu reconnaître aucune contagion directe d'homme à homme.

En raison de l'absence d'un retour annuel de l'épidémie, l'auteur croit à l'influence plus ou moins partielle d'un facteur géoépidémique. On soupçonne, sans pouvoir rien affirmer, l'action d'un spirochète et l'influence des rats ou des

insectes, mais sans pouvoir préciser si les animaux se contaminent sur l'homme lui-même ou sur un autre animal. La chaleur humide semble avoir une action favorisante.

R. LEVENT.

PALUDISME

Aspects théoriques et pratiques du traitement humoral de l'infection paludéenne. Maurizio ASCOLI. (*Presse médicale*, 18 décembre 1937.) — L'auteur a cherché a accélérer la guérison du paludisme en obtenant la diminution de la rate par injections intraveineuses d'adrénaline. Il s'agit de solutions très étendues préparées extemporanément, ou d'un produit stabilisé spécial (surrénase déprotéinisée de Serrono).

Le médicament provoque une petite crise adrénalinique fugace et sans gravité ; hypersensibilité et sensibilisation semblent disparaître soit en augmentant moins rapidement les doses, soit en soumettant le sujet avant traitement à la fatigue physique.

Il peut se produire une réactivation précoce ou tardive du paludisme, mais de faibles doses de quinine en ont facilement raison, surtout si continuées encore pendant deux jours après l'apyrexie.

Contre-indications : les cardiopathies, les troubles circulatoires en général ; les enfants supportent bien l'adrénaline, qui donne chez eux des effets plus rapides et plus complets que chez l'adulte.

2 à 4 milligrammes en tout améliorent l'état général et l'état du sang ; la rate diminue de volume ; les accès disparaissent ; la réaction de Henry s'efface.

Dans les accès pernicieux, le traitement adrénaline-quinine se montre très efficace : chute de la mortalité au-dessous de 5 p. 100. Tropani a eu un succès dans l'hémoglobinurie palustre.

Une seule série d'injections ne suffit cependant pas toujours à la stérilisation définitive, mais l'affection semble prendre dès lors une certaine bénignité.

L'adrénaline semble rendre la quinine efficace à des doses non thérapeutiques.

R. LEVENT.

Adrénaline et paludisme (Méthode d'Ascoli). R. LEVENT. (*Gazette des Hôpitaux*, 1er janvier 1938.)

PARALYSIE INFANTILE. POLIOMYELITE

Le diagnostic présent de la paralysie infantile épidémique. Otto GSELL. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 5 juin 1937.)— En raison des modifications de l'aspect clinique, la triade classique : hyperesthésie, sueurs, leucopénie n'est plus suffisante pour le diagnostic. Le signe principal est actuellement la méningite séreuse avec raideur de la nuque. Constamment il y a des modifications du liquide céphalo-rachidien : hypertension, hyperalbuminose ; dans la moitié des cas, présence d'un contenu cellulaire anormal.

Il y a modification de la réaction à l'or colloïdal, mais seulement à partir du troisième ou septième jour ; cette modification peut durer longtemps. L'élévation thermique et les signes d'infection sont inconstants ; de même les modifications sanguines.

Le pronostic est devenu relativement bon, puisqu'on n'a observé de séquelles durables que dans 1/5 des cas.

R. LEVENT.

Paralysie infantile sans paralysies, ou forme abortive de poliomyélite à forme méningée. E. WIELAND. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 20 novembre 1937.) — En 1936, il a été observé en Suisse 1.270 cas de poliomyélite, d'ailleurs exceptionnellement bénigne. Sur 26 cas observés à Bâle, il n'a été observé aucun décès. Les malades ont été reçus, avec des diagnostics variés, entre le deuxième et le cinquième jour de la maladie. Un grand nombre a guéri en quelques semaines, sans paralysies, mais les malades ont traversé une période de faiblesse musculaire très marquée avec anomalies des réflexes.

Il s'agit là de la forme abortive, sans paralysies et à type méningé, rare jusqu'ici en Suisse, bien connu au contraire aux Etats-Unis, en Allemagne et dans les pays scandinaves, où les épidémies ont eu des allures analogues. Peut-être doit-on réunir à ces cas d'autres états fébriles mal catalogués ou non identifiés, observés en même temps qu'eux et à leur voisinage.

Que le traitement soit spécifique ou non, il n'en est pas moins utile qu'il soit précoce. La nécessité n'est pas moins absolue de l'isolement du malade. L'épidémie observée en Suisse en 1937 semble avoir eu les mêmes caractères que celle de l'année précédente.

R. LEVENT.

Essai d'un adjuvant chimio-thérapeutique au sérum de Pettit et d'un moyen prophylactique possible de la poliomyélite. Charles CONTAT. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 25 novembre 1937.) — Une erreur de diagnostic au début d'un cas grave de poliomyélite a fait administrer au malade une dose élevée de chlorate de potasse avant toute injection de sérum de Pettit ayant donné une amélioration rapide — mais temporaire — de la fièvre et des signes généraux, l'auteur a tenté de nouveaux essais dans 16 autres cas de poliomyélite.

Une fois sans résultat, la dose administrée étant insuffisante. Les 15 autres cas ayant reçu de fortes doses n'ont présenté que chez 4 enfants des parésies très localisées, parmi lesquels 3 semblent définitivement guéris. Le quatrième cas, traité d'abord par le chlorate seul, puis par le sérum seul, ne s'améliora que temporairement. A partir du moment où sérum et chlorate furent associés, le progrès fut rapide, malgré des accidents sériques ; il ne resta plus qu'une parésie des muscles intercostaux qui bientôt guérit à son tour.

Les 11 cas restants, dont certains furent graves, ont guéri ou semblent avoir évolué favorablement.

La dose quotidienne de chlorate de potasse va de 0 gr. 30 chez le nourrisson à 1 gr. 70 à 14 ans, donné par doses fractionnées toutes les deux heures.

L'auteur a tenté la prophylaxie par le chlorate de potasse et le protargol dans 12 familles contaminées (39 enfants et 5 adultes jeunes) ; aucune contagion n'a été observée. Une autre famille contaminée et non soignée a eu 2 enfants atteints ; 2 enfants qui prirent ensuite du chlorate ont été épargnés.

Enfin, 2 enfants en contact prolongé avec un malade grave n'ont fait que des accidents fébriles qui, sans sérum, ont tourné court 24 heures après l'absorption de chlorate.

Le chlorate, sans être très toxique, provoque cependant la méthémoglobinisation du sang, suivie de lésions rénales, s'il est administré à doses massives. La méthode des doses fractionnées permet une bonne tolérance.

Quelques malades ont présenté des vomissements, qui ont cédé rapidement au citrate de soude.

R. LEVENT.

ROUGEOLE. RUBEOLE

Le diagnostic histologique de la rougeole. C. WEGELIN. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 2 janvier 1937.) — C'est en 1931 que, les premiers, Worthin et Finkeldey ont trouvé dans les amygdales d'enfants morts à l'acmé de l'éruption des cellules géantes qui se forment pendant le stade prodromique de la rougeole et contiennent jusqu'à cent noyaux, siégeant au centre des follicules lymphoïdes mais pouvant aussi se trouver en d'autres points

(amygdales : cryptes et surface). Finkeldey les a également trouvées dans l'appendice.

Aux 13 cas déjà connus, l'auteur en ajoute 3 autres : appendicectomies pratiquées pendant la période prodromique ou pendant l'éruption. Il y a trouvé des cellules géantes de même caractère. Dans un des cas, on a trouvé au voisinage un ganglion mésentérique avec des lésions analogues situé à proximité d'une autre lésion ganglionnaire, celle-là caséeuse et de nature bacillaire.

De telles lésions histologiques ont, pour l'auteur, une valeur diagnostique.

R. LEVENT.

La culture du virus de la rougeole. Georg K. WENCKEBACH et Herbert KEMERT. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 25 juin 1937.) — Ce virus peut être cultivé sur l'atlantoïde de l'embryon de poulet et repiqué aussi longtemps qu'on le veut. On le recueille chez le malade par ponction veineuse au stade prodromique de la maladie, pendant l'éruption ou dans les trois jours qui suivent. L'auteur en a isolé 13 souches, de morphologies un peu différentes. Ce virus traverse le filtre de Seitz ; il résiste 4 mois à une température de —20°. Il est neutralisé par le sérum de convalescent, mais non par le sérum de scarlatineux, de poliomyélitiques, d'herpétiques, de varicelleux, non plus par celui d'adultes sains ayant eu la rougeole dans le passé.

R. LEVENT.

La prévention et l'atténuation de la rougeole. MacKHANN. (*The Journal of the American Medical Association,* 18 décembre 1937.) — Les précautions classiques sont d'une insuffisance certaine, qu'il s'agisse d'isolement, de quarantaine, de fermeture d'écoles. Néanmoins, depuis 15 ans on a observé dans certains pays, le Massachusetts par exemple, une diminution de la mortalité par rougeole. Sans doute faut-il tenir compte de ce que la maladie est considérée avec moins d'indifférence chez l'enfant d'âge préscolaire, de ce qu'à l'hôpital l'isolement individuel est mieux observé, ce qui diminue les complications. Peut-être faut-il tenir compte aussi des améliorations sociales et, dans une certaine mesure, des variations spontanées de virulence de la maladie.

Le sérum de convalescent, le sérum d'adulte immunisé par une atteinte antérieure sont d'une grande utilité pour la prévention ou l'atténuation. Il en est de même des injections intramusculaires d'extrait placentaire, dont les procédés récents de préservation ont rendu l'emploi plus facile.

L'auteur fait siennes les conclusions classiques quant au mode d'action de ces substances. Dans les cinq premiers jours du contage, l'injection protège le malade ; du cinquième au neuvième jour, elle modifie la maladie ; du neuvième au treizième, elle l'atténue. Employée plus tardivement, cette méthode est sans action.

S'il s'agit d'un enfant normal, il y a avantage à pratiquer les injections entre le cinquième et le neuvième jour, on obtient ainsi une maladie atténuée et une immunité définitive.

L'immunité complète sans rougeole, obtenue par injection dans les cinq premiers jours, n'est que temporaire ; sa durée ne dépasse pas quelques semaines. Elle a cependant une réelle importance pour la protection de collectivités, de sujets atteints d'une affection aiguë ou chronique, ou de très jeunes enfants.

R. LEVENT.

SCARLATINE

Recherches sur la réaction de Dick et essais d'immunisation contre la scarlatine dans l'armée finlandaise. J. WICKSTRÖM. (*Acta paediatrica,* vol. XXI, 1937.) — L'enquête a porté sur 23.150 recrues et a été motivée par la fréquence croissante en ces dernières années de la scarlatine en Finlande et l'insuffisance de l'isolement comme seule mesure prophylactique.

Suivant les lots, le nombre des réactions positives a varié entre 12,1 et 14,5 p. 100 des sujets examinés. La vaccination a été pratiquée soit au moyen de toxine de streptocoque scarlatineux, soit au moyen d'anatoxine. Quel que soit le produit employé, le nombre des vaccinations effectives a été équivalent par rapport à l'intensité des réactions de Dick observées (intenses, fortes, moyennes, ordinaires). La toxine est peut-être légèrement plus active, mais a donné 10 p. 100 environ de réactions vaccinales ; l'anatoxine est moins éprouvante, mais sa préparation demande plus de temps.

Pour des raisons diverses, 193 sujets ont échappé à la vaccination selon un mode impeccable et se sont trouvés constituer, par rapport aux sujets complètement vaccinés, un lot de sujets témoins. 1.576 sujets ont été immunisés. La morbidité scarlatine observée par la suite et suivie pendant un temps excédant la durée du séjour sous les drapeaux a été abaissée à 4 p. 100 chez les vaccinés, tandis qu'elle a atteint 14,4 p. 100 chez les sujets non immunisés.

R. LEVENT.

La néphrite aiguë de la scarlatine et son pronostic. Thor SALLSTRÖM. (*Acta paediatrica,* vol. XX, supp. I, 1937.) — A l'hôpital des contagieux de Stockholm ont été soignés, entre 1920 et 1934, 11.250 scarlatines ; chez 295 malades, la scarlatine s'est compliquée d'une néphrite hématurique, soit 2,62 p. 100. Au cours de cette période, en dépit de larges variations dans le nombre des cas de scarlatine, le pourcentage des cas de néphrite n'a pas varié sensiblement.

La néphrite scarlatineuse paraît d'une égale fréquence dans les deux sexes ; les courbes de fréquence selon l'âge de la scarlatine et de la néphrite scarlatineuse paraissent sensiblement parallèles.

Il semble que la néphrite soit plus fréquente chez les sujets qui présentent une récidive de scarlatine : 16 p. 100 de rechutes de néphrite contre 5,7 p. 100 de rechutes de scarlatine.

Une enquête a été faite en 1936 sur les anciens malades de 1920 à 1934. 3 étaient morts à la période aiguë de leur scarlatine, soit 1 p. 100 ; 208 ont pu être retrouvés : 24 étaient morts dans l'intervalle d'affections diverses ; dans un seul cas il y avait eu néphrite chronique avec urémie mortelle.

13 (6 p. 100) présentaient un tableau de néphrite chronique plus ou moins accusée ; 10 sujets jeunes, d'âge prépubertaire, présentaient eux aussi des signes de néphrite établie, en tout 23 sujets, soit 10 p. 100, présentaient donc une néphrite ; chez les sujets les plus jeunes, il s'agissait d'une néphrite à rechutes.

Dans 10 cas il y avait hypertension et hypertrophie cardiaque sans aucun symptôme rénal.

Dans 38 cas (16 p. 100) il y avait eu une ou plusieurs rechutes de néphrite ; dans plus de la moitié des cas, au cours de l'année suivant la sortie de l'hôpital.

Dans 10 cas seulement une infection aiguë avait précédé la rechute de néphrite.

Dans 10 cas enfin il y avait albuminurie et orthostatique.

R. LEVENT

TETANOS

La prédisposition aux crampes comme suite éloignée du tétanos. Otto SPRENGER. (*Zentralblatt für innere Medizin,* 5 juin 1937.) — Un sujet de 16 ans, sans antécédents pathologiques, est atteint de tétanos après pénétration d'un éclat de bois dans le pouce droit. Le corps étranger est extirpé ; on administre du sérum *in situ,* en injections intraveineuses

et intrarachidiennes ; le tétanos guérit dans les délais normaux, sans complication apparente.

Quatre ans après, à l'occasion d'une grippe bénigne, le malade est à nouveau examiné. On constate à ce moment que la recherche du réflexe plantaire détermine dans la jambe examinée, puis du côté opposé, enfin au niveau des muscles vertébraux et de la paroi abdominale, une contraction tonique, jamais suivie de contractions cloniques, durant de 30 secondes à une minute et s'accompagnant de crampes pénibles plutôt que douloureuses. Les membres supérieurs ni les muscles masticateurs ne participent jamais à ces contractures, que l'on peut à volonté et de façon très rapide enrayer par certaines attitudes forcées. Réflexes tendineux un peu brusques, rien aux autres réflexes. Pas de troubles du tonus, ni de la sensibilité, ni des réactions électriques, ni à aucun point de vue de l'état humoral.

On peut provoquer des crampes analogues au niveau du membre supérieur par pression au niveau du sillon bicipital interne. Ces crampes ne sont enrayées par aucune manœuvre, mais cessent spontanément en quelques secondes.

Le malade présente parfois des crampes spontanées, à l'occasion d'une baignade ou à la chaleur du lit.

Il ne semble exister aucun facteur psychopathique.

L'auteur ne met pas en doute la dépendance de ces troubles vis-à-vis du tétanos et écarte l'éventualité de névrose des crampes de Wernicke-Wilder, d'encéphalite, de trouble toxique ou psychopathique ainsi que celle d'un tétanos de forme chronique. Il s'agit à son avis d'une complication tardive du tétanos ; sur les manifestations de cet ordre, on ne sait encore que peu de chose. Il exprime aussi l'hypothèse de l'administration par voie intrarachidienne du sérum et d'une réaction méningée corrélative sur la production de pareils troubles, qu'il rapproche de ceux qu'en 1933 a décrits Kino, à la suite d'injection préventive de sérum antitétanique.

R. LEVENT.

TULAREMIE

La tularémie en Autriche. Hans DAVID. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 9 avril 1937.) — Le premier cas constaté en Autriche l'a été en 1935, par Pillat et David ; un certain nombre d'autres cas ont été observés depuis cette époque. D'abord dans certaines régions de Basse-Autriche, puis en 1936 dans une région située plus au nord, à une distance de 60-70 km., sans qu'on ait pu établir qu'il y ait entre les deux foyers de liaison explicable par des circonstances de temps ou de lieu.

Après 1936, divers cas sporadiques ont été observés également en Tchécoslovaquie, en Moravie du Sud et en Slovaquie occidentale. On a attribué dans toutes ces régions les quelque 150 cas qui ont été observés à la contagion du fait du lièvre, mais la preuve n'est pas encore faite entièrement et le mécanisme de transmission demeure inconnu.

R. LEVENT.

La tularémie à forme pulmonaire. MM. Malcolm J. WINTER, Brownlow C. FARRAND, Harry J. HERMAN. (*The Journal of the American Medical Association*, 24 juillet 1937.) — Au printemps de 1933, pendant la saison de l'agnelage, les auteurs ont observé une série de cas de tularémie qu'ils rattachent aux soins donnés aux bestiaux et aux morsures de tiques. Dans un cas la pneumonie tularémique a évolué seule ; dans les trois autres cas elle s'est accompagnée de méningo-encéphalite, ou de stomatite aphteuse, ou d'un petit épanchement pleural. Guérison dans tous les cas.

Il n'existe dans toute la littérature que 20 cas de guérison dans des formes analogues ; en particulier les formes avec symptômes nerveux sont habituellement mortelles. Le traitement a été uniquement symptomatique, avec adjonction d'injections intraveineuses de salicylate de soude. Dans la méningo-encéphalite, les ponctions lombaires ont été répétées jusqu'à ce que le liquide soit redevenu clair.

Dans tous les cas il a persisté après guérison de la dyspnée à l'effort pendant plusieurs mois, relevant probablement de myocardite toxique.

La porte d'entrée de l'infection est vraisemblablement cutanée, ou buccale, le malade ayant mangé avec des mains sales. Dans les cas qu'ils ont observés, les auteurs ne croient pas à la contagion par inhalation.

On doit penser à la tularémie dans tous les cas de pneumonie atypique avec abaissement du nombre des leucocytes.

R. LEVENT.

TYPHOIDE ET PARATHYPHOIDE

Sur la fièvre typhoïde par les eaux de boisson. LOMBY. (*Bruxelles médical*, 9 janvier 1938.) — Personne ne nie les fièvres typhoïdes dues à l'eau de boisson, ni à titre sporadique, ni à titre épidémique.

Cependant l'observation clinique et les résultats des recherches bactériologiques sont trop souvent en désaccord. Y a-t-il donc insuffisance du mode d'examen, ou faut-il incriminer d'autres agents de contamination : mouches, porteurs de germes ?

Dans bien des cas, on peut constater que les épidémies n'ont pas le caractère explosif des épidémies d'origine hydrique ; les eaux, d'autre part, sont saines et l'on finit par retrouver la présence de porteurs de germes.

Dans bien des cas, aussi, on est amené à penser qu'une eau malsaine, déterminant une entérite banale, favorise l'éclosion d'une fièvre typhoïde chez un porteur sain de bacilles.

La bactériologie a aussi ses imperfections : des échantillons d'eau qui, à des examens répétés, se sont montrés négatifs, peuvent devenir positifs si on y ajoute une quantité égale de bouillon nutritif et les fait séjourner à l'étuve.

Il faut tenir compte aussi de l'épuration spontanée de l'eau, qui se produit au bout d'un temps assez court, mais que diverses causes peuvent retarder, en particulier la présence dans l'eau d'éléments nutritifs pour le bacille typhique, en particulier les déchets de la prolifération de certains microorganismes, bacilles en particulier (Coli, Eberth, etc., etc...).

L'auteur en conclut que les eaux d'alimentation peuvent, par ingestion, provoquer la fièvre typhoïde ou paratyphoïde. Eaux de puits et eaux de sources s'épurent d'elles-mêmes, mais les eaux de puits demeurent plus longtemps dangereuses que les eaux de sources en raison de leur renouvellement moins rapide.

Les épidémies de fièvre typhoïde d'origine hydrique, explosives, disparaissent comme origine hydrique après trois ou quatre semaines de repos de l'eau polluée même si la pollution a été massive.

Les fièvres typhoïdes sporadiques survenant sous l'action d'une cause déprimante sont dues à un germe persistant dans le tube digestif et dont la vitalité était diminuée.

Les eaux polluées par une flore saprophyte variée sont plus dangereuses du fait de l'irritation intestinale préparante et de la survie plus longue dans leur sein des bacilles typhiques.

Il n'y a donc là aucune raison de relâcher la surveillance des eaux, bien au contraire.

R. LEVENT.

Recherches sur l'origine de l'infection dans un cas de fièvre typhoïde. J. L. BURN. (*The Lancet*, 5 février 1938.) — A l'occasion d'une fièvre typhoïde sévère observée au huitième jour et diagnostiquée avec certitude, les recherches

étiologiques habituelles sur l'origine de la contamination étaient demeurées infructueuses. Ni l'eau, ni le lait, ni les végétaux consommés crus ne pouvaient être incriminés.

Or, la veille du début de la maladie, le malade avait ingéré des coquillages achetés au marché ; mais les autres consommateurs qu'on avait pu rejoindre étaient demeurés en bonne santé, et cinq échantillons de coquillages qu'on put se procurer paraissaient inoffensifs. Ces animaux avaient été pêchés à 8 milles en mer et à 7 toises de profondeur. A leur arrivée, ils avaient subi une ébullition de 3 minutes.

Cependant, la culture de coquillages de la même espèce trouvés dans le commerce, exécutée par la méthode de Long, ne montra pas de bacilles d'Eberth, mais une quantité appréciable de coli-bacilles et d'autres microbes d'indication. La quantité constatée suffisait pour rendre ces coquillages impropres à la consommation. On apprit alors que les pêcheurs rafraîchissaient les coquillages de leur pêche par trempage dans l'eau du port, de courte durée du reste. Or ce port servait d'égout à une agglomération de quelques maisons et recevait de plus les eaux de ruissellement d'une zone assez étendue.

On remarqua en outre que des coquillages à coup sûr non dangereux pouvaient être infectés à coup sûr par un court séjour dans l'eau en question, ou par un simple lavage, et que la pollution ainsi contractée n'était en aucune façon modifiée par l'ébullition de trois minutes, qu'on avait considérée comme une garantie.

R. LEVENT.

VARIOLE

L'immunité contre la variole. David T. LOY. (*The Journal of the American Medical Association*, 27 novembre 1937.) — En 1936, Bulle et Rankin ont déterminé, parmi les 5.000 étudiants d'une université américaine, le nombre des sujets non vaccinés, qui s'élève à 33 pour 1.000 environ ; ils évaluent à 75 p. 1.000 le nombre des étudiants dépourvus de toute protection efficace contre la variole.

La même année, Collins, étudiant des milieux divers, citadins et ruraux, a montré que 70 p. 100 des adultes avaient été vaccinés ou avaient eu la variole (65 p. 100 de vaccinés). Il y a plus de vaccinés en ville qu'à la campagne.

En septembre 1936, 1.050 élèves arrivant pour commencer leurs études au Kansas State College ont été vaccinés ; 3 élèves seulement, adeptes fervents de la Christian Science, s'y sont refusés. La plupart des élèves étaient originaires de la campagne ou de petites villes.

18,4 p. 100 de ces étudiants n'avaient jamais été vaccinés et n'avaient jamais eu la variole ; 78,1 p. 100 avaient été vaccinés ou avaient eu la maladie ; 3,5 p. 100 n'avaient pas été vaccinés et avaient eu la variole.

L'examen médical après vaccination fut pratiqué par l'auteur aux deuxième, quatrième et septième jours, et permit les constatations suivantes :

Parmi les vaccinés, 26,6 p. 100, non protégés contre la variole, ont été vaccinés ou revaccinés avec succès. 34,9 p. 100 avaient des réactions accélérées (partielles, ou faibles, ou fugaces) ; ils étaient donc vraisemblablement susceptibles de contracter la maladie, mais n'auraient présenté que des formes bénignes. Ils pouvaient cependant la transmettre, et même sous une forme grave, à des sujets non immunisés.

61,5 p. 100 étaient donc susceptibles de contracter la maladie à un degré quelconque.

L'auteur insiste donc sur l'utilité de la vaccination jennérienne, plaidoyer qui n'est pas inutile en un pays où l'opinion générale est loin d'être unanime sur ce sujet.

R. LEVENT.

LIVRES NOUVEAUX

Electro-radiothérapie, par MM. L. DELHERM et A. LAQUERRIÈRE (1).

Trop de médecins ne connaissent que la thérapeutique par les médicaments, ou agents *pondérables*, que dose la balance. Ils ignorent tout des agents physiques *impondérables*, « qui n'introduisent aucun corps étranger dans l'organisme, mais lui font absorber de l'*énergie* » (d'Arsonval). Et pourtant, quels résultats ne peut-on obtenir de ces derniers, quand ils sont prescrits à propos et bien maniés ! Aussi faut-il louer sans réserves MM. L. Delherm et A. Laquerrière d'avoir eu l'idée de réunir, dans un seul et même ouvrage, toutes les notions relatives à l'électro et à la radiothérapie. Cette idée, il ne leur suffisait pas de la concevoir : il fallait encore la réaliser. Pour cela, ils se sont adressés à des collaborateurs spécialisés, confiant à chacun d'eux l'article pour lequel le désignaient le plus ses recherches antérieures. Ils ont fait le nécessaire pour éviter les écueils presque inévitables dans toute monographie un peu vaste : les répétitions et les contradictions. Ils ont su ne point pécher par omission. Ils ont tenu à ce que l'ouvrage conserve, d'un bout à l'autre, l'unité d'action indispensable. Ils ont veillé personnellement à l'ensemble et aux détails.

Le tome Ier, gros de 1081 pages, débute par un *aperçu historique*, auquel fait suite une première partie, comprenant d'abord un chapitre relatif à l'*action générale des courants électriques et des radiations sur l'organisme*. Le lecteur est, dès lors, à même de savoir comment utiliser le *courant voltaïque*, la *faradisation*, les *courants combinés*, la *franklinisation*, la *d'Arsonvalisition*, de connaître les *accidents et les dangers de l'électricité*, de compléter ses idées sur les *radiations lumineuses*, *infra-rouges*, *ultra-violettes*, sans oublier les *rayons ultra-mous*, sur les *rayons X*, sur la *Röntgenthérapie*, sur les *corps radio-actifs*, sur l'*action biologique des rayons X et des corps radio-actifs*

La seconde partie, intitulée : *Clinique électro-radiothérapique*, étudie dans un premier chapitre les *Maladies du système nerveux*, passant successivement en revue les *Généralités électro-physiologiques sur la motricité*, *l'électro-diagnostic*, la *conductibilité électrique du corps humain*, la *chronaxie*, le *traitement physique des maladies de l'encéphale*, *des affections médullaires*, *des nerfs périphériques*, *des affections musculaires*, *des troubles trophiques*, *du pithiatisme*. Un deuxième s'occupe des *affections de l'appareil locomoteur :* affections traumatiques, radiothérapie des tumeurs des os, tuberculose ostéo-articulaire. Un troisième traite des *affections des glandes endocrines*. Un quatrième concerne les *maladies dues à un trouble de la nutrition*.

Dans le tome second, qui dépasse 900 pages, sont exposés d'abord les *maladies générales de la petite enfance*, puis les *maladies de la peau*, les *affections des voies respiratoires*, les *troubles de l'appareil cardio-vasculaire*, les *maladies du sang*, les *maladies du système conjonctif et lymphatique*, les *maladies du tube digestif*, de l'*appareil génito-urinaire*, les *affections inflammatoires*, la *pathologie exotique*, les *corps étrangers*, les applications chirurgicales, l'*oto-rhino-laryngologie*, l'*oculistique*, la *stomatologie*.

Un article sur la *Législation*, dû à M. R. Boudin, termine ce livre, qu'enrichit une préface du professeur d'Arsonval, et qui, par le choix des collaborateurs, au nombre desquels nous relevons les noms de MM. Aimé, Beau, Belot, Biancani, Bourguignon, Coliez, Cottenot, Dariaux, Dausset, Desgrez, Didiée, Duhem, Gibert, Mme Laborde, MM. Ledoux-Lebard, Lepennetier, Maingot, Marquès, P. Mathieu, Nc-

(1) **2 vol. in-8, 1938. Prix : 440 fr. brochés ; 480 fr. reliés. Masson et Cie, éditeurs, Paris.**

mours-Auguste, Ponthus, Ronneaux, Solomon, Strohl, Stuhl, Thoyer-Rozat, W. Vignal, fait le plus grand honneur à l'Ecole française. Cet honneur, comment ne pas en reporter la plus grande part aux directeurs scientifiques, MM. Delherm et Laquerrière, qui, depuis quarante ans, ont voué à la physiothérapie un véritable culte, lui consacrant tous leurs instants, et ne manquant jamais, en toute circonstance, de servir sa cause avec ferveur ; aux secrétaires de la rédaction : MM. Morel-Kahn et Fischgold, qui n'ont ménagé ni leur temps, ni leurs peines pour que le *Traité d'électro-radiothérapique* touche à la perfection ; aux éditeurs, qui, malgré la crise, ont présenté ce beau livre de manière à satisfaire les plus exigeants ?

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 9 mai. — Jury : MM. Grégoire, président ; Lévy-Solal, Ombrédanne, Leveuf. — M. CORNICHET. Volvulus partiel itératif du grêle survenu neuf ans après un premier accident traité par résection intestinale. — M. PECHARD. Contribution à l'étude de l'hydramnios aiguë. — M. BAILLY. Contribution à l'étude de la pathogénie du syndrome dit paralysie obstétricale du membre supérieur.

Mardi 10 mai. — Jury : MM. Lemaître, président ; Mocquot, Brocq, Renard. — M. ROSENSTECH. L'ablation de l'amygdale opposée au cours de l'amygdalectomie à chaud par phlegmon périamygdalien unilatéral. — M. VIALARD. Infection focale. Sinusite et iritis. — M. MAYONADE. Des pelvi-péritonites d'origine génitale chez la femme.

— Jury : MM. Tanon, président ; Coste, Gastinel, Joannon. — M. BASSÉ-PARTON. Le problème du taudis. — M. BRIANT. La propreté des aliments. Son intérêt dans la prophylaxie des intoxications alimentaires à formes gastro-intestinales. — M. CHABAUD. Données biologiques sur la puce pestigène xenopsylla cheopis et les espèces affines : xenopsylla astia et xenopsylla brasiliensis. — M. CHATZKELSON. La géographie médicale de la Lettonie. — M. DAUNIS. Du danger des matières fécales des armées. — M. FAURE-MURET. Etude sur l'hygiène scolaire rurale. — M. GRIGORESCO. De l'ozonothérapie. (Application dans les suppuration mastoïdiennes chroniques après intervention chirurgicale à l'hôpital Beaujon-Clichy.) — Mlle SICARD. Contribution à l'étude de la qualité du pain au point de vue de l'hygiène.

Mercredi 11 mai. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Lemierre, de Gennes, Sézary. — M. CARROIS. Contribution à l'étude de l'angiomatose hémorragique familiale (maladie de Renau-Osler), à propos d'un cas compliqué d'hépatite graisseuse terminale. — M. BENALIOUA. La tuberculose de la conjonctivite. — M. CHOLODENKO. Etat actuel de la chimiothérapie antibactérienne par certains composés benzéniques soufrés. — M. GHARIB. L'apnée du nourrisson. — M. NEGREANU. Les intolérances rénales.

Jeudi 12 mai. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Carnot, Gayet, Mollaret. — M. BOURGIN. La maladie de Langdon-Down ou les problèmes du mongolisme. — M. LOUIS. Les pyo-scléroses pulmonaires pneumococciques du lobe supérieur droit.

Vendredi 13 mai. — Jury : MM. Tiffeneau, président ; Abrami, Loeper, Donzelot. — M. GORDOWSKI. Etude comparative de la résorption du para-amino-phényl-sulfamide ou 1162 Fourneau, et de son élimination après administration par voie buccale et par voie rectale. — M. ROUSSEAU. Pneumothorax spontanés au cours des pneumopathies aiguës non tuberculeuses de l'adulte. — M. PONPON. Contribution au traitement de l'énurésie. Essai du cinnamate de lithium. — M. VIGNAL. Polynévrites et terrain.

Samedi 14 mai. — Jury : MM. Cunéo, président ; Jeannin, Fey, Moulonguet. — M. BARRÉ. Contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique Steinach n° 2 et électrocoagulation. — M. BOUTIN. Contribution à l'étude des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux. — M. REVEL. De l'emploi des sels de calcium en thérapeutique digestive.

THESES VETERINAIRES

Lundi 9 *mai.* — Jury : MM. Lemierre, président ; Lesbouyriès, Panisset, Robin. — M. Aghssa. Méthodes de l'immunisation antiaphteuse. — M. Dorbec. Substances stimulantes et adjuvantes dans l'immunisation des chiens contre la maladie de Carré. — M. Faucheux. Dysenterie des agneaux. — M. Petit. Cuti-immunité et cuti-vaccination dans les espèces animales.

NOTES POUR L'INTERNAT

ŒDÈME AIGU DU POUMON (1)

FORMES CLINIQUES

Le type aigu d'œdème pulmonaire, tel qu'il vient d'être décrit, est habituellement le plus fréquent.

Cependant, il faut signaler la possibilité :

1. *De formes suraiguës :* où le malade succombe, une spume rosée aux lèvres : ces formes posent alors le diagnostic médico-légal de mort subite.

2. *De formes bronchoplégiques d'emblée* (Huchard), avec :

Cyanose externe,

Syndrome d'asphyxie suraigu,

Expectoration rapidement tarie,

T. A. d'emblée effondrée.

Tout traitement s'y montre inopérant.

3. A l'inverse : *des formes à évolution plus lente, subaiguës*, qui se voient surtout chez les malades porteurs d'une *sclérose pulmonaire ancienne.*

Ces formes atténuées réalisent la transition entre l'œdème pulmonaire aigu franc et certaines manifestations voisines par leur symptomatologie, asthme cardiaque ou urémique par exemple.

Elles se manifestent en général par la succession de crises se renouvelant plusieurs nuits consécutives, et, aussi frustes soient-elles, leur nature œdémateuse est néanmoins affirmée :

— Par les caractères de l'expectoration (réduite à quelques crachats mousseux et rosés),

— Par la constatation de râles fins dans l'étendue des deux champs pulmonaires.

D'ailleurs, ultérieurement :

Tantôt on observe peu à peu l'installation de la grande I. V. G.,

Tantôt apparaît une crise d'œdème aigu franc,

— qui viennent confirmer le diagnostic.

C'est dans ces formes atténuées qu'il est assez fréquent de noter *une légère infection de l'œdème*, passagère — mais que traduit un clocher thermique durant deux ou trois jours.

4. *Les formes localisées* ne rentrent dans le cadre de l'O.A.P. qu'à titre d'accident prémonitoire d'une forme plus grave.

Il s'agit dans ce cas d'une *congestion œdémateuse localisée*, soulevant des problèmes diagnostiques difficiles, car souvent réduite à un foyer de râles sous-crépitants dans une région apicale ou dans l'aisselle.

Là encore, les caractères de l'expectoration doivent attirer l attention.

5. On a enfin récemment décrit (Bezançon et Jacquelin) *une forme hémoptoïque* de l'O.A.P., caractérisée par l'apparition brutale d'une *hémoptysie* à laquelle s'associe un peu de sérosité mousseuse.

Cette forme constituerait la transition entre l'O.A.P. et les hémoptysies vaso-motrices pures.

FORMES ETIOLOGIQUES

Elles sont nombreuses — et prouvent, par la diversité de leur nature, combien est complexe la pathogénie de l'O.A.P.

I. — *Les O.A.P. de causes cardio-vasculaires*

A. L'O.A.P. décrit est celui de l'*hypertension.*

Cette hypertension peut être :

Pure,

Ou *associée :*

A une néphrite chronique, et dans ce cas le dosage d'urée pratiqué le lendemain de la crise montre un chiffre élevé ;

A une néphrite aiguë (scarlatine) ;

A une aortite — et il importe ici de distinguer :

L'aortite du sujet jeune, syphilitique.

L'apparition de l'O.A.P. prouve une *grosse atteinte myocardique*, c'est dire l'importance de son pronostic ;

De l'aortite de l'athéromateux,

— Associée à une polysclérose artérielle,

— Où le pronostic est autant rénal que cardiaque (réserve faite de l'évolution propre de l'O.A.P.).

B. *Mais l'O.A.P. peut se voir encore :*

— *Au cours des myocardites*, qu'elles soient *toxiques* ou *infectieuses* (typhoïde, diphtérie) ;

— *Dans l'infarctus du myocarde ;* l'O.A.P. peut en effet accompagner le syndrome si dramatique déjà par lui-même de l'angor aigu coronarien fébrile ;

— *Au cours du rétrécissement mitral :*

— Chez des femmes jeunes,

— Exceptionnellement chez des sujets asystoliques,

— En règle compliquant les cas où l'insuffisance cardiaque est légère, où le rythme cardiaque est encore régulier (Gallavardin).

Il peut être aussi brutal et intense que l'O.A.P. des aortiques : *chez la femme enceinte* en particulier, où il prend place parmi les accidents gravido-cardiaques qu'une surveillance attentive de la femme devrait éviter.

Plus souvent, il a une forme légère, réduite à une crise passagère d'étouffement avec quelques crachats mousseux et roses, qu'il faut savoir distinguer de l'infarctus pulmonaire.

II. *Les O.A.P. de causes infectieuses*

Se présentent sous deux aspects cliniques :

1. *Soit des crises aiguës*, comparables à celles de l'I.V.C., réalisées surtout par l'*infection pneumococcique.*

— O.A.P. compliquant une pneumonie jusque-là banale (chez les hypertendus surtout).

— O.A.P. isolé, véritable « équivalent pneumonique », aux pneumocoques abondants dans l'expectoration.

— O.A.P. signe de début d'une pneumococcémie.

Surtout : O.A.P. grippal, toujours extrêmement grave :

Parfois *bronchoplégique d'emblée* (épidémie de 1918) ;

Parfois plus typique, mais franchement *hémoptoïque*, compliquant dans la règle une *pneumonie grippale*, et mortel malgré le traitement.

2. Beaucoup plus souvent, l'infection détermine une *forme atténuée* d'œdème pulmonaire, qu'il est habituel de rencontrer au cours de la *grippe*, de la *typhoïde* — même de la *tuberculose pulmonaire*, comme complication d'une lésion préexistante.

Le tableau clinique se réduit à :

— Un point de côté avec dyspnée modérée.

— Mais une expectoration abondante, mousseuse, séreuse, où l albumino-réaction de Roger est positive, et riche en éléments microbiens.

(A suivre.) G. LE SUEUR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 36, du 4 mai 1938, p. 581.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

RÉPARTITION DES SERVICES HOSPITALIERS

N° 39. — SAMEDI 14 MAI 1938. 111e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

AVIS

La répartition des services hospitaliers, que nous donnons aujourd'hui, sera suivie, comme de coutume, d'un index alphabétique.

Cet index paraîtra dans un prochain numéro. Nous prions nos lecteurs d'excuser ce retard, rendu inévitable par les conditions actuelles de travail dans les imprimeries.

— Les noms laissés en blanc correspondent à des postes non encore officiellement pourvus au moment de notre mise sous presse.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux :* épreuves de nomination. — Séances du 5 mai 1938, à l'Hôtel-Dieu. — 1re épreuve clinique : MM. les docteurs Aboulker, 12 ; Cordier, 17 ; Padovani, 17 ; Longuet, 16 ; Mouchet, 20 ; Hepp, 19.

Epreuves de nomination : médecine opératoire. — MM. les docteurs : Hepp, 28 ; Padovani, 27 ; Cordier, 21 ; Aboulker, 22 ; Mouchet, 28 ; Longuet, 23.

Opérations à exécuter : Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter.

— Désarticulation du poignet.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée, à titre posthume, à M. le docteur Bergier (Ferdinand), médecin de service de la Santé publique à Marrakech (Maroc), décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Marine. — Le *Journal officiel* du 26 avril 1938 publie un avis relatif au concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de Médecine navale.

Ministère de la Santé publique. — L'emploi de directeur de la Santé du port de Dunkerque, chargé de la direction de la 1re circonscription sanitaire maritime, est déclaré vacant. (*J. off.*, 8 mai 1938, p. 5256.)

Ligue française contre le cancer. — L'assemblée générale annuelle de la Ligue aura lieu le mardi 17 mai 1938, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle du Conseil, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique.

M. Antoine Béclère fera une conférence sur *les progrès dans le traitement du cancer.*

Mémorial de Franklin. — M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut, s'est embarqué sur la « Normandie ». Il va représenter l'Académie des Sciences à la cérémonie qui aura lieu à Philadelphie, à la mémoire de Franklin.

Société Française de cardiologie. — L'assemblée générale annuelle de la Société française de cardiologie se tiendra le 15 mai, à 11 h. 1/4, après la séance ordinaire.

Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix annuel de 10.000 francs décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne, à un travailleur indépendant de nationalité française, dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de décembre 1938.

Les mémoires inédits non encore récompensés (dactylographiés en double exemplaire) devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (8e), avant le 1er octobre 1938.

Le Jubilé du professeur Bruno Galli-Valerio. — La *Revue médicale de la Suisse romande* rend compte (25 avril) de la cérémonie qui vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Lausanne en l'honneur du professeur Bruno Galli-Valerio. Depuis 1897, le grand savant occupe la chaire de bactériologie, de parasitologie et d'hygiène, après avoir enseigné à l'Université de Parme.

A l'occasion du 80e semestre de son enseignement, il lui a été remis une médaille d'or, en présence du conseiller d'Etat Perret, chef du département de l'Instruction publique. Autour du Recteur de l'Université étaient groupés les représentants des Universités suisses. L'Université de Lyon était représentée par M. le professeur Rochaix.

Société médicale de l'Opéra. — Le 19 mai 1938, à 21 heures, la Société médicale de l'Opéra tiendra une séance spéciale consacrée aux *assurances sociales*, sous la présidence d'honneur de M. L. Bauzin, conseiller d'Etat.

Programme : 1° Allocution de M. le professeur Laignel-Lavastine, Président de la Société médicale de l'Opéra.

2° M. Martin, Directeur de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise : *Les Caisses d'assurances sociales et le praticien libre.*

3° M. le docteur Heim de Balsac : *Le Praticien libre et les Caisses d'assurances sociales.*

4° M. L. Bauzin, conseiller d'Etat : *Nécessité sociale du bon accord : Médecins-Caisses.*

Les confrères pourront se procurer des invitations auprès du docteur Grimberg, trésorier, 74, rue Blanche.

Avis de concours. — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé (ne faisant pas de clientèle) chargé d'assurer le service des dispensaires antituberculeux du Comité du Cher d'Alliance d'Hygiène sociale, est actuellement ouvert.

Les conditions de participation à ce concours, de nomination et de rémunération, sont celles prévues au règlement intérieur des dispensaires antituberculeux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 31 mai 1938.

COURS ET CONFÉRENCES

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire et les suppurations bronchiques pulmonaires et pleurales, sous les auspices du Musée Letulle, aura lieu à l'hôpital Boucicaut, à partir du 4 juin, sous la direction de M. le professeur honoraire Emile Sergent. Pour le programme, consulter les affiches. Inscriptions au Musée Letulle, à l'hôpital Boucicaut.

Laboratoire Lemonnier (Ecole pratique, escalier C). — Une série de douze démonstrations d'anatomie pathologique sera faite par MM. Macaigne, agrégé, et Nicaud, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire de l'hôpital Lariboisière, tous les jours à 2 heures, à partir du lundi 23 mai 1938.

Cours gratuit. — S'inscrire chez le concierge de l'Ecole pratique.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (prof. F. Rathery). — Lundi 16 mai, 9 h. : M. Bargeton : Leçon de séméiologie pulmonaire.

Mardi 17 mai. — 9 h. : M. Sallet : Leçon de séméiologie cardio-vasculaire. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 18 mai. — 9 h. : M. Mande : Leçon de séméiologie nerveuse. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 19 mai. — 9 h. : M. de Traverse : Leçon de chimie biologique. — 10 h. 30 : M. Rathery : Leçon clinique : Néphrose lipoïdique ou néphrite avec syndrome lipido-protidique (projections).

Vendredi 20 mai. — 9 h. : M. Bachman : Leçon de séméiologie digestive. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée. — M. F. Rathery : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 21 mai. — 9 h. : M. J. Ferroir : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Dimanche 22 mai. — 10 h. 30 : M. G. Faroy : Conférence sur les thérapeutiques nouvelles : Traitement des diarrhées par troubles fonctionnels.

NÉCROLOGIE

— M. Casimir Saqui, à Paris.

— M. Paul Le Dieu, à Paris.

— M. René Voisin, externe des hôpitaux de Marseille.

— M. Paul Forton, ancien chef de clinique à la Faculté de Bordeaux.

— M. Amédée Carry, doyen des anciens internes des hôpitaux de Lyon.

Administration Générale de l'Assistance publique à Paris

Sous-Direction des hôpitaux et hospices.
Service de l'exploitation

Le vendredi 10 juin 1938, à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le 2e semestre 1938.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au vendredi 27 mai 1938. 1051

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES ASSISTANTS
DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1938 1939

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Rambert, Bensaude, Mallarmé, Baumgartner ; chefs de laboratoire : MM. Deval, Coquin, Lavergne, Dioclès, Cachera, Dognon, May ; moniteurs : MM. Lagarenne, Delherm ; internes : MM. Claisse (R.), L'Hironsel (J.) ; externes : M. Alloiteau (Y.), Mlles Nouflard, Bourget, MM. Bergeron, Medvedeff, Scherrer (J.), Mlle Ravet, M. Mintz, Mlles Chaillet, Chevallier (J.), Benezit, Allary.

2. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormand (Jacques) ; interne : M. Camus (Pierre) ; externes : MM. Hagege (A.), Sebaz, Talpin (J.), Berveiller (A.), Lévy (Michel).

3. Médecin : M. Baudouin ; assistant : M. Azerad (Elie) ; interne : M. Welti (Jean) ; externes : M. Piard (A.), Mlles Caussé (G.), Tostivint (H.), M. Brochemin (R.), Mlle Schweisguth.

4. Médecin : M. Lévy-Valensi ; assistant : M. de Sèze ; interne : Mme Teyssier ; externes : Mme Schermann, MM. Diengott (D.), Momon (R.), Mlle Moreau (J.), MM. Maugeais (J.), Duchene (H.).

5. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Merklen ; interne : M. Pequignot (H.) ; externes : MM. Sinaud (F.), Hallot-Boyer, Dausset (J.-B.), Wachtel (L.), Sapir (M.), Mlle Gavrilenko.

6. Chirurgien : M. le prof. Cunéo ; assistants : MM. Bloch (Jacques), Sénèque ; chefs de clinique : MM. Beuzart, Varangot, Zagdoun, Adrianopoulos (à titre étranger), Jomain, Milhit ; chef de laboratoire : M. Peyel ; internes : MM. Vionnet, Le Roy (F.), Denoix ; (en surnombre, à titre étranger) : M. Placa ; externes : MM. Ceccaldi (F.), Feffer (J.), Gosset (J.), Bellot (L.), Couade, Blintzowsky, Delanoé (C.), Calloc'h de Kérillis, Mlle Dutilh (Marie), MM. Arnaud (L.), Dessons (E.), Bismuth, Weissmann (Jean), Seibel (H.), Mendras (P.), Bidault des Chaumes.

7. Ophtalmologie : Médecin : M. le prof. Terrien ; assistant : M. Blum (Jean) ; assistants de consultation : Mme Vallon, M. Guillaumat, Mlle Seidel ; chef de laboratoire : M. Hudelot ; moniteurs : MM. Vatron, Lecrom ; préparateur ; M. Kisslewky ; chefs de clinique : MM. Halbron, Voisin ; Adjoint : M. ; internes : Mlle Hufnagel, M. Tetreau ; externes : Mlles Perol (M.), Maureil-Deschamps, Faure ; MM. Ferrier (P.), Joly (J.), Zarrabi-Massoud, Moncany.

8. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : M. Digonnet (L.) ; internes : MM. Audry, Vermenouze ; externes : MM. Reblin (J.), Le Bihan (R.), Geffriaud, Seillier (J.), Ulmann (R.).

9. *Consultation :* Médecin : M. Gutmann ; assistant : M. Beaugeard ; externe en premier : M. Rognon ; externes : MM. Philippe-Braillon, Bardon (G.), Aritzia (R.), Mlle Ancel.

10. *Consultation (Chirurgie)* : M. Cahen ; assistant : M. Roux (Marcel) ; externes : MM. Pellet (M.), Sarfati (E.), Forney (Ch.).

11. *Consultation de stomatologie :* M. Béliard ; assistant : Mme Cernéa ; adjoint : M. Lebourg ; externes : M. Kamratt (Boris), él. f. f.; Mlle Glunt (él. f. f.).

12. *Electro-radiologie :* chef du service central : M. Lagarenne ; chef adjoint : M. Dioclès (f. f.).

13. *Hydrothérapie et Thermothérapie :* chef de laboratoire : M. Duhem ; chef adjoint : M. Moro (Jean (f. f.) ; assistant : M. Monmignaut ; externe : Mlle Szezesnakowski.

14. *Service de Physiothérapie :* chef de laboratoire : M. Duhem ; assistant : M. Monmignaut.

B. LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; chefs de clinique : MM. Bachmann, Sallet, Ferroir, Bargeton ; chefs de laboratoire : MM. Doubrow, de Traverse ; internes : MM. Mande (R.), Maschas (à titre étranger) ; externes :Mlle Doumic (A.), Mlle Mattei (M.), MM. Mathias (J.-B.), Decormeille, Jomier (F.), Delcambre (R.), Ruel (H.).

2. Médecin : M. le prof. Clerc ; chefs de clinique : MM. Sterne, André, Macrez, Delamare ; chefs de labor. : M. Paris, Mlle Gauthier-Villars ; interne : M. Soullard (J.) ; externes : MM. Hervet (E.). Hérard (J.), Martin (P.), Cartin (F.), Pierart (A.), Sissmann (M.), Chavarot (G.).

3. Médecin : M. Laignel-Lavastine ; assistant M. Gallot ; internes : MM. Paugam (P.), Cochemé (R.) ; externes : MM. Lebel (J.), Perel, Jouve (E.), Follin-Swan, Palacci (V.), Fouks (L.), Pastier (J.), Mlle Chaminadas.

4. Médecin M. Aubertin ; assistant : M. Lévy (Robert) ; interne : Mme Hector ; externes : MM. Buchenaud (J.), Graveron (M.), Berrier (E.), Bernager (A.), Petit (J.), Le Naour (J.).

5. Médecin : M. Vincent ; assistants : MM. Puech, David, Klein ; internes : MM. Droguet (P.), Tardieu (G.), Lafon (J.) ; externes : MM. Hoesli (H.), Marrero (F.), Roulin (M.), Libert (R.), Mlles Desclaux (G.), Arditti (G.), M. Pouret (H.)

6. Médecin : M. Harvier ; assistants : MM. Lévy (Robert), Aubertin, de Brun du Bois Noir ; interne : M. Meyer (J.) ; externes : Mlle Meugé (Y.), MM. Roux (J.), Camus (J.-L.), Daguet (J.), Dupas (A.), Hartmann (J.), Catalogne (A.).

7. Chirurgien : M. Küss ; assistant : M. Banzet ; internes : MM. Robert (J.), Deguillaume, Chalochet ; externes : MM. Basdevant (M.), Delalieu (J.-M.), Giordano-Orsoni, Tanzy, Roume (J.), Mlle Thierry (J.), MM. Robert (H.), Chatellier (X.).

8. Chirurgien M. Chevrier ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Bret (J.), Joly (A.), Bergeron (L.) ; externes : Mlle Mossel (G.), MM. Voitot (J.), Champeix (J.), Doutrieux (J.), Melun (G.), Brillaut (G.), Dukermann, Brunet (A.).

9. Chirurgien : M. Desplas ; assistant : M. ; internes : MM. Pertus (J.), Cordebar (J.), Reignier (J.) ; externes : MM. Gorge (G.), Jaoui (W.), Tenembaum (A.), Cohen (G.), René (L.), Bangalter (L.), Ulmann (Jacques), Pichon (R.).

10. Accoucheur : M. Cleisz ; interne : M. Raymondeau (Michel) ; externe en premier : M. Baudon ; externes : M. Clamageran (J.), Mlles Sauvé (C.), Camilleri (L.), MM. Masmonteil (H.), Bertrand (V.).

11. *Consultation (Médecine) :* M. Escalier ; assistant : M. Bourgeois (Jean) ; externe en premier : M. Bourgine ; externes : MM. Lallemand (J.), Coulon (M.), Poggioli (V.).

12. *(Chirurgie) :* M. Bernard ; assistant : M. Blondin (Marcel) ; externes : MM. Beyer (H.), Gouault (Ch.), Zyngennann (H.).

13. *Oto-rhino-larynoglogie :* M. Ramadier ; assistant titulaire : M. Maspétiol ; assistants de consultations : MM. Eyriès, Baron ; interne M. Hofmann (S.) ; externes : MM. Chareire (F.), Jaupitre (J.), Mathieu (Cl.), Baudouin (J.), Aurégan (H.).

14. *Ophtalmologie :* ophtalmologiste . M. Cerise ; assistant : Mlle Kaz ; assistant de consultation : M. Desprès ; interne : M. Bertrand ; externes : MM. Ancelin (A.), Harmel (L.).

15. *Consultation de stomatologie :* stomatologiste : M. Bozo ; assistant : M. Mesnard ; adjoint : M. Chatellier ; externes : MM. Collin, Guezennu, élèves f. f.

16. *Electro-radiologie :* chef du service central : M. Delherm ; chefs-adjoints : MM. Morel-Kahn, Devois ; interne : M. Rouzaud ; assistants : MM. Codet (Pierre), Bernard (Jacques), Fischgold (Herman), Strouzer, Chenot, Lefebvre (Jacques) ; externes : MM. Mion (R.), Grinberg (S.).

C. SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Lœper ; chefs de clinique : MM. Bioy, Netter, Perreau, Mmes Loewe-Lyon, Brouet ; chef de laboratoire : MM. Lesure, Perrault (Marcel), Duchon, Cottet ; internes MM. Vignalou, Ledoux-Lebard ; externes : MM. Béjoux (R.), Flandin (F.), Mlle Sikorav (L.), MM. Pergola (F.), Lesure (J.), Staub (M.), Mlle Denis (M.).

2. Service des tuberculeux : médecin : M. Jacob ; interne : M. Cuvereaux ; externes : MM. Guidicelli, Coudurier.

3. Centre de triage : médecin : M. Jacob ; externe M. Deniziaux.

4. Médecin : M. Cain ; assistant : M. Cattan ; interne : M. Arnout (J.) ; externes : MM. Chauvin (J.), Schapiro (R.), Biro (J.), Berthet (G.), Reynaud (J.).

5. Médecin : M. Pagniez ; assistant : M. Plichet ; interne : Mlle Eyraud (G.) ; externes : MM. Peiffert (J.), Perraudin (Ch.), Bourdon (R.), Frinault (G.), Goerens (J.).

6. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Cahen (Robert) ; interne : Mlle Montalant (P.) ; externes : MM. Brandon (M.), Coriat (L.), Souffrin, Denis (Jean), Boulay (André).

7. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Busson (André) ; interne : M. Blanchard (J.) ; externes : MM. Cœuillez (A.), Boismoreau (P.), Michon (J.), Noal (P.), Tronc (M.).

8. Médecin : M. N.-P. Weill ; assistant : M. Oumansky ; interne : M. Molinéry ; externes : MM. Cousin (R.), Theiler (R.), Millet (R.), Duhamel (M.), Nalpas (Pierre).

9. Médecin : M. Jacob ; assistants : Mlle Scherrer, M. Meyer (Charles) ; assistant pour pneumothorax : M. Brocard ; interne : M. Cuvereaux (M.) ; externes : MM. Giudicelli, Dumas (P.), Attuil (L.), Coudurier (V.).

10. Médecin : M. Boulin ; assistant : M. Uhry ; interne : M. Bour (H.) ; externes : Mlles Colombe (G.), Wetzlar (A.), MM. de Chirac, Daniel (D.).

11. Chirurgien : M. le prof. Grégoire ; assistant : M. Michon ; chefs de clinique : MM. Rodier, Delinotte ; chef de laboratoire : M. Desmonts ; internes : MM. Tissot (J.), Simon (G.), Ollier (J.) ; externes : MM. Delanoé (G.), Duizend (M.), Bonnier (P.), Cresson (H.), Gomez (F.), Périer (R.), Combet (G.), Legendre (R.).

12. Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : M. Reinhold ; internes : MM. Debouvry (J.), Nordmann (R.), Champeau (étranger en surnombre) : M. Rochlin ; externes : M. Duvillé (R.), Mlle Berthon (J.), MM. Massebœuf (A.), Chapuis (J.), Hoffmann (G.), Barrois (J.), Mlle Pannetier (G.).

13. *Oto-rhino-laryngologie*. M. Halphen ; assistants : MM. Bérard (Fernand), Pasqualini ; assistants de consultation : MM. Buneau, Wisner ; interne : M. Feld ; externes : MM. Schilte (P.), Loubrieu (J.), Jancu (B.), Barbet (E.), Younès (A.).

14. Accoucheur : M. le prof. Lévy-Solal ; assistant : M. Sureau ; chefs de clinique : MM. Grasset (J.), Delorme (M.); chef de labor. : M. Minvielle ; internes : MM. Saks, Morin (P.) ; externes : MM. Metzger, Reynès (P.), Gorny (M.), Lux (H.), Philippe (Bernard).

15. *Consultation (Médecine)*. M. Boltanski ; assistant : M. Lachter-Pachter ; externe en premier : M. Lichnewsky ; externes : MM. Depinay (P.), Duchène (J.), Desjeux (H.), Frankfurt.

16. *(Chirurgie)*. M. Braine ; assistant : M. Maximin (R.) ; externes : MM. Saint-Hélier, Connat (M.), Goury (Ch.), Jacquelin (P.).

17. *Ophtalmologie*. M. Velter ; assistants : MM. Desvignes (Pierre), Joseph (Etienne) ; interne : M. Bregeat ; externes : MM. Roby (J.), Prudhommeau (P.), Vachon (H.).

18. *Consultation de Stomatologie*. Stomatologiste : M. Thibault ; adjoint : M. Lacaisse ; assistant : M. Normand ; externe : M. Gay (P.).

19. *Electro-radiologie*. Chef du Service central : M. Solomon ; chefs adjoints : MM. Ordioni, Busy (Jacques) ; interne : M. Lœper ; assistants : Mme de Bermann, MM. Guillaumont, Clénet ; externes : MM. Sauvegrain (J.), Lévy (Jacob).

D. Necker. — 1. Médecin : M. Laederich ; assistant : M. Worms ; interne M. Teyssier (L.) ; externes : MM. Maury (B.), Reverdiau (J.), Marachi-Champsedine ; Baudy, Léger (M.).

2. Médecin : M. Fiessinger ; assistant M. Albeaux ; interne M. Tiffeneau (R.) ; externes . MM. Toupet (A.), Stevenin (L.), Mlles Marcille, Bareillier-Fouché.

3. Médecin : M. Binet ; assistant : M. Kaplan ; interne : M. Lacorne (J.) ; externes : MM. Duval (R.), Bouttier, Sauzède (Cl.), Szryro (M.), Wolmann (Elie).

4. Médecin : M. Jacquelin ; assistant : M. Kaplan ; interne : Mme Cans ; externes : MM. Lemoine (A.), Caillod (J.), Tolla (R.), Douay (Ch.).

5. Chirurgien : M. le prof. Marion ; assistant : M. Fey ; chefs de clinique : MM. Martin, Malgras ; adjoint : M. Viala ; chefs de laboratoire : MM. Chabanier, Colombert, Mlle Kogan, M. Truchot ; internes : MM. Bonamy (M.), Derieux ; externes : MM. Bolivar (J.), Lévy (Jean), Corbineau (H.), Vasquez (J.), Fonteix (P.), Amirian (A.), Camus (P.-N.), Lefèvre (G.), Monié (J.), Devaulx (J.).

6. Chirurgien : M. Berger (J.) ; assistant : M. ; internes : MM. Musset (R.), Castany, Ebstein ; externes : MM. Denizet (P.), Rey (Jean), Perrin (A.), Mlles Bernard (A.), Canat (J.), MM. Ponson (L.), Wolk (E.).

7. *Consultation (Médecine) :* M. Lambling ; assistant : M. Thomas ; externe en premier : Mlle Corre ; externes : MM. Picot (H.), Simon (G.), Legrand (R.).

8. *(Chirurgie) :* M. Quénu ; assistant : M. Fayot (Robert) ; externes : Mlle Descroix (G.), Ossanbou (C.).

9. *Consultation de Stomatologie :* stomatologiste : M. Gornouec ; adjoint : M. Marie ; externes : MM. Pinot, Bertrand (Charles).

10. *Electro-radiologie :* chef du service central : M. Gilson ; adjoint : Mme Baude (f. f.) ; assistants : MM. Bernard (Paul), Lamy (Alfred) ; externes : MM. Alpérine, Coste.

11. *Clinique des voies urinaires :* M. le prof. Marion.

12. *Centre anti-cancéreux :* M. Berger.

E. Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt ; adjoint : Mlle Morel ; chefs de clinique : MM. Brisset, Hurez, Tilitchef (à titre étranger) ; chef de laboratoire : M. Pretet ; moniteurs : M. Brouet, Mme Laroche. *(Diphtérie) :* Mmes Laffaille, Landowska ; interne : M. Ortholon (J.); externes : Mlles de Robert (Y.), Fillon, Verron (R.), Kaplan (O.), Germain (M.), Albulesco, Puget.

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistant : M. Klotz (Boris) ; interne : M. Duret (Marc) ; externes : Mlles Tomachopelsky, Lagroua, Berlinsku, Mme Aupinel, M. Taïeb (M.).

3. Crèche ancienne et nouvelle: M. Weill-Hallé ; externe en premier : Mlle Meunier.

4. Médecin : M. Armand-Delille ; assistant : M. Lestocquoy ; interne : M. Inbona ; externes : MM. Haquin (Ch.), Colba (A.), Galimard, Brill (M.), Charuel, Vaissié (A.).

5. *Sélection :* interne : Mme Logeais-Barnaud ; externe en premier : M. Jousselnet.

6. Médecin : M. Darré ; assistant : Mme Zagdoun ; interne : Mlle Œhmichen ; externes : Mme de Blanville, MM. Chabasseur, Girod, Pestel, Mlle Pauliac (M.), M. Mage (J.).

7. Médecin : M. Tixier ; assistant : M. Eck ; interne : M. Boyé (P.) ; externes : Mlles Saulnier, Dehennot (A.), M. Wibrotte (J.), Mlle Mottez (M.), M. Chevillotte (G.), Mlle Sibarelli (M.), M. Bertho (J.).

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne ; assistants : MM. Fèvre et Lance (M.) ; chef de clinique : M. Judet ; chef adjoint : M. Sterin ; chefs de laboratoire : M. Girons (S.) ; préparateur : Mme Rémond ; moniteur : M. Dermer ; internes : MM. Faugeron (P.), Arviset (A.), (à titre étranger en surnombre) M. Samain ; externes : Mlle Cahour (M.), MM. Dicesco (Th.), Badin (J.), Mlle Redonnet (M.), M. Bour (P.), Mlle Plumenail (J.), MM. Gandar (M.), Perdrizet (J.).

9. *Service médical d'Antony :* M. le prof. Ombrédanne ; assistants : MM. Baudrand, Bron ; externe en premier, M. Ronsin.

10. Chirurgien : M. Bergeret ; assistant : M. ; internes : MM. Vincent (M.), Azoulay (Ch.) ; externes : MM. Debost (M.), Gerbaux (A.), Koupernick, Lenormand (E.), Golfand (R.).

11. *Ophtalmologie*. Ophtalmologiste : M. Monbrun ; assistant : M. Jourdy ; assistants de consultation : MM. Ducroix, Briquet ; interne : Mlle Grumbach ; externes : MM. Tillet (Th.), Céleste (Y.), Richard (H.), Lauga (P.).

12. *Oto-rhino-laryngologie :* M. Le Mée ; assistants : MM. Richier, Zhâ ; assistant de consultation : M. Vaidié ; internes : MM. Lajouanine (P.), Breton ; externes : Mlle Dunand ; MM. Falk, Filippi (P.), Pouponneau (R.), Zepfell (E.), Mlle de Lanessan (P.), MM. Tran-Huu-Tuoc, Dominguez y Gonzalez.

13. *Electro-radiologie.* Chef du service central : M. Thibonneau ; adjoint : M. Defrance ; assistants : MM. ; externes : Mlle Seilinger (H.), M. Wapler (E.).

14. *Service temporaire contagieux pour enfants* (*Pavillon Maria-Richard*) : médecin : M. Tixier ; externes : Mme Bénétaud-Girardot, Mlle Danon.

15. *Service temporaire Poliomyélite* : M. le prof. Nobécourt ; externe en premier : M. Lacombe ; externes : Mlle Raub (A.), M. Dogué (J.).

F. COCHIN. — 1. Médecin : M. le prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Antonelli, Olivier, Sambron, Ménétrel, Liviératos (à titre étranger) ; chef de laboratoire : MM. Busy, Gallais, Thierry, Baudolot ; internes : MM. Chenebault (J.), Fauvet (J.), Dreyfus (B.) ; externes : MM. Szpidbaum, Guichard (R.), Coujaret (J.), Sébillotte (Louis), Canivet (J.), Bahri, Mlle Mirabail (O.), MM. Chateau (R.), Maurice (P.), Thévenin (P.), Mlle Roissard de Bellet, M. Orfali (J.), Mlle Dupont (E.).

2. Médecin : M. Pinard ; assistant : Mlle Corbillon ; chef de laboratoire : M. Giraud ; internes : Mlle Aubin (H.), Cornet (A.) ; externes : Mme Comte (A.), MM. Dubois (G.), Lacrosaz (M.), Nebout (J.) ; Mlle Alhinc (O.), M. Leroy (R.).

3. *Service de Malariathérapie.* Médecin : M. Pinard ; externes MM. Pinasseau (R.), Aublin (J.).

4. Médecin : M. Ameuille ; assistants : MM. Kudelski, Hinault, Lejars, Lemoine ; interne : M. Boulenger (P.) ; externes : MM. Iagello (G.), Salgé (M.), Lachovsky (A.), Sebillotte (Camille), Taïeb (Jacques), Mlle Loiseau (M.).

5. *Service du dispensaire.* Interne : M. Villanova ; externes : MM. Solal (G.), Baussan (Pierre), Joly (Jean), Monprofit (J.).

6. *Service temporaire tuberculeux.* Interne : M. Bellin (André) ; externes : MM. Gauther (Ray), Aslanian (D.), Lacaze (H.).

7. *Pavillon tuberculeux (femmes).* Médecin : M. Pinard ; externes : MM. Renard (P.), Caballero (R.).

8. Médecin : M. Chevallier ; assistant : M. Colin (f. f.) ; chef de laboratoire : M. ; interne : M. Brumpt (Lucien) ; externes : Mlles Martin de Guimard, Jeanperrin (Ch.), MM. Lévy (J.-E.), Eman-Zadé (Ernest), Mlle Depitre (J.), M. Bertier (J.).

9. Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Ménégaux ; chefs de clinique : MM. Calvet, Bréhaut, Pergola, Leuret ; chef de laboratoire : MM. Beauvy, Perrot ; internes : MM. Rouvillois, Morel-Fatio, Motte ; externe en premier : M. Maignan ; externes : Mlle Bérenger (M.), Mme Decouflé (J.), MM. Godlewski (S.), Sigalea (R.), Louveau (Et.), Mercier (A.), Nguyen-Khac-Vien, Brustel (X.), Targowla (J.), Mlle Gujar (B.), Nordin (R.), Poujol (J.), Baudry (G.).

10. Chirurgien. — M. le prof. Chevassu ; assistant : M. Bayle (Henri) ; internes : MM. Debidour (Henri), Salvanet (Jacques) ; externes : MM. Carrillo (L.), Fuks (H.), Simon (A.), Barbier (M.), Leca (J.), Gabé (M.), Fontaine (R.), Desvignes (P.).

11. Chirurgien : M. le prof. Mathieu ; chefs de clinique : MM. Lance (P.), Poilleux ; assistant : M. Padovani (Paul), internes : MM. Picard (G.), Laigle (L.) ; chef de labor. : M. Letulle ; assistants d'orthopédie : MM. Ducroquet, Strohl ; externes : MM. Galopeau (M.), Grabois (M.), Mlle Ghitza (J.), M. Moullec (J.), Mlles Guy (A.), Lenseigne (S.).

12. *Consultation* (*Médecine*) : M. Gilbert Dreyfus ; assistant : M. Bousser (Jacques) ; externe en premier : M. Radzievski ; externes : MM. Laurent (J.), Chambon (A.), Braconnier-Leclerc, Mlle Carré (G.).

13. (*Chirurgie*). — Rattachée au service de M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Ménégaux ; externes : MM. Bailly (J.), German (P.), Pimpaneau (Ch.).

14. *Ophtalmologie.* — *Ophtalmologiste* : M. Prélat ; assistant : M. Bideau (René) ; externes : MM. Gourdin (F.), Seilinger (A.).

15. *Consultation oto-rhino-laryngologie* : M. Maduro ; assistant : M. Moussette ; chef adjoint : M. N. ; externes : MM. Panthier (R.), Nguyen-Trun-Nam.

16. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Busy (Robert), Boileau, Moret, Cros ; externe : M. Riaux (P.).

17. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Maurel ; adjoint : M. Omnès ; assistant : M. Maleplate ; externes : MM. Peloton, Mileteanu (élèves f. f.).

G. BEAUJON (Clichy). — 1. Médecin : M. Tinel ; assistant : M. Brincourt ; interne : M. Dubois (J.) ; externe en premier : Mlle Garnier ; externes : Mlle Brisac (C.), M. Dreyfus (A.), Mme Rosenwald, MM. Horvilleur (P.), Gerber (L.).

2. Médecin : M. Stévenin ; assistant : M. Lelourdy ; interne : M. Zarachovitz ; externes : M. Alhomme (P.), Mlles Kniazeff, Benard, MM. Fabre (J.), Mazillier (M.).

3. Médecin : M. Donzelot ; assistant : M. Menetrel ; interne : M. Nouaille (J.) ; externes : MM. Boutbien (L.), Godlewsky (G.), Mme Nouaille, MM. Pichereau, Choubrac.

4. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Pergola ; interne : M. Le Sueur ; externes : Mme Cachin, Mlle Sokolski, MM. Ressnik, Goldberg, Rukovsky, Jaïs (Pierre).

5. Médecin : M. Léon Kindberg ; assistant : MM. Vibert (Julien), Israël ; interne : M. Sérane (J.) ; externe en premier : M. Scebat ; externes : MM. Dupont (V.), Blanquet (R.) ; Boschatel (E.), Narevsky (H.), Flabeau (F.), Pausini.

6. Médecin : M. Turpin ; assistant : M. N... ; chef de labor. : M. May ; interne : M. Piton (Jean) ; externes : Mlles Weisbrod, Samuel (H.), MM. Dupuy (M.), Meunier (J.).

7. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. N... ; internes : MM. Gallaut, Sereau ; externe en premier : M. Rometti (faisant fonctions d'interne) ; externes : MM. Cottreau (M.), Ycre (R.), Hervé (R.), Sahuqué (J.), Sarrazin (P.), Conche (M.), Kovienski (H.), Mlle David (Myriam).

8. Chirurgien : M. Monod (Robert) ; assistants : MM. Seillé, Fourestier (Max) ; internes : MM. Hertzog, Vernes, Delouche (ext. en premier f. f.) ; externes : Mlle Blieblum, M. Weber (R.), Mlle Maronnet (M.), MM. Teissandier (J.), Bergeret (M.), Mlle Veise (O.), M. Nicolle (Ch.).

9. Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : M. N... ; internes : M. Perol (ext, en premier f. f.) ; MM. Lanvin, Bauchar ; externes : MM. Schmit (M.), Colsy (Y.), Hurel (J.), Schwob (P.).

10. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Baldenweck ; assistant titulaire : M. Leroux (Robert) ; assistant suppléant : M. Arnaud (Guy) ; interne : M. Labayle (ext. en prem. fais. f.) ; assistants de consultation : MM. Tillé, Bory (André) ; externe : Mlle Caulliez (M.).

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; assistant : M. Frileux ; interne : M. Delatour (ext. en prem. f. f.) ; externes : MM. X...

12. Accoucheur : M. Levant ; assistant : M. Sureau ; internes : MM. Bibas, Pinet ; externes : MM. de Rudelle (A.), Collard (A.), Maillez (A.), Caron (P.), Ferrand (G.).

13. *Consultation* (*Médecine*) : M. Hamburger ; assistant : M. Courtin ; externe en prem.) : M. Gorin ; externes : MM. Lang (P.), Racovsky (Marcel), Martin de Frémont (H.), Poncet (Emile).

14. (*Chirurgie*). — M. Soupault ; assistant : M. Kauffmann ; externes : Mme Demassieux (E.), MM. Demétriadès, Guitard (J.).

15. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Gérard ; chefs adjoints : MM. Surmont (Jean), Chenilleau (fais. fonc.) ; assistants : Mme Delaplace, MM. Le Goff, Gaulliard, Cadet, Lifchitz ; interne : M. Lecœur ; externes : MM. Métaïs, Lévy (M.-Ch.), Isorni, Diétrich, Voïda (H.), (faisant fonction).

16. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. L'Hirondel ; assistant : M. Fromaigeat ; adjoint : M. Fleury ; externes : MM. Faucon, Géré (élèves fais. fonc.).

H. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Herscher ; assistant : M. Roberti ; interne : M. Lefebvre (René) ; externes : MM. Marsault (J.), Blestel (J.), El-Haïk, Bouygues, Morilière (L.), Duthuit (G.), Pradelle (R.), Bouvaist (J.).

2. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : M. Jacquot ; externes : MM. Dufour (M.), Mariage (G.), Mlle Dufresne (H.), MM. Gilbert (H.), Robert (J.), Carraud (J.).

3. Médecin : M. Decourt ; interne : M. Lenormant (H.) ; externes : MM. Pyronnet (Ed.), Rey (M.), Meunier (J.), Mothon (F.).

4. Médecin : M. Gautier ; assistante : Mlle Heimann ; interne : M. Lewi (Samuel) ; externes : MM. Ponsar (A.), Legrand (M.), Hébert (M.), Paris (Cl.), Doville (J.), Péraly (E.).

5. Médecin : M. de Gennes ; assistant : M. Salles ; interne : M. Bouwens Van der Boyen ; externes : Mlle Leuthreu (M.), Albert (A.), Tavernier (J.), Chartrain (E.), Vila (R.), Nehlil (J.).

6. Médecin : M. Nicaud ; assistant : M. Bolgert ; interne : M. Le Loc'h ; externes : MM. Bourdin (J.), Tillequin (C.), Jacob (P.), Warme (R.), Denvil (P.), Mlle Duboin (H.), M. Gandelon (G.).

7. Chirurgien : M. Heitz-Boyer ; assistant : M. Marsan ; internes : MM. Cauvy (J.), Streusand (S.) ; externes : MM. Kéruzoré (F.), Cuenca (H.), Leib (G.), Sarfati (R.), Dana (R.), Lebiedinsky (G.), Calmanovici (N.), Viard (P.), Cacault (J.).

8. Chirurgien : M. Cadenat ; assistant : M. N... ; internes : MM. Gout (L.), Marschak (V.), Mousseau (M.) ; externes : MM. Harche (J.), Legendre (J.), Berthomier, Chadoutaud, Noël (Emile), Duhamel (Gérard).

9. *Service des chroniques.* — M. Cadenat ; externe : Mlle Béau (M.).

10. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : M. N... ; internes : MM. Magder, Bonduel, Torre ; externes : MM. Gertzberg (V.), Mioni (J.), Mabille (B.), Mlle Chiche (I.), MM. Bennoum, Le Cain (G.), Pouget (M.).

11. Chirurgien : M. Houdard ; assistant : N... ; internes : MM. Billard (J.), Gaume (P.), Netter (Robert) ; externes : MM. Auvert (P.), Marchand (A.), Mlle de Looze (L.), M. Neyrat (R.), Mlle Castaignet (B.), MM. Desprez (R.), Cirilli (M.).

12. *Oto-rhino-laryngologie :* M. le prof. Lemaître ; assistants : MM. Sailly, Rachet ; assistants de consultation : M. Chaillouet ; moniteurs : MM. Moulin, Szwarc ; chefs de clinique : MM. Lemaître (Y.), Gaston, Cassieu, Salomon ; chefs de labor. : MM. Ardoin, Rachet ; internes : MM. Sacquepée (R.), Osenat (P.) ; externes : MM. Erlich (J.), Krawiecki (A.), Pons (A.), Mlle Kouindjy (S.), MM. Parant (M.), Lambert (L.), Leibovitch (R.).

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot ; assistant : M. Dubois ; assistants de consultation : M. Morax (P.), Mlle Haas ; interne : Mlle Lambert ; externes : MM. Ballade (R.), Bourgin, Auzoux (L.).

14. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : M. Séguy ; internes : MM. Guénon-Mesnardi, Costa ; externes : MM. Gillet (H.), Pécheux (J.), Mlle Grould (P.), Mme Aguiskinee-Haitovitz, MM. Gautier (Robert), Joannès (R.), Salmen (F.).

15. *Consultation (Médecine) :* M. Degos ; assistant : M. Lortat-Jacob ; externe en prem. : M. Goury-Laffont ; externes : Mlle Kowalska (E.), MM. Muller (J.), Piana (G.), Sevestre (J.), François (Raymond).

16. *(Chirurgie) :* M. Redon ; externes : MM. Fresnel (A.), Allary (M.), Béal (Cl.) ; assistant : M. Rachelsberg.

17. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Richard ; adjoint : M. Hénault ; assistant : M. Lheureux ; externes : MM. Govaerts (G.), Bloch (Myrtil).

18. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Guilbert ; chef adjoint : MM. Frain, Falcoz (fais. fonc.) ; assistants : MM. Corbier, Barreau ; externes : MM. Hochieyt (S.) ; Cukerstein (W.) ; Mlle Koziebrodzka (élèves f. fonc.).

I. TENON. — 1. Médecin : M. P.-E. Weill ; assistant : M. Isch-Wall ; interne : M. Aschkenasy ; externes : MM. Attal (H.), Koskas (E.), Chopard (J.), Nataf (R.).

2. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Facquet ; interne : M. Schapira (G.) ; externes : MM. Vinour (A.), Habas (J.), Crépin (G.), Carballo, Mlle Raymond (Marie).

3. Médecin : M. Brulé ; assistant : M. Hillemand ; interne : M. Wolinetz (E.) ; externes : MM. Tricot (R.), Chilot (R.), Mlle Morin (J.), MM. Barré (Yves), Loupias (P.), Lemierre (J.).

4. Médecin : M. Laroche ; assistant : M. Bompard ; interne : M. Lepintre (Yves) ; externes : MM. Bessière (M.), Camus (Pierre), Piarrat (Jacques), Desgeorges (H.).

5. Médecin : M. May ; assistants : MM. Ollivier (Jean), Bloch (Henri) ; internes : MM. Vendryes (Pierre), Mozziconnacci (Pierre) ; externes : Mlles Aftalien, Bartfeld, M. Cayrol (Jean), Mlle Woog (F.), MM. Lamy (Robert), Loygue, Mlle Bucker (N.).

6. Médecin : M. Pruvost ; assistants : MM. Pignot, Bourguignon, Pescarolo ; internes : MM. Depierre (René), Raynaud (Maurice) ; externes : MM. Forgeois (A.), Etienne (H.), Chapelet (J.), Libert (A.), Tararine, Cayé (B.), Flouquet (H.), Kœnig (B.), Burgaud (J.), Serres (J.), Escanel (L.).

7. Médecin : M. Marchal ; assistant : M. Soulié ; interne : M. Chambon (M.) ; externes : MM. Demaugre (M.), Legendre (J.), Mlle Eliakim (J.), Mme Héritier-Michon, MM. Tostivint (René), Bertier (J.).

8. Médecin : M. Hagueneau ; assistant : M. Ducas (Paul) ; interne : M. Kaufmann (H.) ; externes : MM. Gross (Salomon), Zirah (P.), Jouhanneaud (G.), Corcos (V.), Pardon (J.), Maurel (J.).

9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. Leroy (André), Nabert, Challiol (Jean) ; externes : MM. Wassel (O.), Brac (J.), Descubes (J.), Grel (Pierre), Jacquemin (J.), Nguyen-The-Dai, Mlle Fagnot (A.), M. Wapler (Cl.).

10. Chirurgien : M. Girode ; assistant : M. Meillère ; internes : MM. Tallet (H.), Lesieur (P.), Beaufils (J.) ; externes : Mlles Prigent (A.), Caby (Th.), Moussié (N.), MM. Collet (R.), Duveau (E.), Corcos (E.), Flavigny (J.).

11. Chirurgien : M. Deniker ; assistant : M. Sauvage ; internes : MM. Claracq, Aharfi, Caufment ; externes : MM. Cohen (Aaron), Guez (A.), Brault (J.), Mourat (J.), Deribreux (J.), Sirot (J.), Grobon (P.), Santolini (A.).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Hautant ; assistant : M. Chavanne (L.) ; internes : MM. Morhange (J.), Giraud (J.) ; assistant de consultation : M. Malingre ; externes : MM. Palmer (D.), Bauer (L.), Ho-Ving-Thong, Drouin (P.), Burgaud.

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bollack ; interne : M. Aurenche (A.) ; assistante : Mme Delthil ; assistant de consultation : M. Camps ; externes : MM. Driart, Wior, Bejstedem (élèves f. f.).

14. Accoucheur : M. Ravina ; internes : MM. Rougé (P.), François (A.) ; externes : MM. Kuczynski (A.), Bonnefis (P.), Van Quathem (M.), Mlles Ferrié (Françoise), Vanhulle (Hélène).

15. *Consultation (Médecine) :* M. Basch ; assistant : M. Bréhier ; externe en premier : M. Albou ; externes : Mlle Buisseaux, MM. Renault (P.), Grünwald (A.), Ternier (A.).

16. *(Chirurgie) :* M. Sauvage ; assistant : M. Cachin (C.) ; externes : MM. Mellouli (Z.), Seibel (Beno, Hirsch (H.).

17. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Lepennetier ; chef adjoint : M. Bouchard ; assistants : MM. Descoust, Godefroy ; externes : MM. Faraggi, Brunet (P.).

18. *Laboratoire de curiethérapie* : M. Le Camus (f. f.).

19. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lacronique ; adjoint : M. Papillon ; assistant : M. Lepoivre.

J. LAËNNEC. — 1. M. le prof. Bezançon ; assistants : Mme Ragu, MM. Azoulay, Braun, Baron, Meyer (A.) ; chefs de clinique : MM. Brunel, Pergola, Chadourne, Hanaut, Jaïck, Mme Ladet ; chefs de labor. : MM. Guillaumin, Braun, Delarue ; interne : Mlle Dreulle ; externe en prem. : Mlle Rosenkovitch ; externes : MM. Negellen (P.), Français (Pierre), Girard (R.), Mme Benoit, M. Tisca (R.), Mlle Rouvier (Ch.), M. Patin (R.), Mlle Cloche (R.).

2. *Crèche:* — Externes : Mlles Krilitchewsky (T.), François (B.).

3. *Dispensaire Léon Bourgeois :* M. le prof. Bezançon ; externes : Mlles Piettre (F.), Franses (G.), Dreux (H.).

4. Médecin : M. Ramond (L.) ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Dupuy (R.) ; externes : MM. Gauthier (J.), Bignon (B.), Kavoussi (M.), Ducourneau (J.).

5. *Service des baraquements.* — ...

6. *Dispensaire Léon Bourgeois :* M. Troisier ; externes : Mlle Chaberlet, M. Edelman (G.).

7. Médecin : M. Troisier ; assistant : M. Nico ; internes : MM. Chevalier (H.), Aussannaire (M.) ; externes : Mlle Mirès (J.), MM. March (J.), Doumic (J.), Caldier (L.), Daumet, Crabol (F.), Avril (A.), Mlles Marc (C.), Lorton, MM. François (A.), Lapeyre (J.), Mlle Kahn (M.).

8. Médecin : M. Bénard (R.) ; assistant : M. Bariéty ; interne : M. Hacker (B.) ; externes : MM. Aubouy (M.), Verdier (J.), Pujol (M.), Klein (Michel).

9. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thevenard ; interne : M. Charousset (Michel) ; externes : MM. Coville (R.), Lehec (H.), Bouche (J.-B.), Tricard (A.).

10. Chirurgien : M. Lardennois ; assistants : MM. Welti, Gérard, Marchant ; internes : MM. Schaefer (G.), Boissonnat (P.), Debain (J.) ; externes : Mlle Bourcard (J.), MM. Garcia y Bengocheo, Queneau (P.), Vincens (J.), Giron (E.), Darbord (J.), Brument (P.), Guégan (J.), Soprounoff, Aboulker (P.), Soulas (A.), Calmanas, Larroque, assistants de consultation.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch (A.) ; interne : M. Leconte (A.) ; en surnombre étranger : Mlle Darhovsky ; externes : MM. Tillet (Th.), Berger (Cl.), Sapet (M.), Barbier (P.).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet ; interne : M. Deuil ; assistants : MM. Besnard, Pétavy ; assistante de consultation : Mme Gaudebert ; externe : M. Fouchet (P.).

13. *Consultation (Médecine) :* M. Célice ; assistant : M. Marceron ; externe en premier : M. Hébert (A.) ; externes : MM. Machoire (Y.), Chabert (R.), Brunat (G.).

14. *(Chirurgie) :* Rattaché au service de M. Lardennois : assistants : MM. Gérard, Marchant, Welti ; externes : MM. Naudin (P.), Viala (J.).

15. Service temporaire : M. Mollaret ; interne : M. Bachet ; externes : MM. Houdart (R.), Reveran (P.).

16. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Darcissac.

17. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Maingot ; chef adjoint : M. Portret (f. f.) ; assistants : MM. Jouveau-Dubreuil, Hélie ; externes : MM. Chappelart (P.), Prunel (M.), Lejeune (R.).

K. BICHAT. — 1. Médecin : M. Boidin ; assistant : M. Hanaut (André) ; internes : Mme Rault, M. Geffroy (Y.) ; externes : MM. Moch (B.), Meline, Mordo (A.), Roux (Michel), Leulier (R.), Cachin (J.), Barbery (A.), Mlle Atcham (Paule).

2. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Albot ; internes : MM. Gerbeaux (J.), Moricheau-Beauchant ; externes : MM. Dumas (M.), Schneider (M.), Hiverlet (E.), Flouquet (R.), Jourdon-Laforte (J.), Bourdy (Y.), Chouinard (G.), Lallemant (Y.).

3. Médecin : M. Pasteur-Vallery-Radot ; assistant : M. Mauric (G.) ; internes : MM. Millicz (P.), Vialatte ; externes : MM. Woimant (G.), Tubiana (R.), Duhamel (G.), Chatelin (Ch.), Courchet (A.), Laroche (Cl.), de Kermac'hou de Kérauten, Mlle Vuillet (H.), M. Richet (G.).

4. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Deron ; internes : MM. Grèze (A.), Horeau (J.) ; externes : MM. Danien (J.), Bory (R.), Pradoura (M.), Poirier (R.), Guy (A.-M.), Gosselin (M.), Mlle Proux (A.), M. Chaignon (P.).

5. Chirurgien : M. Capette ; assistant : M. Gueullette ; internes : MM. Flourens (P.), Guny (D.), Lévy (J.) ; externes : MM. Boitard (M.), Frya (D.), Adam (H.), Descroizilles (Ch.), Poulet (J.), Sibertin-Blanc (Michel), Villebœuf (J.), Blanchon (P.).

6. Chirurgien : M. Mondor ; assistant : M. ; internes : MM. Monsaingeon (A.), Laurence (G.), Debeyre (J.) ; médaille d'or : M. Léger (2e semestre) ; externes : MM. Weil (R.), Valadon (P.), Brenier (J.), Pistre (J.), Isal (P.), Estève (P.), Fiessinger (Ch.), Mlle Claus (S.).

7. Chirurgien : M. Brocq ; assistant : M. Chabrut ; internes : MM. Sayous, Thoyer-Rozat, Germain (A.) ; externes : MM. Mercadier (M.), Hervan (S.), Behar (J.), Gauthier (P.), Strauss (P.), Gaudibert (R.), Mme Klotz (Reine), M. Tixier (P.).

8. Accoucheur : M. Portes ; assistant : M. Lepage ; internes : MM. Rouchy (P.), Jamain (B.) ; externes : MM. Tallet (J.), Daudet (M.), Mlle Longeaux (S.), M. Krajevitch (A.), Mlle Jolivet (M.), M. Mertens (Ph.).

9. *Consultation (Médecine) :* M. Garcin ; assistant : M. Garnier (G.) ; externe en premier : M. Granjon ; externes : MM. Barrier (J.), Jardel (G.), Leprat (S.), Venator (R.), Nauty (D.), Boeswilwald (M.).

10. *(Chirurgie) :* M. Chifoliau ; assistant : M. Baudelot ; externes : MM. Corial (M.), Le Moal (P.), Vialle (R.).

11. *Annexe Bichat* (Polyclinique du boulevard Ney). *Médecine infantile (Consultation) :* Médecin : M. Lévy (P.-P.) ; assistant : M. Lyon-Caen ; interne : M. Vivien ; externes : M. Bernard (P.), Mlle Flochart (J.), M. Slama (Y.).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Renard ; assistant : M. Mekdjian ; externes : MM. Henry (J.), Rodde (A.).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bourgeois ; assistant : M. Franck ; externes : MM. Salinési (X.), Mebs (J.).

14. *Electro-radiologie.* — M. Lehmann ; assistants : MM. Hickel, Piffault, Mme Wessbecher, MM. Lebouchard, Le Cannet ; adjoints : MM. Porcher (P.), Foubert (F.).

15. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Raison ; assistant : M. Bornet ; externe : M. Milstein (J.).

L. BROUSSAIS. — 1. Médecin : M. le prof. Laubry ; assistant : M. Soubré ; chefs de clinique : M. Molinsky, Mlle Landovoska, MM. Dugas, Royer de Véricourt ; chefs de labor. : MM. Heim de Balsac, Deglaude, Senèque, Jaubert ; interne : M. Mathivat ; externes : MM. Dezarnaulds (P.), Lardy (M.), Mlle Spach (H.) ; MM. Biaggi (J.), Thiébot (P.).

2. *Service des tuberculeux* (Baraquements). — M. le prof. Laubry ; interne : M. Marre (Pierre) ; externes : MM. Grigné (J.-M.), Rozensweig.

3. Médecin : M. le prof. Villaret ; assistant : M. Mignot ; chefs de labor. : MM. Cachera, Barbier, Duperrat, Peuteuil ; chefs de clinique : MM. Fauvert, Bardin, Klotz (H.-P.) ; internes : MM. Delaitre (R.), Sikorav ; externes : MM. Meunier (A.), Ferrand (P.), Fraquet (P.), Royer (E.), Perissel (J.), Cruzeaux (R.), Blancard (J.), Hewitt (J.).

4. *Service des tuberculeux :* M. Abrami ; interne : M. Ordonneau ; assistant : M. Wallich ; externes : MM. Amado (G.), Roman (M.).

5. Médecin : M. Abrami ; assistant : M. Lichtwitz ; interne : Mme Lamotte ; externes : MM. Debusschère (F.), Agid (R.), Marmier (R.), Sohier (J.), Sicard (J.), Xambeu (Ch.), Le Brigand (J.).

6. Médecin : M. Coste ; assistant : M. N... ; internes : M. Lamotte, Mme Thaon ; externes : MM. Dautel (R.), Nespoulous (J.), Bailly (R.), Thierry (J.), Pitollet (Ch.), Chardack (W.), Cardon (P.), Monod (Marc).

7. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Ameline ; internes : M. Meyer, Mlle Lindeux, M. Berthon ; externes : MM. Tardif (R.), Audbourg (P.), Ribay (J.), Collet (A.), Gaulard (O.), Rehfeld (P.), Barmade (M.).

8. *Consultation (Médecine) :* Mme Bertrand-Fontaine ; assistant : M. Fauvert (R.) ; externe en premier : M. Lecointe ; externes : Mlles Grout (C.), Duchamp.

9. *Chirurgie* (rattachée au service du Dr Basset) : assistant : M. Ameline ; externes : M. Vaujour (P.), Mlle Larrivé (M.).

10. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Cottenot ; assistants : MM. Chérigié, Brunet, Liquier ; externe : M. Lajoinie.

11. *Clinique propédeutique.* — M. Couvreux.

12. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Crocquefer.

M BOUCICAUT. — 1. Médecin : M. Courcoux ; assistant : M. Thoyer ; interne : M. Paillas ; externes : MM. Eydieux (H.), Mlle Huard (M.-J.), MM. Hans (D.), Guinard (P.).

2. *Centre de triage.* — Externes : MM. Cordier (P.), Borniche (P.).

3. Médecin : M. Trémolières ; assistant : M. Moussoir ; interne : M. Rault (A.) ; externes : MM. Gauchon (P.), Vialard, Goudou, Favre (P.), Lavarde (J.), Gibert (J.).

4. Chirurgien : M. Okinczyc ; assistant : M. Huard ; internes : MM. Lascaut (B.), Neveu (J.), Loiseau (J.) ; externes : Mlle Larmoyer (M.), MM. Poirier (M.), Levine (M.), Mlle Laurent (F.), MM. Louin (J.), Durand (C.), Mlle Cayla (H.), M. Loulergue (J.).

5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor ; internes : MM. Tulou (P.), Statlender ; externes : MM. Dufresne (P.), Haguet (J.), Perillo (J.), Maille (A.).

6. *Consultation* (*Médecine*) : M. Rachet ; assistant : M. Fabre (G.) ; externe en premier : M. Renualt ; externes : MM. Jourde (L.), Bourgeaud (L.).

7. *Chirurgie* (rattachée au service de M. Okynczyc ; assistant : M. Petit ; externes : Mlle Hatt (O.), MM. Cain (P.), Leddet (A.).

8. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Moulonguet ; assistant : M. Lemaître (Y) ; interne : M. Allilaire (R.) ; externes : MM. Perigois (J.), Orliac (J.), Henret (H.), Orgogozo (J.).

9. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Fargin-Fayolle.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Joly ; chefs adjoints : M. Blanche (f. f.) ; assistant : M. Prévost ; externe : Mlle Saloff (N.), (él. f. f.).

N. VAUGIRARD. — 1. Chirurgien : M. le prof. Duval ; assistants : MM. Gatellier, Merle d'Aubigné ; chefs de clinique : MM. Aboulker, Miallaret ; attaché de chimie : M. Goiffon ; attaché de radiologie : M. Dupouy ; chefs de laboratoire : M. Moutier ; attaché médical : M. Beloux ; internes : MM. Cauchoix (J.), Verne (J.), Mathey (J.) ; externes : MM. Tobbé (F.), Bertier (Cl.), Kouliche (A.), Cohen (R.), Mlle Bartoli (J.), MM. Cartier (R.), Heffez, Elgrabli, Mennerat (R.), K'brat (G.), Vermeil (G.).

2. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Vilensky.

3. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Gally.

4. *Centre de neuro-psychiâtrie infantile* : M. Heuyer ; interne : Mme Adda-Denis ; externes : Mlles Owsianik, Gravelat (M.).

O. AMBROISE-PARÉ. — 1. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Chabanier ; interne : M. Offret (Y.) ; externes : MM. Garnal (J.), Matron (P.), Quintescu, Mmes Daniélou, Filhoulaud.

2. Médecin : M. Jacquet ; assistant : M. Thieffry ; interne : M. Plas (F.) ; externes : MM. Hadengue (A.), Lebreton (R.), Sclafer (J.), Boursault (B.), Joué (R.).

3. Médecin : M. Janet ; assistante : Mme Odier-Dollfus ; interne : M. Genevrier ; externes : MM. Capelle (H.), Levi (A.), Mlle Vettier (J.), M. Ballerin (J.).

4. Chirurgien : M. Desmarest ; assistant : M. Thalheimer ; internes : MM. Frébet, Wintrebert ; externes : MM. Koifman (A.), Derville (N.), Alcan (F.), Baccouche (G.), Sapin-Jaloustre (H.), Lambert (J.), Alexandre (P.).

5. *Consultation* (*Médecine*) : M. Péron ; assistant : M. Bissery ; externe en premier : M. Roger ; externes : MM. Martinet (P.), Lieurade.

6. (*Chirurgie*) : M. Desmarest ; assistant : M. Thalheimer ; externes : MM. Samama (J.), Berille (P.), Mlle Chassaing (R.).

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Leroux ; assistants : MM. Loiseau (G.), Chanel ; externes : MM. Barnier (A.), Schauving (E.).

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Hartmann ; assistant : M. Deschamps (J.) ; externes : Mlle Bentkowski (G.), M. Durgeat (J.).

9. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Détré ; assistant : M. Brennan.

P. SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; assistant : M. Carteaud ; chefs de clinique : MM. Boudin, Boulle, Brouet ; chefs de labor. : Mlle Eliascheff, Desgrez, Duché, Peyre ; internes : MM. Desmonts (T.), Delzant (O.) ; externes : M. Gaulier (M.), Mlle Meslin (H.), MM. Petit (J.), Bouillié (R.), Bonvallet (J.), Mme Bouillié, MM. Buy (H.), Lemaire (J.).

2. Médecin : M. Sézary ; assistant : M. Horovitz ; chefs de labor. : M. Lévy (G.) ; internes : MM. Vildé (L.), Brault (A.), (en surnombre étranger) : M. Walther (R.) ; externes : MM. Tola (A.), Payenville (H.), Mlle Lauer (L.), M. Galand (M.), Mlle Bellettre (M.), MM. Sauzier (P.), Savouret (J.), Hemeury (J.).

3. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; chef de labor. : M. N... ; interne . M. Ménétrier (J.) ; externe en premier : Mlle Tourneville ; externes : MM. Devraigne (P.), Peyron (P.), Tran-Van-Hoa, Vittrant (J.), Guy (E.).

4. Médecin : M. Touraine ; assistant : M. Golé (L.) ; assistant adjoint : M. Lepagnole ; chef de labor. : M. Renault ; internes : M. Payet (M.), Mme Néret ; externes : MM. Blondé (A.), Guimezanes (E.), Pley (J.), Moreau (M.), Gérard (J.), Pribat (P.), Chenille (J.), Galey (J.), Mlle Thiollier (M.).

5. Médecin : M. Weissenbach ; assistant : M. Le Baron ; assistant adjoint : M. Bocage ; chef de labor. : M. Martineau ; internes : MM. Séguin (M.), Témime (P.) ; externes : MM. Weiss (T.), Girauld (M.), Blanc (G.), Champagne (P.), Henry (P.), Stepanoff (A.), Mme Penit (M.), MM. German, Fineau.

6. Médecin : M. Flandin ; assistant : M. Richon ; assistant-adjoint : M. Poumeau-Delille ; chef de laboratoire : M. Rabeau ; internes : MM. Basset (A.), Breton (P.) ; externes : MM. Viguié (R.), Roy (G.), Hussameddin (D.), Lavergne (Ch.), Samié (J.), de Fourmestraux (J.), Kartun (P.), Lebas (A.), Caplier (P.), Le Brigand (H.).

7. Médecin : M. Tzank ; assistant : M. Babalian ; internes : MM. Cler (R.), Lévy (M.) ; externes : M. Chaudouet (P.), Mme Bosc, MM. Mayaud (J.), Giraud (P.), Mlles Weinberg, Boudeville (1), MM. Fertulier, Flaisler (A.), Mlle Huguenard (A.).

8. Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. Aurousseau ; internes : MM. Gillet (G.), Goulesque, Rousset ; externes : MM. Roveda (E.), Mlle Greninger (H.), M. Lafontaine (1), Mlle Desoutter (M.), MM. Rainaut (J.-J.), Deffez (L.), Raulin (H.), Mlle Faillebin.

9. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : M. Blondin (S.) ; chef de laboratoire : M. N... ; internes : MM. Krug (G.), Thomeret (G.), Lataix (P.) ; externes : Filch (J.), Kivenko (V.), Spriet (R.), Duranteau (M.), Laborderie-Boulon (J.), Rozenblum, Ducen (A.), Dicecono.

10. *Consultation* (*Médecine*) : M. ; externes :

11. Chirurgien : M. Mourc ; assistantt: M. Patel ; internes : MM. Forget (R.), Beauchef (J.), Ghozland ; externes : M. Gougerot (J.), Mlle Jurain (O.), M. Chaouli, Mlle Aalam, MM. Jourdain (R.), Sissmank (R.), Vaysse (J.), Lévy (Sadia), Courtin (J.).

12. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : M. Dossot ; internes : MM. Picquart, Drain (M.) ; externes : MM. Sethian, Rousseau (A.).

Consultation : externes : MM. Oblinsky, Raufmann, Russak (H.), Benidir (A.), Chaltiel (L.).

13. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Bouchet ; assistant : M. Demaldent ; assistants de consultation : M. Bourdial (M.), Le Pavec ; interne : M. Clerc (H.) ; externes : Mlle Bouvet (A.), M. Parsy (G.), Mlle Klein (M.), MM. Bendit (M.), Schuster (J.).

14. *Ophtalmologie* : M. Coutela ; assistant : Mme Weissmann-Netter ; assistant de consultation : M. Masson ; interne : M. Sénéchal (A.) ; externes : MM. di Chiari (J.), Mathé (M.).

15. *Accoucheur* : M. Lemeland ; assistant : M. Bidoire ; internes : M. Lesca, Mlle Wollfromm ; externes : MM. Derooz (J.), Mariault (P.), Goust (J.), Amado (R.).

16. *Consultation* (*Chirurgie*) : M. Bloch ; assistant : M. Blanquine ; externes : MM. Boschenek (M.), Besle (B.), Yver (J.).

17. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Schaefer ; adjoint : M. Houzeau ; attaché de stomatologie : M. Dechaume ; assistant : M. Gencel ; externe : Mme Gatovsky.

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Nadal, Nahan (f. f.) ; assistants : MM. Buhler, Puyaubert, Choffat, Giraudeau, Pizon, Duchamp ; préparateur de radiothérapie : M. Juster ; in-


CAMPOLON
SOLUTÉ INJECTABLE D'EXTRAIT DE FOIE
ANÉMIES PERNICIEUSES ET SECONDAIRES
ÉTATS ALLERGIQUES
CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES DU PALUDISME, ETC.
ACTIVITÉ HEMOPOÏETIQUE CERTAINE
STIMULE L'ACTIVITÉ DES CELLULES HÉPATIQUES
RÉTABLIT TOUTE DÉFICIENCE FONCTIONNELLE DU FOIE
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
Cinquante Années 1888 BAYER 1938 MEDICAMENTS
LITTERATURE ET ECHANTILLONS
EDMOND RIGAL & Cie. 26, Rue Vauquelin PARIS (5e)

terne : M. Fischgrund ; externes : MM. Guérault (Al.), Dumay (J.), Neveux (S.).

Transfusion. — Externes : M. Flaisler, Mlle Huguenard.

19. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Babonneix ; assistants : MM. Gouyen, Prieur ; internes : M. Thomas (H.), Mme Aldou ; externes : MM. Davy (A.), Lefébure (F.), May (E.), Mme Temime, MM. Roubinet (R.), Malvezin (F.), Fehrembach (A.), Anghert (N.).

20. Chirurgien : M. Boppe ; assistants : MM. Garnier, Sabourin ; internes : MM. Le Picard (J.), Nastorg (A.), Mlle Picard (S.) ; externes : M. Maréchal (J.), Mlle Trocmé (M.-L.), MM. Beurrier (R.), Duché (D.), Mlle Vial (F.), M. Beinis, Mlle Joubert (J.).

21. *Consultation d'orthopédie* : M. Boppe ; assistant : M. Niel.

Q. BROCA. — 1. *Chirurgie* : M. le prof. Mocquot ; assistant : M. Monod (R.) ; chef de laboratoire : M. Moricard ; chef de travaux : M. Palmer ; chef de clinique : M. Guillot ; préparateur : Mlle Gothie ; internes : MM. Mazingarbe (A.), Nardi, El Baz ; externes : MM. Detré (F.), Djuvara, Mlle Orsoni, Mme Florend, M. Moullé (H.), Mme Nguyen-Rivet.

2. *Chroniques de chirurgie* : M. le prof. Mocquot ; interne : M. Guyot ; externes : Mlle Devillers, M. Comte (R.), Mlles Maynadier (L.), Gorodetzki.

3. *Consultation de dermato-vénéréologie* : M. Benda ; externe en premier : M. Thaon ; externes : M. Allain (J.), Mlle Kletter (F.), MM. Lewinsen (M.), Bloch (J.), Sevaux (F.), Calvo-Platero.

4. *Consultation d'électro-radiologie* : M. Thoyer-Rozat ; assistant : M. Pulsford ; externe : M. Perroy élè f. f.).

R. MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Metzger ; internes : Mlle Haller (ext. en premier f. f.), M. Lasry (ext. en premier f. f.) ; externes : MM. Roche (F.), Coquet (J.), Ferrari (J.).

S. BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire ; assistant : M. Lacomme (M.) ; chefs de laboratoire : MM. Giraud, Sureau ; chef de clinique : M. Coen ; adjoints : MM. Leblanc, Boros ; attaché médical : M. Laporte ; interne : M. Mathieu (A.) ; externes : MM. Brochard (L.), Vissian (L.), Didier (R.), Gourion (H.), Fredj (L.), Samama (M.), Decouflé (P.).

2. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Petit ; assistant : M. N...

T. HÔPITAL DE LA CINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER. — 1. Accoucheur : M. le prof. Jeannin ; chef de laboratoire : M. Meites ; chefs de clinique : MM. Bouley, David, Janvier ; internes : MM. Champagne, Chigot ; externes : MM. Pheline (P.), Moure (S.), Houssin (G.), Mogharei (M.), Sebban (Ch.).

U. CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. le prof. Lemierre ; assistant : M. N... ; chefs de clinique : MM. Mahoudeau, Laplane ; chef de laboratoire : M. Reilly ; chefs de clinique adjoints : MM. Friedmann, Meilhaud ; internes : Mlles Bonnefant, Wirz, MM. Trotot (R.), Franchel ; externes : MM. Postel-Vinay, Marlingue (G.), Mlle Vésigot-Wahl, MM. Polliot (L.), Denis (J.), Marchal (L.), Alexandre-Keiser, Bouyssi (F.), Gorce (M.), Mlle Rosenstock (O.), Sénécal (J.), Mlle Rémond (S.), Delerba (J.), Batteur (M.), Cariage (J.).

2. Médecin : M. Marquézy ; assistant : M. Launay ; internes : Mlle Mage, Mme Cornet (A.) ; externes : MM. Guéraud (L.), Dupin-Girod, Baulon (J.), Mlle Rousset (M.), M. Germond (J.), Mlle Gontcharoff (M.), Mlle de Laquière, M. Courtenay-Mayères.

3. *Oto-rhino-laryngologie.* — Consultation : M. Chatellier ; interne : M. Wolfromm ; externe : M. N...

Electro-radiologie. — Assistant : M. Charpy.

V. TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Paisseau ; assistant : M. Weill (J.) ; interne : M. Goutner (B.) ; externes : MM. Dubel (G.), Leroux (P.), Mlle Bottin (G.), M. Bache (Ch.), Mme Carpentier (A.), Mlle Masson (A.-M.), Mme Giudicelli.

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Paisseau ; interne : Mlle Haguenauer.

3. Médecin : M. Cathala ; assistant : M. Auzépy ; interne : M. Martrou (P.) ; externes : Mlles Rosenthal (L.), Gagnier (M.), MM. Rathery (M.), Gauthey (M.), Deslandes (E.), Masson (M.).

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Cathala ; interne : M. Gras (L.).

5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Guichard (R.) ; internes : M. Stefani, Mlles Feder, de Larminat ; assistants de consultation : MM. Mouchet, Longuet ; externes : MM. Benoit (Cl.), Anthony (J.), Tsevienis (H.), Mlle Merlin (M.), MM. Mauduit (R.), Duteil (G.), Noël (P.), Mlle Koechlin (L.), M. Nugues.

6. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Rouget ; assistants : MM. Hamelin, Sergent ; assistants de consultation : MM. Ferrand, Maillard ; interne : M. André ; externe : M. Retailleau (J.).

7. *Consultation (Médecine)* : M. Clément ; assistante : Mlle Delon (J.) ; interne : M. Combes (A.) ; externes : M. Maigne (R.), Mmes Haguet (J.), Saulter (H.), M. Prin (A.), Mlle Douroff (N.).

8. *Ophtalmologie* : M. Favory ; assistant : M. Héran (F.) ; externes : MM. Fayein (A.), Roux.

9. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lemerle ; adjoint : M. Cauhepé ; externe : N...

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guénaux ; assistant : M. Damond (R.) ; externe : Mme Lorch (él. f. f.).

W. BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Grenet ; assistant : M. Isaac-Georges (P.) ; internes : Wimphen, Roche (C.) ; externes : MM. Marthon (J.), Lelièvre (J.), Boucaut (M.), Verliac (F.), Mme Fabre, M. Girauld (M.), Mlle Granier (R.).

2. Médecin : M. Milhit ; assistant : M. Fouquet ; internes : Mlle Lautmann, Mme Cornet ; externes : Mlle Durkheim, MM. Manteau (R.), Dailly (R.), Le Floch (G.), Miquelard (M.), Paley.

3. Chirurgien : M. Leveuf ; assistant : M. Bertrand (P.) ; internes : MM. Debelut, Rougier, Mlle Rist ; assistant de consultation : M. Bloch (L.) ; externes : Mlles Feine (S.), Goulfier (F.), MM. Mercier (M.), Friedel (P.), Mlle Rein (L.), MM. Malherbe (H.), Kostunas (D.), Rintzler (W.), Mlle Moussis (R.), M. Epstein (A.).

4. Accoucheur : M. Desnoyers ; assistant : N... ; internes : MM. Carasso, Fressinaud ; externes : MM. Deguel (E.), Lacour (A.), Levêque (P.), Devaux (M.), Hermann (A.), Mathias (J.).

5. *Consultation (Médecine)* : M. Pichon ; assistant : Mlle Baguette ; interne : Mlle Damiens ; externes : MM. Cuadrado, Piana, Seiffert (P.), Guillaume (R.), Béna (M.).

6. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Lallemant ; assistants : MM. Boëlle (R.), Pollet ; externes : MM. Bugaut (L.), Jullich (E.), Mlle Lamothe (B.), M. Pellerin (A.).

7. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Izard.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lomon ; chef adjoint : M. Duval ; assistant : M. Méry (R.) externe : Vincent (P.).

X. HÉROLD. — 1. Médecin : M. Debré ; assistant : M. Marie (J.) ; interne : M. Grenet (P.) ; externes : Mme Chapelard (S.), MM. Bloch (Cl.), Bruneau (J.), Mlles Antoine (Cl.), Prost (M.-L.), MM. Cuzin (J.), Sriber (A.).

2. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : M. Dechaume-Montcharmont ; externes : MM. Guyot (J.), Couder (F.), Routier (H.), Rosey (J.), Arnaud (A.), Valentin (M.).

3. *Consultation (Médecine)* : M. Lamy ; assistant : M. Sée ; interne : M. Chiche (H.) ; externes : Mmes Seror (M.), Koo (W.), MM. Oudot (J.), Auquier (L.), Vignon (D.).

4. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Ombrédanne ; externes : Mlle Dumont (G.), M. Cabrières (R.) ; assistant de consultation : M. Le Jemble.

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gibert ; assistants : M. Michon (P.), Juquelier.
6. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Ruppé.
7. *Consultation d'ophtalmologie.* — M. Renard.

Y. Maison de Santé. — 1. Médecin : M. Mouquin ; assistant ; N... ; interne : M. Vincent (Ph.) ; externes : MM. Leiser (Jean), Lhermet (G.), Bigou (Al.).
2. *Service temporaire de chirurgie.* — Chirurgien : M. Moulonguet ; assistant : ; internes : ; externes en premier : MM. Poussier, Mattei ; externes : MM. Mignot (A.), Paley (P.), Hacker (R.), Mlle Bokanowski (A.).
3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Legoff (f. f. de chef adjoint).

Z. Enfants Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; assistant : M. Lelong ; chefs de clinique : MM. Bernard (J.), Willot, Mme Wertheimer ; chef de laboratoire : M. Detrois ; préparateur : M. Donato ; internes : MM. Guillemin (G.), Villey-Desmeserets ; externes : MM. Lacour (A.), Cargé (M.), Mme Negréanu, M. Chessebeuf (L.), Mme Joseph, M. Astre (A.), Mlle Magallon-Grenaud (H.).
2. Chirurgien : M. Martin ; assistant : M. Buquet ; internes : Mme Debain (J.), M. Grislain ; externes : MM. Orliac (J.), Brun (M.), Mme Guiraud, Mlle Vaysse (S.).
3. Accoucheur : M. Vignes ; assistant : M. Landrieu ; interne : M. Bancaud (S.) ; externes : MM. Blériot (R.), Mlle du Pasquier (N.), MM. Gibrat (P.), Gérain (A.).
4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aimé ; assistant : M. Mainguy ; externe :
5. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Dechaume ; assistant : M. Délibéros.

Aa Bicêtre. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Deparis ; internes : MM. Kaplan, Bouvier (J.-B.) ; externes : MM. Wolf (J.), Monod (Cl.), Foix (H.), Hertz (Cl.), Couleru (Cl.), Tremblin (G.), Lacour (M.), Umdenstock (R.), Denoyelle (M.), Mlle Dubois (L.).
2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; internes : MM. Mignot, Brissaud (H.) ; externes : Mlle Marx (P.), MM. Mory (P.), Delater (J.-M.), Durand (M.), Talbot (M.).
3. Médecin : M. Paraf ; assistant : N... ; interne : M. Zivy (P.) ; externe : MM. Lebettre (N.), Schuster (D.), Mme Ach (Y.), MM. Perrotin (J.), Lustak (E.), Divisia (F.).
4. ....
5. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. Mouchet (A.) ; internes : MM. Huchet (R.), Hanoun (F.), Pierra (Ch.), Zwillinger (étranger en surnombre) ; externes : MM. Galland (R.), Colbert (J.), Jarny (J.), Casaurang (M.), Wapler (J.), Lafourcade (J.), Cazes (G.), Pialoux (P.).
6. *Consultation (Chirurgie)* : M. Toupet ; interne : M. Philippe.
7. Médecin : M. Moreau ; externes : Mlle Mendras (M.), M. Rie (G.) ; externe en premier : M. Galmiche.
8. *Service d'aliénés* : MM. Barbier, Maillard ; externe en premier : M. Audoly.
9. *Consultation de Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lattès.
10. *Ophtalmologie* (réservée aux malades hospitalisés) : M. Parfory. — *Oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés): M. Aubry; assistant: M. Sauvain (Y.).
11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Cassan (f. f.) ; externe : M. Arnavielhe (J.).
12. *Services temporaires de désencombrement.* — Médecin : M. Moreau ; externes : Mlle Adler (J.), MM. Serre (L.), Demassieux (L.).
13. *Service temporaire Médecine* : M. Paraf ; externes : M. Prestrot (J.), Mlle Begzadian (V.).
14. *Service temporaire de Chirurgie* : M. Toupet ; externes : MM. Georges (F.), Rudelle (V.), Paillas (J.), Maim (J.).

Ab Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; chefs de clinique : MM. Hesse, Delay, Gabriel, Guilly ; chefs de laboratoire : MM. Bertrand, Lereboullet, Schmite, Mathieu, Bernon ; internes : MM. Grossiard (A.), Pécher (Y), Mlle Rotté (S.) ; externes : MM. Bourguet (J.), Rouault de la Vigne, Rouff (M.), Goltz (S.), Mlle Salmon (O.), MM. Seyer (J.), Le Bourg (J.), Radjaï (Y.).
2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Chabrun ; interne : Mme Dufour ; externes : M. Boya (V.), Mlles Monghal (Th.), Sibertin-Blanc, Mme Adam (M.), Mlle Merle (H.).
3. *Infirmerie du personnel et chalets* : M. Crouzon ; interne : M. Schneider (J.).
4. Médecin : M. Crouzon ; assistant : M. Christophe ; internes : MM. Taveau (P.), di Mattéo (J.) ; externes : MM. Durand (V.), Poulain (J.), Chauvisé (J.), Chardon (P.), Lioubtchanski, Metropolitanski (J.), Schaap (J.), Bernheim (L.), Tibi (M.).
5. 1er *Service temporaire.* — Médecin : M. Lenègre ; externe en premier : M. Cossart (R.).
6. 2e *Service temporaire.* — Médecin : M. Lenègre ; externe en premier : Mlle Laisney (S.).
7. Médecin : M. Etienne Bernard ; assistant : M. Kreis (B.) ; internes : M. Chassagne, Mlle Lotte (A.) ; externes : Mlle Llech (A.), M. Dubois (J.), Mlle Boissy (S.), MM. Rahmani (M.), Boutillier du Rétail, Bonan (A.), Dupré (B.).
8. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; assistants : MM. Funck, Gosset (J.) ; chefs de clinique : MM. Boudreaux, Chigot, Fontaine, Simon, Yovanovitch (à titre étranger) ; assistant médical : M. Jahiel ; chefs de laboratoire : M. Rouché, Mme Delaunez ; internes : MM. Huguier (J.), Lortat-Jacob, Guénin (P.); Médaille d'or : M. Léger (1er semestre) ; externes : MM. Santelli (R.), Basset (B.), Brion, Rousseau (G.), Welfling (J.), Pelbois (J.), Graveleau (J.), Angles (Cl.), Le Lorier (G.).
9. Médecins : MM. Vurpas et Barbé ; assistant : M. Aubrun ; externe en premier : M. Kreisler (L.).
10. *Electro-radiologie.* — 1° Service central : M. Bourguignon ; chef adjoint : M. Beau : assistants : MM. Humbert, Mathieu, Djian ; interne : Mlle Marquis (G.) ; externe : N...
2° Laboratoire central de radiographie : chef : M. Bourguignon ; adjoint : N... ; assistant : N...
3° Centre anti-cancéreux : M. ; assistant de curiethérapie : M.
4° Laboratoire de radioscopie de la clinique chirurgicale : M.
5° Chargé de cours de radiologie clinique : M.
11. *Clinique chirurgicale.* — Chirurgien : M. Petit-Dutaillis ; interne M. : Mlle Seyrig ; externes : MM. Welfling (P.), Diathine (R.), Japhet (E.).
12. *Premier service temporaire (Rougeole)* : M. Lenègre ; externes en premier: M. Cossart, Mlle Laisney, M. Pluvinage ; externes : MM. Delavelle, Bally (M.), Nomdedeu (H.), Magnoux (A.), Devieux (F.).
13. *Deuxième service temporaire* : M. Caroli : interne : M. Bernard (P.) ; externes : MM. Bureau (G.), Pomès (G.), Labourie (A.), Mlle Bonastre (G.), MM. Beau (P.), Picot (L.), Cahn (L.), Mlle Candau (J.).
14. *Consultation de Stomatologie* : M. Guilly.

Ac. Ivry. — 1. Médecin : M. Carrié ; assistant : M. Périer ; interne : M. Roux (M.) ; externe en premier : M. Rouget ; externes : MM. Devimeux (P.), Pellot (Cl.), Lebrun (M.).
2. *Chroniques et admissions.* — Externes : MM. Lanchon (F.), Drain (R.).
3. 2e *Service temporaire* : M. Carrié ; interne : M. Capron (externe en premier f. f.) ; externes : Casalta (J.), Ciechanowicz (J.).
4. 3e *Service temporaire (Varicelle)* : M. Michaux ; externes en premier : MM. Joinville, Toufesco ; externe : M. Vessal (Y.).
5. Chirurgien : M. Métivet ; interne : M. Martinet ; externe en 1er : M. Léandri ; externes : MM. Duranteau, Chateaureynaud (J.), Fossaert (H.).
6. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Pestel ; chef adjoint : M. Delapchier.
7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* (réservée aux malades hospitalisés) : M. Ramadier ; assistant : M. Baron (R.).

8. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Mesnard.
9. *Service de désencombrement :* M. Carrié ; externes : MM. Mselati (Ed.), Malange (R.).

Ad. MÉNAGES. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. Aubin (A.) ; interne : M. Depaillat (A.) ; externes : MM. Ardouin (M.), Boreau (J.), Mouzon (M.), Raymond (J.).
2. Chirurgien : M. Madier ; assistant : M. N... ; internes : MM. Livory (M.), Sagaut (P.), Lartigue ; externes : MM. Halberstadt-Seilinger (H.), Cottard (A.), Brouillet (A.), Mlle Hayot (L.), MM. Beck (A.), Manuel (L.), Sapin-Jaloustre (J.).
3. *Electro-radiologie ;* assistante : Mme Tedesco ; service temporaire : M. Launay ; externes en premier : MM. Ciaudo, Marzet ; externes : MM. Monod (M.), Boddaert (L.), Abramovitch (R.).

Ae. LA ROCHEFOUCAULD. — 1. Médecin : M. ; assistant : M. ; externe en premier : M. Blanchon ; externe résidant : M. Smilovici (H.).
2. *Service des tuberculeux.*
3. *Poste de radioscopie :* assistant : N... M. Nick.

Af. DEBROUSSE. — 1. Médecin : M. Debray ; interne : Nick ; internes : Fronville (P.) (externe en premier f. f. d'interne), Kaeppelin (M.), (externe en premier f. f. d'interne), Giret (externe f. f. d'interne) ; externes : MM. Erlich (J.), Bokser (B.), Bibring (A.), Bakhchayeck (F.).

Ag. BERCK HÔPITAL MARITIME. — 1. Chirurgien : M. Richard ; internes : MM. Fronville (P.) (externe en premier f. f. d'interne), Kaeppelin (M.) (externe en premier f. f. d'interne), Giret (externe f. f. d'interne) ; externes : MM. Erlich (J.), Bokser (B.), Bibring (A.), Bakhchavecfl (F.).
2. HÔPITAL LANNELONGUE. — Chirurgien : M. ; interne : M. Landau, externe en premier f. f. ; externes résidents : MM. Vossoughi (D.) ; Pinès (J.).
3. *Electro-radiologie.* — M. Parin, adjoint : M. N.

Ah. BRÉVANNES. — 1. Médecin : M. Renaud ; interne : M. Kropff, externe en premier f. f. ; interne (concours spécial) : M. Tahar (L.).
2. Médecin : M. Bourgeois ; interne : M. de Lignières ; internes (concours spécial) : Mlle Oganesoff (H.), M. Attali (P.), Mlles Fossier (J.), Lécuyer (G.), M. Lemanissier (A.).
3. Médecin : M. Chevalley ; interne : M. Weill ; internes (concours spécial) : Mlle Heulot (R.).
Consultation d'oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés : M. Lemariey ; assistant : M. Vachey.
4. *Electro-radiologie.* — Assistant : M.
5. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Nespoulous ; assistants : MM. Frack, Baillet.

Ai. SAINTE-PÉRINE. — 1. Médecin : M. Levesque ; interne (concours spécial) : M. Maillard (Cl.).

Aj. CHARDON-LAGACHE. — 1. Médecin : M. Levesque ; interne (concours spécial) : M. Delair.

Ak. HENDAYE. — 1. Médecin : M. Morancé ; internes (concours spécial) : MM. Faingold (G.), Gelber (él. f. f.).

Al. CHAMPROSAY. — 1. Médecin titulaire : M. Nouvion ; médecins assistants : Mlle Pauc, MM. Calamy, Imbert.
Consultation d'oto-rhino-laryngologie (réservée aux malades hospitalisés) : M. Lemariey ; assistant : M. Vachery.
Consultation de stomatologie. — Stomatologiste : M. Vrasse.

Am. ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le prof. Claude ; chefs de clinique : MM. Micoud, Nodet, Fortineau, Adnes ; externes : MM. Komarover (A.), Chaia (A.) ; chefs de labor. : M. Cuel, Mme Bonnard, MM. Blondel, Lehmann, Dubar, Cuzin, Piot, Rubenovitch, Mme Michon.
2. *Clinique neuro-psychiatrique infantile.* — Médecin : M. Heuyer ; chef de clinique : M. Beley.
3. *Electro-radiologie.* —
4. *Consultation dentaire.* —

An. SANATORIUM D'ANGICOURT. — 1. Médecin en chef : M. Buc ; assistants : MM. Ronce, Costes (G.), Fay.

Ao. SANATORIUM DE SAN SALVADOUR. — 1. Médecin : M. Fohanno ; adjointes : Mme Benoit, Mlle Roussy.

Ap. GALIGNANI ET BELOEUIL. — Médecin : M. Maréchal.

Aq. LA RECONNAISSANCE. *Fondation Brézin.* — 1. Médecin : M. Mutel.

Ar. CHAMPCEUIL. — 1. Médecin : M. Even ; médecin assistant : M. Pigeon.

As. LABRUYÈRE. — 1. Médecin : M. Fourès ; médecins assistants : MM. Durel, Pellier.

At. GARCHES. — 1. Médecin : M. Weismann ; interne : Mlle Lefebvre (J.), (ext. en premier f. f.) ; internes (concours spécial) : MM. Anquetil (R.), Danset (P.), Saltet de Sablet.
2. *Consultation spéciale d'ophtalmologie* (réservée aux malades hospitalisés) : M. Dollfus.
3. Médecin : M. Kourilsky ; interne : Mlle Brille (D.) ; internes : concours spéécial : MM. Florès (C.), Biardeau (P.), Dugrenot (H.).
4. *Electro-radiologie :* assistant : M. Goubert.
5. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Marie.

Au. FONDATION MARMOTTAN. — 1. Chirurgien : M. Thalheimer.
Externes résidents : MM. Leibovici (M.), Isal (P.), Niego (H.).
2. *Electro-radiologie.* — Chef adjoint : M. ; assistant : M. Dupouy, f. f. de chef adjoint.

LIVRES NOUVEAUX

I. Les musculatures à fonctionnement volontaire ou automatique. — II. La vision simultanément nette à toute distance, unie à un pouvoir séparateur élevé, propriété de l'œil humain. — Docteur Louis CHAPELON. — Un vol. in-8° de 228 pages, 25 fr. — Vigot Frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le début de cet ouvrage est consacré à l'examen des différentes musculatures lisses et striées, à fonctionnement volontaire ou automatique. L'origine, la fonction, les caractéristiques de chacune d'elles sont successivement étudiées.

Utilisant les enseignements fournis par la recherche précédente, l'auteur s'est efforcé de dévoiler dans les chapitres qui suivent le procédé grâce auquel un mécanisme régulateur de l'accommodation permettant la mise au point automatique de l'appareil visuel sur les plans de l'espace les plus favorables pour la production d'une image nette et lumineuse se forme chez les vertébrés supérieurs.

Ce mécanisme, inexistant dans l'œil des céphalopodes et des vertébrés inférieurs, apparaît pour la première fois dans l'organe oculaire de l'oiseau, où il est encore bien imparfait. Enfin, dans l'œil humain, il atteint toute sa perfection, car par l'entremise de l'humeur aqueuse, la lumière en déclenche la mise en activité et en assure le jeu régulier.

Pour terminer, l'auteur expose sa théorie optique de l'accommodation chez l'homme, et cherche à démontrer comment, par suite du fonctionnement différent de la rétine périphérique et de la rétine centrale ou macula, l'œil humain acquiert à haute intensité lumineuse ces deux qualités primordiales pour un instrument d'optique : une profondeur de champ à peu près infinie, qui lui donne la vision simultanément nette à toute distance, et un pouvoir séparateur considérable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 10 MAI 1938)

La dénatalité. — Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Béclère, Marfan et Barrier, l'Académie adopte les conclusions du rapport de M. LEREBOULLET, présenté dans une précédente séance. (Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, N° 36, p. 578.)

Rapport. — M. POUCHET présente un rapport au nom de la Commission des Eaux minérales.

M. TANON lit un rapport sur les eaux minérales aux colonies.

Il naît moins d'enfants en France à la campagne qu'à la ville. — MM. LESAGE, CRUVEILHIER et MOINE ont recherché si la dénatalité dont souffre la France est, comme on l'a dit et répété si souvent, un mal des villes dont seraient exemptes encore les campagnes auxquelles on continue à attribuer avec J.-J. Rousseau, le beau rôle de renouvellement de la race.

Des chiffres exposés succinctement, il ressort que, si la France se dépeuple, c'est surtout aux dépens de la campagne, aux dépens des paysans. Moins de paysans dans notre pays, ce n'est pas seulement moins de Français parmi les plus Français de tous, car ils tiennent au sol, à la terre elle-même ; c'est aussi, pour la France, moins d'ordre, de patience, de sagesse, de prudence, de finesse d'observation, d'esprit d'entreprise freiné par l'expérience.

Or, ces qualités essentiellement paysannes sont pour beaucoup dans le génie de la France.

Le rôle du médecin dans l'orientation de l'enfant. — M. Henri GODLEWSKI. Le médecin a toujours eu un rôle de conseiller du chef de famille, lorsque celui-ci doit décider de l'orientation de l'enfant vers un métier ou vers une profession. Ce rôle a été étudié aux Assises de médecine que dirigeaient le professeur Carnot, MM. Edmond Lesné, Jules Renault, Castaigne et Mauriac, et le Parlement a pris en considération depuis, les conclusions de ces Assises qui reflétaient le sentiment général, en province et à Paris. L'opinion avait été, en effet, unanime sur les faits recueillis dans de nombreuses enquêtes régionales, rapports, mémoires, observations de carrière, apportés en masse et présentés dans les synthèses de la « Médecine générale française ».

Tous établissaient qu'au début de l'adolescence, entre 13 et 15 ans, l'enfant subit les transformations physiques et psychiques dont dépendent ses aptitudes d'homme ; c'est en classe de 3e au lycée que s'opèrent le plus de pubertés ; en seconde, chez un quart des élèves, il n'y a pas encore la transformation physique qui précède la transformation intellectuelle. Au préalable, l'enfant ne possède pas toujours la « flèche de sa vie future » ; on ne doit donc pas se hâter de dire de l'un qu'il sera un prodige, ni d'un autre qu'il ne fera rien de bon. Des exemples célèbres le prouvent.

L'auteur espère qu'on arrivera à la solution proposée par les médecins, un conseil tripartite de parents, médecins, éducateurs, solution possible dans un avenir prochain, grâce à un désir commun de concorde, qui existe.

Le corps médical s'y applique d'autant mieux que, suivant l'expression de Georges Duhamel, président les Assises nationales : « Le médecin se fait entendre pour réclamer noblement le respect de ses droits qui sont modestes, et de ses devoirs qui sont grands, qu'il connaît et qu'il accepte ».

Résultat du fonctionnement pendant quinze années d'une chambre d'allaitement régulièrement surveillée. — M. P. ARMAND-DELILLE rappelle que les chambres d'allaitement organisées en application de la loi Paul Strauss du 5 avril 1917, constituent une des meilleures garanties de la santé des nourrissons lorsque les mères sont obligées de travailler,

puisqu'elles leur permettent d'allaiter leur enfant au sein dans de bonnes conditions de soins et d'hygiène.

Chargé depuis 1922 de la surveillance de la chambre d'allaitement du personnel de la Salpêtrière, l'auteur a pu, en faisant observer dans cette institution les règles de l'allaitement prescrites par Marfan, l'héliothérapie pendant la belle saison, obtenir pour tous les enfants une croissance régulière et même au-dessus de la normale pour 20 % des enfants.

Sur 424 nourrissons, on n'a observé aucune maladie de carence, aucune avitaminose, ni aucun cas de rachitisme, ni de gastro-entérite aiguë ou chronique.

Grâce au boxage individuel, il n'y a eu aucune épidémie. Les cas de mort observés dans la proportion de 5 pour 100, chiffre très faible pour un élevage en commun, ont été pour la moitié (11 cas) dus à des broncho-pneumonies (sans doute favorisées par le transport du matin et du soir pendant la mauvaise saison, des nourrissons). D'autre part, six cas de méningite, dont 4 tuberculeuses dues à des contaminations familiales méconnues, 1 cas seulement de diphtérie et 4 morts dues à des états constitutionnels : 1 malformation congénitale du cœur, 1 hypertrophie du thymus, 1 invagination intestinale et 1 eczéma.

L'auteur conclut que lorsque l'élevage ne peut être fait à domicile par la mère restant au foyer, la chambre d'allaitement donne la possibilité d'un élevage dans de bonnes conditions de sécurité physiologique et hygiénique.

Rectification. — Le rapport de M. Le Noir sur l'emploi des eaux minérales à la source, a été adopté dans la précédente séance.

CHRONIQUE

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR MAURICE VILLARET

Il y a quelques années, M. Maurice Villaret avait eu, comme professeur d'hydrologie, l'occasion de faire une première leçon dont le souvenir était resté, très vivant, chez les amateurs de beau langage. Aussi, vendredi dernier, étaient-ils venus en nombre assister à celle par laquelle, appelé à occuper la chaire de propédeutique de l'hôpital La Charité-Broussais, il inaugurait ses nouvelles fonctions. De bonne heure, l'amphithéâtre est comble : sur les bancs, une jeunesse ardente et toute prête à vibrer ; autour de la table professorale, l'élite du corps médical. L'Académie de Médecine est représentée par MM. Le Noir, Pettit, Roussy, Rouvillois, Siredey ; le corps professoral par M. le Doyen Tiffeneau, MM. Achard, Beaudoin, Binet, Carnot, Clerc, Crouzon, Fabre, Laignel-Lavastine, Laubry, Lavier, Legueu, Lereboullet, Lévy-Solal, Loeper, Nobécourt, Polonowski, Rathery, Rouvière, Sergent, Strohl ; les agrégés et médecins des hôpitaux par MM. Bariéty, A. Basset, Etienne Bernard, Boulin, Cachera, Chabrol, Coste, Cottenot, Donzelot, Haguenau, Hazard, Justin-Besançon, Mlle Lévy, MM. Pasteur Vallery-Radot, Sainton, de Sèze, Trémolières, Troisier, Veau ; les hydrologues, par MM. Cottet, Durand-Fardel, Flurin ; la presse par MM. Lévy-Valensi et Molinéry. A onze heures précises, le Maître fait son entrée, salué par d'enthousiastes acclamations. Pour commencer, les remerciements rituels : à M. Roussy, grand doyen, plus grand recteur, ami très cher que, dans l'intimité, on ose tutoyer ; à M. Tiffeneau, chimiste éminent autant qu'aimable ; à M. Achard, génial inventeur auquel on doit l'idée de la rétention, et dont la verte activité ne connaît pas le repos ; à M. H. Roger qui, le premier, a trouvé les agglutinines ; à M. E. Sergent, dont il a pu jadis apprécier la forte personnalité alors que, modeste externe à Saint-Antoine, il suivait ses conférences avec zèle, exactitude et subordination, auquel il a l'honneur de succéder aujourd'hui et dont, plus que personne, il admire les travaux sur l'*Insuffisance surrénale* et sur les *Affections de l'Appareil respiratoire* ; à M. le Directeur général de l'Assistance publique ; à MM. Serge Gas et Roland Marcel. Il annonce ensuite qu'il va traiter de l'*Objectivité en clinique*, et s'efforcer de montrer comment, en présence d'un malade, il faut savoir se méfier de sa première impression et utiliser toutes les méthodes : interrogatoire, examen minutieux des diverses fonctions, détermination des signes physiques, recherches biologiques, avant d'établir un diagnostic dont découlent pronostic et thérapeutique. Cette belle profession de foi scientifique, comment en rendre compte ? Notons seulement que l'orateur y a fait preuve des plus rares qualités : bon sens qui, contrairement à ce que pense un illustre philosophe, n'est nullement « la chose du monde la mieux partagée » ; érudition, qui permet de retrouver dans les vieux ouvrages quelques-unes des découvertes modernes et de donner à beaucoup des leçons de modestie ; impartialité, vertu essentielle de l'historien, qui peut ainsi, selon l'expression de Tacite, parler de tous « sans colère comme sans faveur » ; esprit critique, grâce auquel on peut jeter par-dessus bord ces théories antiques et solennelles qui s'appelaient l'*animisme*, le *vitalisme*, le *solidisme*, l'*humorisme*, pour analyser exclusivement l'*esprit des lois* qui dominent la pathologie humaine ; bonheur dans les citations, empruntées ici à Laënnec ou à Claude Bernard, là à MM. M. Bedel et Georges Duhamel ; remarquable habileté à peindre des portraits, qu'il s'agisse de Galien, médecin intolérant du plus tolérant des rois, génie quinteux et systématique, de Broussais, atteint d'une « kolossale » hypertrophie du moi « controversiste « superbe », mais mal embouché, orateur doué d'une éloquence propre à faire haïr l'éloquence et à lui « tordre le cou », vulgarisateur de traitements si désastreux que, depuis leur emploi, « la mortalité a augmenté dans la capitale » (Laënnec) ; et, surtout, d'Antonin Gilbert, qui n'avait de médiocre que la taille ; frêle enveloppe qui cachait une intelligence lumineuse et une volonté de fer ; Gilbert, grand cœur, encore que les premiers contacts fussent plutôt réfrigérants ; Gilbert, qui a exercé sur tous ceux qui l'ont approché une prestigieuse influence et qui a su faire du vieil hôpital Broussais un centre incomparable d'enseignement ; Gilbert, maître de tant de maîtres ; Gilbert,

Tel qu'en lui-même enfin l'éternité le change.

Le Prof. Villaret n'est pas seulement un érudit et un lettré. C'est aussi un chercheur dont les études sur la *Pression veineuse* et sur la *Circulation cérébrale* sont aujourd'hui classiques. C'est encore un organisateur qui a su donner à l'enseignement de la Climatologie un magnifique essor. C'est enfin un animateur plein d'aménité, toujours prêt à donner des idées à ses élèves, à nourrir les abeilles de sa ruche pour « recueillir un miel exquis ». Comment s'étonner des applaudissements sans fin qui ont salué sa péroraison ? Maintenant qu'il a un service digne de lui, comment ne réaliserait-il pas les espérances que, si justement, tous fondent sur son sens de l'action. Sur son goût pour l'*évolution créatrice*, sur son *énergie spirituelle* ?

L. BARONNEIX.

Petit guide de physiothérapie, par Vincent PASCHETTA. Un volume de 188 pages. Prix : 40 fr., à l'expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6ᵉ. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6ᵉ) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours à deux places de médecin des hôpitaux.* 1ᵉʳ concours de nomination.

Jury du concours : MM. Gautier, Rist, Faroy, Binet, Ramond (Félix), Lelong, Pinard, Huber, Carnot, M. Renaud, Grégoire.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Epreuves de nomination. — 2ᵉ épreuve clinique. — MM. Longuet, 10 ; Mouchet, 19 ; Padovani, 19 ; Hepp, 19.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Jury : MM. les docteurs Halphen, Bouchet, Le Mée, Ramadier, Bourgeois, Lœderich, Schwartz.

Concours de l'Assistance médicale. — Jury : MM. les docteurs Tinel, prof. Jeannin, Bochory, Mlle le docteur Kœssler, M. Durand Jean, Mme le docteur Ogliastri, M. Lazard.

Hôpital Sadiki à Tunis. — Un concours aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, le 1ᵉʳ juillet 1938, à 9 heures, pour l'attribution d'un poste d'accoucheur à l'hôpital Sadiki de Tunis (indemnité annuelle : 15.000 fr.).

Adresser avant le 4 juin 1938 à la Direction de l'Assistance et de la Santé publiques, à Tunis, une demande avec indication de la résidence.

Il est nécessaire d'être Français ou Tunisien et âgé de moins de 40 ans.

Pièces à fournir : Extrait du registre des actes de naissance ; 2° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; 3° Extrait du casier judiciaire et certificat de bonnes vie et mœurs ne remontant pas à plus de trois mois ; 4° Notices sur titres, travaux et services antérieurs.

Les épreuves du concours consisteront en : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie et de chirurgie obstétricales d'une durée de trois heures (sans note, ni livre) ; 2° Une épreuve clinique orale sur deux malades d'obstétrique. Toutefois, un malade de gynécologie pourra être présenté (pour chacun d'eux : une demi-heure pour l'examen, dix minutes pour l'exposition) ; 3° Une appréciation des titres, travaux et services des candidats.

Entrée en fonctions le 1ᵉʳ septembre 1938.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du Prosectorat.* — Lecture des copies. — Séance du 11 mai (*Anatomie*). — MM. Chigot et Olivier, 30 ; Fontaine et Judet, 28 ; Léger et Rousseau, 27 ; Chevallier, 26 ; Caby et Delinotte, 25 ; Roux, 24.

Séance du 12 mai. (*Pathologie chirurgicale*). — MM. Chigot et Olivier, 29 ; Judet et Léger, 28 ; Chevallier, Fontaine et Rousseau, 27 ; Delinotte, 26 ; Caby, 22 ; Roux, 20.

Séance du 13 mai. — Epreuve écrite : (*Biologie*) : MM. Chigot, 18 ; Olivier, 17 ; Judet et Léger, 16 ; Delinotte, Fontaine et Rousseau, 15.

Concours de l'adjuvat. — Lecture des copies (*Physiologie*). — Séance du 10 mai : Morel-Fatio et Laurence, 18 ; Cordebar et Verne, 16 ; Monsaingeon, Lecœur et Simon, 15 ; Billard, 14.

Séance du 12 mai (*Physiologie*). — MM. Mathey, 18 ; Denoix, 17 ; Debeyre et Picard, 16 ; Coldefy et Tissot, 14.

Séance du 14 mai. — Lecture des copies. (*Pathologie chirurgicale*). — MM. Mathey, 19 ; Laurence, 18 1/2 ; Verne, 18 ; Denoix et Simon, 17 ; Monsaingeon, Morel-Fatio et Picard, 16 ; Cordebar, 15 ; Debeyre, 14.

Bourses de doctorat. — Les inscriptions pour l'obtention des bourses doivent avoir lieu avant le 10 juillet. Les étudiants sont invités à consulter les affiches et à constituer dès maintenant leur dossier de bourse. (S'adresser au secrétariat de la Faculté, guichet Nº 1, de midi à 15 heures.)

Des *exonérations du droit d'inscription et des exonérations de droits scolaires aux étudiants appartenant à des familles nombreuses*, renouvelables tous les ans, sont accordées dans les conditions indiquées par les affiches et jusqu'au 31 octobre, dernier délai.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — La prochaine session du Conseil supérieur de l'Assistance publique s'ouvrira le vendredi 27 mai 1938.

Ministère des Pensions. — Le docteur M. Sureau, secrétaire général de la Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 août 1933, communique la note suivante :

Postes vacants pour l'année 1938, à pourvoir d'urgence, réservés aux médecins pensionnés de guerre :

Ministère de la Justice : médecin maison d'arrêt de Montluçon : 1.

Ministère de l'Agriculture : vétérinaire à l'abonnement au Haras de Pompadour (Corrèze) ; vétérinaire à l'abonnement au dépôt d'étalons de Rosières-aux-Salines (Meurthe-et-Moselle) : 1.

Ministère des Finances. — Médecin assermenté à l'Administration centrale : 1 ; médecin à l'Imprimerie nationale : 1.

Ministère de l'Education nationale. — Médecins, lycées de garçons de Belfort : 1. — Lons-le-Saunier : 1. — Agen : 1. — Caen : 1. — Bourg : 1. — Epinal : 1. — Limoges : 1. — Quimper : 1. — Metz : 1.

Chirurgien, lycée de Charleville : 1.

Dentistes, lycées de : Le Mans : 1. — Rouen : 1. — Aurillac : 1. — Albi : 1. — Oran : 1.

Gouvernement général de l'Algérie. — Médecin, lycée de garçons de Bône : 1.

Médecin collège de jeunes filles de Philippeville : 1.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (prof. F. RATHERY). — Dimanche 22 mai, 10 h. 30 : Conférence sur les thérapeutiques nouvelles : M. G. FAROY : Traitement des diarrhées par troubles fonctionnels.

Lundi 23 mai, 9 h. : M. BARGETON : Leçon de séméiologie pulmonaire. — 10 h. 30 : M. DEROT : Présentation de malades.

Mardi 24 mai, 9 h. : M. SALLET : Leçon de séméiologie cardio-vasculaire. — 10 h. 30 : Mlle JAMMET : Présentation de malades. — 11 h 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Mercredi 25 mai, 9 h. : M. MANDE : Leçon de séméiologie nerveuse. — 10 h. 30 : M. KOURILSKY : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies du rein.

Vendredi 27 mai, 9 h. : M. BACHMAN : Leçon de séméiologie digestive. — 10 h. 30 : M. LARGEAU : Présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. F. RATHERY : Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 28 mai, 9 h. : M. J. FERROIR : Leçon de séméiologie rénale et endocrinienne.

Dimanche 29 mai, 10 h. 30 : Conférence sur les thérapeutiques nouvelles : M. VILLARET : Thérapeutique des embolies pulmonaires.

Institut de parasitologie. (Directeur : Professeur : E. BRUMPT). — ECOLE DE MALARIOLOGIE. — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du mercredi 1er juin au mercredi 6 juillet 1938, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le professeur E. BRUMPT. Les leçons théoriques seront données l'après-midi de 14 à 15 heures ; elles seront immédiatement suivies d'une séance pratique, d'une durée maxima de 3 heures, dirigée par M. L. BRUMPT, interne des hôpitaux, assisté de M. DAO VAN TY.

Le diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs en médecine français ; 2° aux étrangers pourvus du diplôme de doctorat de l'Université de Paris (mention médecine) ; 3° aux étrangers pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

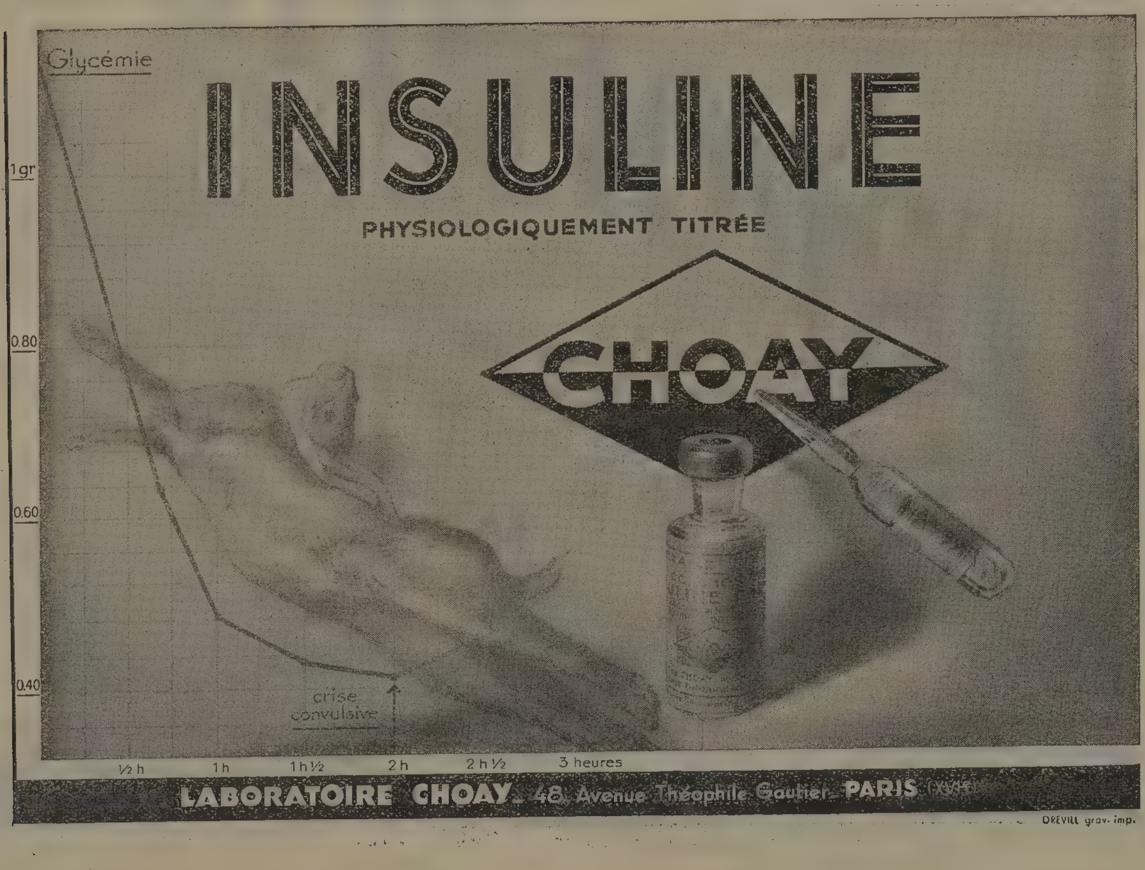
Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions ou les internes en médecine reçus au concours pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Droits à verser : droit d'immatriculation, 150 fr. ; droit de bibliothèque, 60 fr. ; trois séries de droits de laboratoire, 790 fr. — Total : 1.000 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet Nº 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

COURS PRATIQUE DE SYMPATHOLOGIE CLINIQUE. — Le professeur LAIGNEL-LAVASTINE, avec la collaboration de MM. ROSENTHAL, DELHERM, PASTEUR VALLERY-RADOT, ALAJOUANINE, Paul CHEVALLIER, TINEL, BAILLIART, JUSTIN-BESANÇON, FISCHGOLD, GALLOT, VINCHON, LARGEAU, FAY, Georges d'HEUCQUEVILLE, Mme Michel GAULTIER, MM. COCHÈME et PAUGAM, commencera le lundi 16 mai 1938, à 10 h. 30, à la Pitié, service 4, un cours pratique gratuit sur les *Actualités sympathologiques*, en 10 leçons avec présentation de malades et exercices de laboratoire.

Ce cours, fait tous les jours à 10 h. 30, comprendra une conférence et des exercices pratiques.


Glycémie
1gr
0.80
0.60
0.40
INSULINE
PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE
CHOAY
crise convulsive
½ h
1 h
1 h ½
2 h
2 h ½
3 heures
LABORATOIRE CHOAY, 48, Avenue Théophile Gautier, PARIS
DREVILL grav. imp.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS, OPHTALMOLOGISTES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGISTES); 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3° INTERNES; 4° EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement publié dans le précédent numéro. Le chiffre correspond au service.*
Exemple : M. Cartier N-1. = N Hôpital de Vaugirard, 1. Service de M. le prof. Duval.

MÉDECINS

et assistants.

Abrami, L-4 et L-5
Alajouanine, Aa-2.
Albeaux, D-2.
Albot, K-2.
Ameuille, F-4.
Armand-Delille, E-4
Aubertin, B-4 et B-6.
Aubin, Ad-1.
Aubrun, Ab-9.
Auzépy, V-3.
Azerad, A-3.
Azoulay, J-1.
Babalian, B-7.
Babonneix, P-19.
Baguette (Mlle), W-5.
Barbé, Ab-9.
Barbier, Aa-8.
Bariéty, J-8.
Baron, J-1.
Bash, I-15.
Baudouin, A-3.
Beaujard, A-9.
Bénard (Henri), A-5
Bénard (René), J-8.
Benda, Q-2.
Benoit (Mme), Ao-1
Bernard (Etienne), Ab-7.
Bertrand-Fontaine (Mme), L-8.
Bezançon, J-1 et J-3
Binet, D-3.
Bissery, O-5.
Bloch, I-5.
Bocage, P-5.
Boidin, K-1.
Bolgert, H-6.
Boltanski, C-15.
Bompard, I-4.
Boutin, C-10.
Bourgeois, Ah-2.
Bourguignon, I-6.
Bousser, F-12.
Braun, J-1.
Bréhier, I-15.
Brincourt, G-1.
Brocard, C-9
Brodin, Ad-1.
Brulé, I-3.
Brun du Bois Noir (de), B-6.
Buc, An-1.
Busson, C-7.
Cahen, C-6.
Cain, C-4.
Calamy, Al-1.
Carnot, Al-1.
Caroli, Ab-13.
Carrié, Ac-3 et Ac-9
Carteaud, P-1.
Cathala, V-3 et V-4
Cattan, C-4.
Célice, J-13.
Chabanier, O-1.
Chabrol, C-7.
Chabrun, Ab-2.
Chevalley, Ah-3.
Chevallier, F-8.
Chiray, K-2.
Christophe, Ab-4.
Claude, Am-1.
Clément, V-7.
Clerc, B-2.
Colin (f.f.), F-8.
Corbillon (Mlle), F-2.
Coste, L-6 et An-1.
Courcoux, M-1.
Courtin, G-13.
Couvreux, L-11.
Crouzon, Ab-3 et Ab-4.
Darré, E-6.
David, B-5.
Debray, Af-1.
Debré, X-1.
Decourt, H-3.
Degas, H-15.
Delon (Mlle), V-7.
Deron, K-4.
Dolfus (Mme), O-3.
Donzelot, G-3.
Dreyfus (Gilbert), F-12.
Ducas, I-8.
Durel, As-1
Duvoir, P-3.
Eck, E-7.
Escalier, B-11.
Even, Ar-1.
Fabre, M-6.
Facquet, I-2.
Faroy, K-4.
Faure-Beaulieu, C-6
Fay, Am-1.
Fauvert, L-8.
Fiessinger, D-2.
Flandin, P-6.
Florand, X-2.
Fohanno, Ao-1.
Fouquet, W-2.
Fourès, As-1.
Gallot, B-3.
Garcin, K-9.
Garnier, K-9.
Gautier, H-4.
Gennes (de), H-5.
Golé, P-4.
Gougerot, P-1.
Gougen, P-19.
Grenet, W-1.
Guillain, Ab-1.
Gutmann, A-9.
Halbron, A-2.
Haguenau, I-8.
Hamburger, G-13.
Hanaut, K-1.
Harvier, B-6.
Herscher, H-1.
Hemann (Mlle), H-4.
Heuyer, N-4.
Hillemand, I-3.
Hinault, F-4.
Hirsberg, H-2.
Horovitz, P-2.
Huber, X-2.
Imbert, Al-1.
Isaac, W-1.
Isch Wall, I-1.
Jacob, C-2, C-3 et C-9.
Jacquelin, D-4.
Jacquet, O-2.
Jahiel, Ab-8.
Janet, O-3.
Kaplan, D-3 et D-4.
Kindberg, G-5.
Klein, B-5.
Klotz, C-2.
Kourilsky, At-3.
Kreis, Ab-7.
Kudelski, F-4.
Labbé, F-1.
Lachter-Pachter, C-15.
Laederich, D-1.
Laignel-Lavastine, B-3.
Lambling, D-7.
Lamy, X-3.
Laroche, I-4.
Laubry, L-2 et L-3.
Launay, U-2.
Le Baron, P-5.
Léchelle, J-9.
Lejars, F-4.
Lelong, Z-1.
Lelourdy, G-2.
Lemierre, U-1.
Lemoine, F-4.
Lenègre, Ab-5, Ab-6 et Ab-12.
Lenormant, A-2.
Lereboullet, Z-1.
Lestocquoy, E-4.
Levesque, Ai-1, Aj-1.
Lévy (P.-P.), -11.
Lévy (R.), B-4, B-6.
Levy-Valensi, A-4.
Lian, I-2.
Loeper, C-1.
Lonjumeau, L-1.
Lortat-Jacob, H-15.
Lyon-Caen, H-11.
Maillard, Aa-8.
Marceron, J-13.
Marchal, I-7.
Maréchal, Ap-1.
Marie, X-1.
Marquézy, U-2.
Mauric, K-3.
May, I-5.
Ménétrel, G-3.
Merklen, A-5.
Meyer, C-9 et J-1.
Michaux, Ac-3.
Mignot, L-3.
Milhit, W-2.
Monier-Vinard, O-1.
Morancé, Ak-1.
Moreau Aa-7 et Aa-12.
Mouquin, Y-1.
Moussoir, M-3.
Mutel, Aq-1.
Nico, J-7.
Nobécourt, E-1 et E-15.
Nicaud, H-6.
Nouvion, Al-1.
Ollivier, I-5.
Pagniez, C-5.
Paisseau, V-1 et V-2
Paraf, Aa-3 et Aa-13.
Pasteur Vallery-Radot, K-3.
Pauc (Mlle), Al-1.
Pergola, G-4.
Péron, O-5.
Pescarolo, I-6.
Pichon, W-5.
Pigeon, Ar-1.
Pignot, I-6.
Pinard, F-2 et F-3.
Plichet, C-5.
Pollet, P-3.
Poumeau-Delille, P-6.
Prieur (Mlle), P-19.
Pruvost, I-6.
Puech, B-5.
Rachet, M-6.
Ragu (Mme), J-1.
Ramond (Louis), J-4.
Rathery, B-1.
Renaud, Ah-1.
Ribadeau-Dumas, Ab-2.
Richet, G-4.
Richon, P-6
Rivet, H-2.
Roberti, H-1.
Ronce, An-1.
Roussy (Mlle), Ao-1.
Salles, H-5.
Scherrer (Mlle), C-9.
Sée, X-3.
Sézary, P-2.
Sèze (de), A-4.
Tieffry, O-2.
Tinel, G-1.
Tixier, E-7 et E-14.
Touraine, P-4.
Trémolières, M-1.
Troisier, J-6 et J-7.
Turpin, G-6.
Tzanck, P-7.
Uhry, C-10.
Vialard, J-4.
Vibert, G-5.
Villaret, L-3.
Vincent, B-5.
Vurpas, Ab-9.
Weil (M.-P.), C-8.
Weill (P.-E.), I-1.
Weill-Hallé, E-2 et E-3.
Weissenbach, P-5.
Weissmann, At-1.
Worms, D-1.
Zagdoun (Mme), E-6.

CHIRURGIENS

et assistants.

Ameline, L-7 et L-9
Aurousseau, P-8.
Banzet, B-7.
Basset, L-7 et L-9.
Baudelot, K-10.
Baudrand, E-9.
Bayle, F-10.
Bazy, P-9.
Berger (J.), D-6 et D-12.
Bergeret, E-10.
Bernard (R.), B-12.
Bertrand, W-3.
Blanquine, P-16.
Bloch, P-16.
Bloch (J.), A-6.
Blondin (M.), B-12.
Blondin (S.), P-9.
Boppe, P-20 et P-21
Braine, C-16.
Bréchot, C-12.
Brocq, K-7.
Bron, E-9.
Buquet, Z-2.
Cachin, I-16.
Cadenat, H-8 et H-9
Cahen, A-10.
Capette, K-5.
Chabrut, K-7.
Chevassu, F-10.
Chevrier, B-8.
Chifoliau, K-10.
Cunéo, A-6.
Deniker, I-11.
Desmarest, O-4 et O-6.
Desplas, B-9.
Dossot, P-12.
Duval (P.), N-1.
Fayot, D-8.
Fèvre, E-8.
Fey, D-5.
Fourestier, G-8.
Funck, Ab-8.
Garnier, P-20.
Gatellier, N-1.
Gaudart d'Allaines (de), I-9.
Girard, J-10 et J-14.
Girode, I-10.
Gosset, Ab-8.
Gosset (J.), Ab-8.
Gouverneur, P-12.
Grégoire, C-11.
Gueullette, K-5.
Guichard, V-5.
Guimbellot, G-7.
Heitz-Boyer, H-7.
Houdard, H-11.
Huard, M-4.
Kauffmann, G-14.
Küss, B-7.
Lance (Marcel), E-8
Lance (Pierre), F-11
Lardennois, J-10 et J-14.
Lenormant, F-9 et F-13.
Leveuf, W-3.
Madier, Ad-2.
Marchand, J-10 et J-14.
Marion, D-5 et D-11
Marsan, H-7.
Martin, Z-2.
Mathieu, F-11.
Maximin, C-16.
Meillère, I-19.
Ménégaux, F-9 et F-13.
Merle d'Aubigné, N-1.
Métivet, Ac-5.
Michon, C-11.
Mocquot, Q-1 et Q-2
Mollaret, J-15.
Mondor, K-6.
Monod (Raoul), Q-1
Monod (Robert), G-8.
Mouchet, Aa-5.
Moulonguet (P.), Y-2.
Moure, P-11.
Niel, P-21.
Oberlin, B-8.
Okinczyc, M-4 et M-7.
Ombrédanne, E-8 et E-9.
Petit, M-7.
Petit-Dutaillis, Ab-11.
Picot, P-8.
Quénu, D-8.
Redon, H-16.
Reinhold, C-12.
Richard, Ag-1.
Rouhier, G-9.
Roux (Marcel), A-10
Sabourin, P-20.
Sauvage, I-11 et I-16.
Sauvé, H-10.
Seillé, G-8.
Senèque, A-6.
Sorrel, V-5.
Soupault, G-14.
Thaleimer, O-4. O-6 et As-1.
Toupet, Aa-5, Aa-6 et Aa-14.
Welti, J-10 et J-14.
Wilmoth, F-9 et F-13.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Bidoire, P-15.
Chirié, A-8.
Cleisz, B-10.
Couvelaire, S-1.
Desnoyers, W-4.
Devraigne, H-14.
Digonnet, A-8.
Ecalle, M-5.
Jeannin, T-1.
Lacomme, S-1.
Lemeland, P-15.
Lepage, K-8.
Levant, G-12.
Lévy-Solal, C-14.
Metzger, R-1.
Portes, K-8.
Ravina, I-14.
Seguy, H-14.
Sureau, G-12.
Suzor, M-5.
Vignes, Z-3.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

Besnard, J-12.
Bideau, F-14.
Blum, A-7.
Bollach, I-13.
Bourdier, G-11.
Briquet, E-11.
Cantonnet, J-12.
Cerise, B-14
Coutela, P-14.
Deschamps, O-8.
Desprez, B-14.
Desvignes, C-17.

Dubois, H-13.
Ducraix, E-11.
Favory, V-8 .
Frileux, G-11.
Guillaumat, A-7.
Haas (Mlle), H-12.
Hartmann, O-8.
Hiran, V-8.
Joseph, C-17.
Jourdy, E-11
Kaz (Mlle), B-14.
Magitot, H-13.
Masson, P-14.
Mekdjian, K-12.
Monbrun, E-11.
Morax, H-13.
Parfonry, Aa-10.
Prelat, F-14
Renard, K-12 et X-7.
Seidel (Mlle), A-7.
Terrien, A-7.
Vallon (Mme), A-7.
Velter, C-17.
Weissmann-Netter (Mme), P-14.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

et assistants.

Arnaud (Guy), G-10
Aubry, Aa-10.
Baldenweick, G-10.
Baron, B-13.
Bérard, C-13.
Bloch, J-11.
Boëlle, W-6.
Bouchet, P-13.
Bourdial, P-13.
Bourgeois, K-13.
Buneau, C-13.
Chaillouet, H-12.
Chanel, O-7.
Chatellier, U-3.
Chavanne, I-12.
Demaldent, P-13.
Eyriès, B-13.
Ferrand, V-6.
Franck, K-13.
Halphen, C-13.
Hamelin, V-6.
Hautant, I-12.
Lallemant, U-6.
Lemaître, H-12 et M-8.
Lemariez, Al-1 et Ah-3.
Le Mée, E-12.
Le Pavec, P-13.
Leroux, O-7.
Leroux-Robert, G-10.
Loiseau, O-7.
Maduro, F-15.
Maillard, V-6.
Maspetiol, B-13.
Moulonguet, M-8.
Moulin, H-12.
Mousette, F-15.
Ombrédanne, X-4.
Pasqualini, C-13.
Pollet, W-6.
Rachet, H-12.
Ramadier, Ac-7 et B-13.
Richier, E-12.
Rouget, V-6.
Sailly, H-12.
Sauvain, Aa-10.
Sergent, V-6.
Vachery, Al-1.
Vachey, Ah-3.
Vaidié, E-12.
Szwarc, H-12.
Wisner, C-13.
Zhâ, E-12.

ÉLECTRO-RADIOLOGISTES

et assistants.

Aimé, Z-4.
Barreau, H-18.
Baude (Mme), D-10.
Beau, Ab-10.
Belot, P-18.
Bergmann (Mme de) C-19.
Blanche, M-10.
Bernard, D-10.
Bernard (Jac.), B-16
Boileau, F-16.
Bouchard, I-17.
Bourguignon, Ab-10.
Brennan, O-9.
Brunet, L-10.
Buhler, P-18.
Busy, C-19 et F-16.
Cadet, G-15.
Cassan (ff.), Aa-11.
Chenilleau (ff.), G-15.
Chenot, B-16.
Cherigié, L-10.
Choffat, P-18.
Clenet, C-19.
Codet, B-16.
Corbier, H-18.
Cottenot, L-10.
Couvreux, L-13.
Cros, F-16.
Damon, V-10.
Dariaux, Aa-11.
Defrance, E-13.
Decourty, I-17.
Delapchier, Ac-6.
Delaplace (Mme), G-15.
Delherm, B-16.
Desgrez, F-16.
Detré, O-9.
Devois, B-16.
Dioclès (ff.). A-12.
Djian, Ab-10.
Duchamp, P-18.
Dupouy, N-1.
Duval, W-8.
Falcoz (ff.), H-18.
Fischgold, B-16.
Foubert, K-14.
Frain, H-18.
Gally, N-3.
Gauillard, G-15.
Gérard, G-15.
Gibert, X-5
Gilson, D-10.
Giraudeau, P-18.
Godefroy, I-17.
Goubert, At-4.
Guénaux, V-10.
Guilbert, H-18.
Guillaumont, C-18.
Hélie, J-17.
Hicquel, K-14.
Humbert, Ab-10.
Joly, M-10.
Jouveau-Dubreuil, J-17.
Juquelier, X-5.
Juster, P-18.
Lagarenne, A-12.
Lamy, D-10.
Launay, Ad-3.
Lebouchard, K-14.
Le Canuet, K-14.
Lefebvre, B-16.
Le Goff, G-15.
Lehmann, K-14.
Liquier, L-10.
Lomon, W-8.
Lepennetier. I-17.
Liftchitz, G-15.
Maingot, J-17.
Mathieu (P.), Ab-10.
Méry, W-8.
Michon, X-5.
Morel-Kahn, B-16.
Nadal, P-18.
Nahan (ff.), P-18.
Nich, Ae-3.
Ordioni, C-19.
Parin, Ag-3.
Pestel, Ac-6.
Petit, S-2.
Piffault, K-14.
Pizon, P-18.
Porché, K-14.
Portret, J-17.
Prévost, M-10.
Pulsford, Q-4.
Puyaubert, P-18.
Ronneaux, F-16.
Solomon, C-19.
Strouzer, B-16.
Surmont, G-15.
Tedesco (Mme), Ad-3.
Thibonneau, E-13.
Thoyer-Rozat Q-4.
Wessbecker (Mme), K-14.

PHYSIOTHÉRAPIE HYDROTHÉRAPIE THERMOTHÉRAPIE

Duhem, A-14.
Le Camus, I-18.
Montmignaut, A-14.

STOMATOLOGISTES

adjoints et assistants

Baillet, Ah-5.
Béliard, A-11.
Bornet, H-15.
Bozo, B-15.
Cauhepré, V-9.
Chatellier, B-15.
Croquefer, L-12.
Darcissac, J-16.
Dechaume, Z-5 et P-17.
Delibéros, Z-5.
Farjin-Fayolle, M-9.
Frack, Ah-5.
Fromageat, G-16.
Gencel, P-17.
Gornouec, D-9.
Guilly, Ab-14.
Hénault, H-17.
Houzeau, P-17.
Izard, W-7.
Lacaisse, C-18.
Lacronique, I-19.
Lattès, Aa-9.
Lebourg, A-11.
Lemerle, V-9.
Lepoivre, I-19.
Lheureux, H-17.
Maleplate, F-17.
Maurel, F-17.
Mesnard, Ac-8.
Nespoulous, Ah.5.
Cernéa (Mme), A-11
Marie, D-9 et Al-5.
L'Hirondel, G-16.
Mesnard, B-15.
Normand, C-18.
Omnès, F-17.
Papillon, I-19.
Raison, K-15.
Richard, H-17.
Ruppe, X-6.
Schaefer, P-17.
Thibaut, C-18.
Vilenski, N-2.
Vrasse, Al-1.

CHEFS DE LABORATOIRE

Moniteurs et Préparateurs

Ardoin, H-12.
Barbier, L-3.
Baudelot, F-1.
Beauvy, F-9.
Bernon, Ab-1.
Bertrand, Ab-1.
Blondel, Am-1.
Bonnard (Mme), Am-1.
Braun, J-1.
Brouet, E-1.
Busy, F-1.
Cachera, A-1 et L-3
Chabanier, D-5.
Colombet, D-5.
Coquin, A-1.
Cuel, Am-1.
Cuzin, Am-1.
Dubar, Am-1.
Duché, P-1.
Duhem, A-13.
Duperrat, L-3.
Deglaude, L-1.
Delarue, J-1.
Delaunez, Ab-8.
Delherm, A-1.
Derner, E-8.
Desgrez, P-1.
Desmonts (Mlle), C-11.
Detrois, Z-1.
Deval, A-1.
Diocles, A-1.
Dognon, A-1.
Donato, Z-1.
Doubrow, B-1.
Eliascheff (Mlle), P-1.
Gallais, F-1.
Gauthier-Villars (Mlle), B-2.
Giraud, F-2.
Giraud, S-1.
Gothie (Mlle), Q-1.
Guillaumin, J-1.
Heim de Balsac, L-1
Hudelo, A-7.
Jaubert, L-1.
Kislewsky, A-7.
Kogan (Mlle), D-5.
Laffaille (Mme), E-1.
Lagarenne, A-1.
Landowska (Mme), E-1.
Laroche (Mme), E-1
Lavergne, A-1.
Lecrom, A-7.
Lehmann, Am-1.
Lereboullet, Ab-1.
Mathieu, Ab-1.
May, A-1.
Meites, T-1.
Michon (Mme), Am-1.
Minvielle, C-14.
Moricard, Q-1.
Moulin, H-12.
Moutier, N-1.
Palmer, Q-1.
Paris, B-2.
Penteuil, L-3.
Perrot, F-9.
Peyel, A-6.
Peyre, P-1.
Piot, Am-1.
Pretel, E-1.
Rachet, H-12.
Reilly, U-1.
Rémond, E-8.
Rouché, Ab-8.
Rubenovitch, Am-1.
Saint-Girons, E-8.
Schmite, Ab-1.
Sénèque, L-1.
Sureau, S-1.
Szwarc, H-12.
Thierry, F-1.
Traverse (de), B-1.
Truchot, D-5.
Vatran, A-7.

CHEFS DE CLINIQUE

et adjoints

Aboulker, N-1.
Adnes, Am-1.
Adrianopoulos, A-6.
André, B-2.
Antonelli, F-1.
Bachmann, B-1.
Bardin, L-3.
Bargeton, B-1.
Baumgartner, A-1.
Beley, Am-2.
Bensaude, A-1.
Bernard, Z-1.
Beuzart, A-6
Bioy, C-1.
Boros, S-1.
Boudin, P-1.
Boudreaux, Ab-8.
Bouley, T-1.
Boulle, P-1.
Bréhaut, F-9.
Brisset, E-1
Brouet (Mme), C-1.
Brouet, P-1.
Brunel, J-1.
Calvet, F-9.
Cassieu, H-12.
Chadourne, J-1.
Chigot, Ab-8.
Coen, S-1.
David, T-1.
Delamare, B-2.
Delay, Ab-1.
Delinotte, C-11.
Delorme, C-14.
Dugas, L-1.
Fauvert, L-3.
Ferroir, B-1.
Fontaine, Ab-8.
Fortineau, Am-1.
Friedmann, U-1.
Gabriel, Ab-1.
Gaston, H-12.
Grasset, C-14.
Guillot, Q-1.
Guilly, Ab-1.
Hanaut, J-1.
Hesse, Ab-1.
Hurez, E-1.
Jaïck, J-1.
Jausier, T-1.
Jomain, A-6.
Joseph, Z-1.
Judet, E-8.
Klotz, L-3.
Ladet (Mme), J-1.
Landowska (Mlle), L-1.
Laplane, U-1.
Leblanc, S-1.
Lemaître (Yves), H-12.
Leuret, F-9.
Livieratos, F-1.
Loewe-Lyon (Mme), C-1.
Macrez, B-2.
Mahoudeau, U-1.
Malgras, D-5.
Malinsky, L-1.
Mallarmé, A-1.
Martin, D-5.
Meilhaud, U-1.
Ménétrel, F-1.
Miallaret, N-1.
Micoud, Am-1.
Milhit, A-6.
Netter, C-1.
Nodet, Am-1.
Pergola (J.), F-9.
Pergola (A.), J-1.
Olivier, F-1.
Perreau, C-1.
Rambert, A-1.
Rodier, C-11.
Royer de Véricourt, L-1.
Sallet, B-1.
Salomon, H-12.
Sambron, F-1.
Simon, Ab-8.
Sterin, E-8
Sterne, B-2.
Tilitchef, E-1.
Varangot, A-6
Viala, D-5.
Wertheimer (Mme) Z-1.
Willot, Z-1.
Yovanovitch, Ab-8.
Zagdoun, A-6.

INTERNES

Adda (Mme), N-1.
Aharfé, I-11.
Aldou (Mme), P-19
Allilaire (Mme), M-8.
André, V-6.
Arnous, C-4.
Arviset, E-8.
Aschkenasy, I-1.
Attali (Conc. spéc.) Ah-2.
Aubin (Mlle), F-2.
Audry, A-8.
Aussannaire, J-7.
Azoulay, E-10.
Basset, P-6.
Bancaud, Z-3.
Bauchart (f. fonc.), G-9.
Beauchef, P-11.
Beaufils, I-10.
Bellin, F-6.
Bergeron (L.), B-8.
Bernard (P.), Ab-13.
Berthon, L-7.
Bertrand, B-14.
Biardeau, (C. spéc.) Ar-3.
Bibas, G-12.
Billard, J-11.
Blanchard (J.), C-7.

Boissonat, J-10.
Bonamy, D-5.
Bonduel, H-10.
Bonnenfant (Mlle), U-1.
Boulenger, F-4.
Bour, C-10.
Bouvier, Aa-1.
Bouwens, H-5.
Boyé, E-7.
Brault, P-2.
Brégeat, C-17.
Bret (J.), B-8.
Breton, E-12.
Breton (P.), P-6.
Brille (Mlle), Ar-3.
Brissaud, Aa-2.
Brumpt (L.), F-8.
Camus (P.), A-2.
Cans (Mme), D-4.
Capron (f. f), Ac-3.
Carasso, W-4.
Castany, D-6.
Cauchoix, N-1.
Caufment, I-11.
Cauvy, H-7.
Challiol, I-9.
Chalochet, B-7.
Chambon, I-7.
Champagne, T-1.
Champeau, C-12.
Charousset, J-9.
Chassagne, Ab-7.
Chenebault, F-1.
Chevalier, J-7.
Chiche, W-3.
Chigot, T-1
Claisse (R.), A-1.
Claracq, I-11.
Cler, P-7.
Clerc (H.), P-13.
Cochemé, B-3.
Combes, V-7.
Cordebar (J.), B-9.
Cornet (A.) Mme, U-2.
Cornet, F-2.
Costa, H-14.
Cuvereaux, C-9.

Damiens (Mlle), W-5.
Darhovsky (Mlle), J-11.
Debain (Mme), Z-2
Debain, J-10.
Debelut, W-3.
Debeyre, K-6.
Debidour (H.), F-10.
Debouvry, C-12.
Dechaume-Moncharmont, W-2.
Deguillaume, B-7.
Delaitre, L-3.
Delair (Conc. sp.), Aj-1.
Delatour (f. fonc.), G-11.
Delouche (f. fonc.), G-8.
Delzant, P-1.
Denis, N-1.
Denoix, A-6
Depaillat, Ad-1.
Depierre, I-6.
Derieux, D-5.
Desmonts, P-1.
Deuil, J-12.
di Matteo, Ab-4.
Drain, P-12.
Dreulle, J-1.
Dreyfus (B.), F-1.
Droguet, B-5.
Dubois (J.), G-1.
Dufour (Mme), Ab-2.
Dugrenot (C. sp.), Ar-3.
Dupuy, J-4.
Duret (M.), E-2.
Ebstein, D-6.
El Baz, Q-1.
Eyraud (Mlle), C-5.
Faingold (C. spéc.), Ak-1.
Faugeron, E-8.
Fauvet, F-1.
Feder (Mlle), V-5.
Feld, C-13.
Fischgrund, P-18.
Florès (C. spéc.), Ar-3.
Flourens, K-5.
Forget, P-11.
Fossier (Mlle) (C. spéc.), Ah-2.
Franchel, U-1.
François (A.), I-14.
Frébet, O-4.
Fressinaud, W-4.
Fronville (f. f.), Ag-1.
Gallaud, G-7.
Gaume, H-11.
Geffroy, K-1.
Gelber (f. f.), Ak-1.
Genevrier, O-3.
Gerbeaux, K-2.
Germain, K-7.
Ghozland, P-11.
Gillet, P-8.
Giraud (J.), I-12.
Giret (f. fonc.), Ag-1.
Nardi, Q-1.
Goulesque, F-8.
Gout, H-8.
Goutner, V-1.
Gras (L.), V-4.
Grenet, X-1.
Grèze, K-4.
Grossiord, Ab-1.
Grislain, Z-2.
Grumbach (Mlle), E-11.
Guénin, Ab-3.
Guenon-Mesnardi, H-14.
Guillemin, Z-1.
Guny, K-5.
Guyot, Q-2.
Hacker, J-8.
Haguenauer (Mme), V-2.
Haller (Mlle), (f.f.) R-1.
Hanoun, Aa-5.
Hector (Mme), B-4.
Hertzog, G-8.
Heulot (Mlle) (C. spéc.), Ah-3.
Hofmann, B-13.
Horeau, K-4.
Huchet, Aa-5.
Hufnagel (Mlle), A7-.
Huguier, Ab-8.
Imbona, E-4.
Jacquot, H-2.
Jamain, K-8.
Joly (A.), B-8.
Kappelin (f. f.), Ag-1.
Kaplan, Aa-1.
Kaufmann, I-8.
Kropoff (f. f.), Ah-1.
Krug, P-9.
Labayle (f. f.), G-10.
Lacorne (J.), D-3.
Lafon (J.), B-5.
Laigle, F-11.
Lajouanine, E-12.
Lambert (Mlle), H-13.
Lamotte (Mme), L-5.
Lamotte, L-6.
Landau (f. f.), Ag-2.
Lanvin (f. f.), G-9.
Larminat de (Mlle), V-5.
Lartigue, Ad-2.
Lascaux, M-4.
Lasry (f. f.), R-1.
Lataix, P-9.
Laurence, K-6.
Lautmann (Mlle), W-2.
Lecoeur, G-15.
Leconte, J-11.
Lécuyer (Mlle), (c. spéc.), Ah-2.
Ledoux-Lebard, C-1.
Lefebvre (Mlle), f. fonc.), Ar-1.
Lefebvre (R.), H-1.
Léger (Méd. d'or), 1er sem., Ab-8. 2e sem., K-6.
Le Loc'h, H-6.
Lemanissier (conc. spéc.), Ah-2.
Lenormant, H-3.
Le Picard (J.), P.-20.
Lepintre, I-4.
Leroy (A.), i-9.
Le Roy (F.), A-6.
Lesca, P-15.
Lesieur (P.), I-10.
Le Sueur, G-4.
Levy (J.), K-5.
Lévy (M.), P-7.
Lewi, H-4.
L'Hirondelle (J.), A-1.
Lignières, Ah-2.
Lindeux (Mlle), L-7
Livory, Ad-2.
Logeais-Barnaud (Mme), E-5.
Loiseau (James), M-4.
Lortat-Jacob, Ab-8.
Lotte (Mlle), Ab-7.
Magder, H-10.
Mage (Mlle), U-2.
Maillard (Conc. sp.) Ai-1.
Mande, B-1.
Marre, L-2.
Martinet, Ac-5.
Martrou, V-3.
Marschak, H-8.
Maschas, B-1.
Mathey, N-1.
Mathieu (A.), S-1.
Mathivat, L-1.
Mazingarbe, Q-1.
Ménétrier, P-3.
Meyer, L-7.
Meyer (J.), B-6.
Mignot, Aa-2.
Milliez, K-3.
Molinéry, C-8.
Monsaingeon, K-6.
Montalant (Mlle), C-6.
Morel-Fatio, F-9.
Morhange (J.), I-12.
Morichau-Beauchant, K-2.
Morin (P.), C-14.
Motte, F-9.
Mousseau, H-8.
Mozziconnacci, I-5.
Musset, D-6.
Nabert, I-9.
Nastorg, P-20.
Netter, H-11.
Neveu, M-4.
Nick, Af-1.
Nordmann, C-12.
Nouaille, G-3.
Oehmichen (Mlle), E-6.
Offret, O-1.
Oganesoff (Mlle), (conc. sp.), Ah-2.
Ollier (J.), C-11.
Ordonneau, I.-4.
Ortholon, E-1.
Osenat, H-12.
Paillas, M-1.
Paugnam, B-3.
Payet, P-4.
Pequignot, A-5.
Pecher, Ab-1.
Perol (f. fonc.), G-9.
Pertus (J.), B-9.
Philippe, Aa-7.
Picard (Mlle), P-20.
Picard (G.), F-11.
Picquard, P-12.
Pierra, Aa-5.
Pinet, G-12.
Piton, G-6.
Placa, A-6.
Plas, O-2.
Rault (Mlle), K-1.
Rault, M-3.
Raymondeau (M.), B-10.
Raynaud (M.), I-6.
Reignier (J.), B-9.
Rist (Mlle), W-3.
Robert J.), B-7.
Rochlin, C-12.
Rometti (f. fonct.), G-7.
Rotté (Mlle), Ab-1.
Rouchy, K-8.
Rougé, I-14.
Rougier, W-3.
Rousset, P-8.
Rouvillois, F-9.
Roux, Ac-1.
Rouzaud, B-16.
Sacquépée, H-12.
Sagaut, Ad-2.
Saks, C-14.
Salvanet, F-10.
Sayous, K-7.
Samain, E-8.
Schaefer, J-10.
Schapira, I-2.
Schneider, Ab-3.
Séguin, P-5.
Sénéchal, P-14.
Sérane, G-5.
Sereau, G-7.
Seyrig (Mlle), Ab-11.
Sikorav, L-3.
Simon (J.), C-11.
Soullard (J.), B-2.
Statlender, M-5.
Stefani, V-5.
Streusand, H-7.
Tahar (conc. spéc.), Ah-1.
Tallet, I-10.
Tardieu (G.), B-5.
Taveau, Ab-4.
Témine, P-5.
Tetreau, A-7.
Teyssier (Mme), A-3
Teyssier (L.), D-1.
Thaon (Mme), L-6.
Thomas, P-19.
Thomeret, P-9.
Thoyer-Rozat, K-7.
Tiffeneau, D-2.
Tissot (J.), C-11.
Torré, H-10.
Trotot, U-1.
Tulou, M-5.
Van der Boyen, H-5
Verne, N-1.
Vendryes, I-5.
Vermenouze, A-8.
Vernes, G-8.
Vialatte, K-3.
Vignalou, C-1.
Vildé, P-2.
Villanova, F-5.
Villey-Desmeserets, Z-1.
Vincent, E-10.
Vincent (Ph.), Y-1.
Vionnet, A-6.
Virz (Mlle), U-1.
Vivien, K-11.
Walther, P-2.
Weill, Ah-3.
Welti (Jean), A-3.
Wimphen, W-1.
Wintrebert, O-4.
Wolinetz, I-3.
Wolfrom (Mlle), P-15.
Wolfromm, U-3.
Zarachovitz, G-2.
Zivy, Aa-3.
Zwillinger, Aa-5.

EXTERNES

Externes en premier

Albou, I-15.
Audoly, Aa-9.
Baudon, B-8.
Blanchon, Ae-1.
Bourgine, B-11.
Ciaudo, Ad-3.
Corre (Mlle), D-7.
Cossart, Ab-5 et Ab-12.
Gorin, G-13.
Garnier (Mlle), G-1.
Goury-Laffont, H-15
Granjon, K-9.
Hébert, J-13.
Joinville, Ac-4.
Joussemet, E-5.
Kreisler, Ab-9.
Lacombe, E-15.
Laisney (Mlle), Ab-5 et Ab-12.
Léandri, Ac-5.
Lecointe, L-8.
Lefebvre (Mlle), At-1.
Lichnewsky, C-15.
Maignan, F-9.
Mattei, Y-2.
Marzet, Ad-3.
Pluvinage, Ab-12.
Poussier, Y-2.
Radzievski, F-12.
Renault, M-6.
Roger, O-5.
Rognon, A-9.
Ronsin, E-9.
Rosenkovitch (Mlle), I-1.
Rouget, Ac-1.
Scebat, G-5.
Thaon, Q-3.
Toufesco, Ac-4.
Tourneville (Mlle), P-3.

EXTERNES

Aalam (Mlle), P-11.
Abramovitch, Ad-3.
Ach (Mme), Aa-3.
Adam (H.), K-5.
Adam (Mme M.), Ab-2.
Adler (Mlle), Aa-12.
Aftalien (Mlle), I-5.
Agid, L-5.
Aguiskinee-Haitovitz (Mme), H-14.
Albert, H-5.
Albulesco (Mlle), E-1.
Alcan, O-4.
Alexandre (P.), O-4.
Alexandre-Keiser, U-1.
Alhinc (Mlle), F-2.
Alhomme, G-2.
Allain (J.), Q-3.
Allary, A-1.
Allary (M.), H-16.
Alloiteau, A-1.
Alpérine, D-10.
Amado (R.), P-15.
Amado, L-4.
Amirian, D-5.
Ancel (Mlle), A-9.
Ancelin, B-14.
Anghert, P-19.
Angles, Ab-8.
Anthony, V-5.
Antoine (Mlle), X-1.
Arditti (Mlle), B-5.
Ardouin, Ad-1.
Aritzia, A-9.
Arnaud (A.), X-2.
Arnaud (L.), A-6.
Arnavielhe, Aa-11.
Aslanian, F-6
Astre, Z-1.
Atcham (Mlle Paule), K-1.
Attal, I-1.
Attuil, C-9.
Aublin, F-3.
Aubouy, J-8.
Audbourg, L-6.
Aupinel (Mme), E-2.
Auquier, X-3.
Aurégan, B-13.
Auvert, H-11.
Auzoux, H-13.
Avril, J-7.
Baccouche, O-4.
Bach, V-1.
Badin, E-8.
Bahri, F-1.
Bailly, L-6.
Bailly (J.), F-13.
Bakhchayeck, Ag-1.
Ballade, H-13.
Ballerin, O-3.
Bangalter, B-9.
Barbery, K-1.
Barbet, C-13.
Barbier (M.), F-10.
Barbier (P.), J-1.
Bardon (G.), A-9.
Bareillier-Fouché (Mlle), D-2.
Barmade, L-6.
Barnier, O-7.
Barré (Y.), I-3.
Barrier, K-9.
Barrois (J.), C-12.
Bartfeld (Mlle), I-5.
Bartoli (Mlle), N-1.
Basdevant, B-7.
Basset, Ab-8.
Batteur, U-1.
Baudouin, B-13.
Baudy, D-1.
Baudry, F-9.
Bauer, I-12.

Baussan, F-5.
Béal, H-16.
Beck, Ad-2.
Begzadian (Mlle), Aa-13.
Behar, K-7.
Beinis, P-20.
Béjoux, C-1.
Bejsledem (El. f. fonct.), I-13.
Bellettre (Mlle), P-2.
Bellot, A-6.
Bena (M.), W-5.
Benard (Mlle), G-2.
Bendit, P-13.
Bénétaud-Girardot (Mme), E-14.
Benezit (Mlle), A-1.
Benidir, P-12.
Bennoum, H-10.
Benoit (Mme), J-1.
Benoit, V-5.
Benthowski (Mlle), O-8.
Bérenger (Mlle), F-9
Berger (Cl.), J-11.
Bergeret, G-8.
Bergeron, A-1.
Berille, O-6.
Berlinsku (Mlle), E-2.
Bernard (Mlle A.) D-6.
Bernard (P.), K-11.
Bernager, B-4.
Bernheim, Ab-4.
Berrier, B-4.
Berthet, C-4.
Bertho, E-7.
Berthomier, H-8.
Berthon (Mlle), C-12
Bertier (Cl.), N-1.
Bertier (J.), F-8.
Bertier, I-7.
Bertrand (Ch.), D-9
Bertrand (V.), B-10.
Berveiller, A-2.
Besle, P-16.
Bessière, I-4.
Beurrier, P-20.
Beyer, B-12.
Biaggi, L-1.
Bibring, Ag-1.
Bidault des Chaumes, A-6.
Bignon, J-4.
Bigou, Y-1.
Biro, C-4.
Bismuth, A-6.
Blanc (Guy), P-5.
Blancard, L-8.
Blanchon, K-5.
Blanquet, G-5.
Blanville (Mme de), E-6.
Blériot, Z-3.
Blestel, H-1.
Blieblum (Mlle), G-8.
Blintzowsky, A-6.
Bloch (Cl.), X-1.
Bloch (J.), Q-3.
Bloch (M.), H-17.
Blondé, P-4.
Boddaert, Ad-3.
Boismoreau, C-7.
Boissy (Mlle), Ab-7.
Boitard, K-5.
Bokanowski (Mlle), Y-2.
Bokser, Ag-1.
Bolivar, D-5.
Bonan, Ab-7.
Bonnefis, I-14.
Bonnier, C-11.
Bonvallet, P-1.
Boreau, Ad-1.
Borniche, M-2.
Bory, K-4.
Bosc (Mme), P-7.
Boschatel, G-5.
Boichenek, P-16.
Boswilwald, K-9.
Bottin (Mlle), V-1.
Boucaut, W-1.
Bouche, J-9.
Boudeville (Mlle), P-7.
Bouillié (Mme), P-1.
Bouillié, P-1.
Boulay (André), C-6
Boulon, U-2.
Bour, E-8.
Bourcard (Mlle), J-10.
Boudin (J.), H-6.
Bourdon, C-5.
Bourdy, K-2.
Bourgeaud, M-6
Bourget (Mlle), A-1.
Bourgin, H-13.
Bourguet, Ab-1.
Boursault (B.), O-2.
Boutbien, G-3.
Boutillier du Rétail, Ab-7.
Bouttier, D-3
Bouvaist, H-1.
Bouvet, P-13.
Bouygues, H-1.
Bouyssi, U-1.
Boya, Ab-2.
Brac, I-9.
Braconnier-Leclerc, F-12.
Brandon, C-6.
Brault (J.), I-11.
Brenier, K-6.
Brill, E-4.
Brillaut, B-8.
Brion, Ab-8.
Brisac (Mlle), G-1.
Brochard, S-1.
Brochemin, A-3.
Brouillet, Ad-2.
Brun (M.), Z-2.
Brunat, J-13.
Brument, J-10.
Bruneau, X-1.
Brunet (A.), B-8.
Brunet (P.), I-17.
Brustel, F-9.
Buchenaud, B-4.
Bucker (Mlle), I-5.
Bugaut, W-6.
Buisseaux, I-15.
Burgaud, I-12.
Buy, P-1.
Caballero, F-7.
Cabrières, X-4.
Caby (Mlle Th.), I-10.
Cacault, H-7.
Cachin (Mme), G-4
Cachin, K-1.
Cahour (Mlle), E-8.
Caillods, D-4.
Cain (P.), M-7.
Caldier, J-7.
Calloc'k de Kérillis, A-6.
Calmanovici, H-7.
Calvo-Platero, Q-3.
Camilleri (Mlle), B-10.
Camus (J.-L.), B-6.
Camus (Pierre), I-4.
Camus (P.), D-5.
Canat (Mlle), D-6.
Canivet, F-1.
Capelle, O-3.
Caplier, P-6.
Carballo, I-2.
Cardon, L-6.
Cargé, Z-1.
Cariage, U-1.
Caron (P.), G-12.
Carpentier (Mme), V-1.
Carraud, H-2.
Carré (Mlle), F-12.
Carillo, F-10.
Cartier, N-1.
Cartin, B-2.
Casalta (J.), Ac-3.
Casaurang, Aa-5.
Castaignet (Mlle), H-11.
Catalogne, B-6.
Caulliez (Mlle), G-10
Caussé (Mlle), A-3.
Cayé, I-6.
Cayla (Mlle), M-4.
Cayrol, I-5.
Cazes, Aa-5.
Ceccaldi, A-6
Celeste, E-11.
Chabasseur, E-6.
Chaberlet (Mlle), J-6.
Chabert, P-7.
Chabert (R.), J-13.
Chadoutaud, H-8.
Chaia, Am-1.
Chaignon (P.), K-4.
Chaillet (Mlle), A-1.
Chaltiel, P-12.
Chambon, F-12.
Chaminadas (Mlle), B-3.
Champagne, P-5.
Champeix, B-8.
Chaouli, P-11.
Chapelet, I-6.
Chappelard (Mme), X-1.
Chappelart, J-17.
Chapuis, C-12.
Chardack, L-6.
Chardon, Ab-4.
Chareire, B-13.
Chartrain, H-5.
Charuel, E-4.
Chassaing (Mlle), O-6.
Chateau, F-1.
Chateaureynaud, Ac-5.
Chatelin, K-3.
Chatellier, B-7.
Chaudouet, P-7.
Chauvin (J.), C-4.
Chauvisé, Ab-4.
Chavarot, B-2.
Chenille, P-4.
Chessebeuf, Z-1.
Chevallier (Mlle), A-1.
Chevillotte, E-7.
Chiche (Mlle), H-10.
Chilot, I-3.
Chirac (de), C-10.
Chopard, I-1.
Choubrac, G-3.
Chouinard, K-2.
Clamageran, B-10.
Claus (Mlle), K-6.
Ciechanowicz (J.), Ac-3.
Cirilli, H-11.
Cloche (Mlle), J-1.
Cœuillez, C-7.
Cohen (Aaron), I-11.
Cohen (G.), B-9.
Cohen (R.), N-1.
Colba, E-4.
Colbert, Aa-5
Collard (A.), G-12.
Collet, L-6.
Collet, I-10.
Collin (élève f. fon.) B-15.
Colombe (Mlle), C-10.
Colsy, G-9.
Combet, C-11.
Comte (Mme), F-2.
Comte, Q-2.
Connat, C-16.
Coquet, R-1.
Corbineau, D-5.
Corcos (V.), I-8.
Corcos (Ed.), I-10.
Cordier, M-2.
Coriat, C-6.
Coriat, K-10.
Coste, D-10.
Cottard, Ad-2.
Cottreau, G-7.
Couade, A-6.
Couche, G-7.
Couder, X-2.
Condurier, C-9.
Coujaret, F-1.
Couleru, Aa-1.
Coulon, B-11.
Courchet, K-3.
Courtenay-Mayères, U-2.
Courtin (J.), P-11.
Cousin (R.), C-8.
Coville, J-9.
Crabol, J-7.
Crépin, I-2.
Cresson, C-11.
Cruzeaux, L-3.
Cuadrado, W-5.
Cuenca, H-7.
Cuherstein (élève f. fonct.), H-18.
Cuzin, X-1.
Daguet, B-6.
Dailly (R.), W-2.
Damien, K-4.
Dama, H-7.
Daniel, C-10.
Danielou, O-1.
Danon (Mlle), E-14.
Darbord, J-10.
Daudet, K-8.
Dausset, A-5.
Dautel, L-6.
David (Mlle), G-7.
Davy, P-19.
Debost, E-10.
Debusschère, L-5.
Decormeille, B-1.
Decouflé (Mme), F-9.
Decouflé (P.), S-1.
Deffez, P-8.
Deguel, W-4.
Dehennot (Mlle), E-7.
Delalieu, B-7.
Delanoé (C.), A-6.
Delanoé (C.), C-11.
Delater, Aa-2.
Delcambre, B-1.
Delerba, U-1.
Demangre, I-7.
Demassieux (Mme), G-14.
Demassieux L.), Aa-12.
Denis (Mlle), C-1.
Denis, U-1.
Denis (Jean), C-6.
Denizet, D-6.
Deniziaux, C-3.
Denoyelle, Aa-1.
Denvil, H-6.
Depinay, C-15.
Depitre (Mlle), F-8.
Deribreux, I-11.
Derooz, P-15.
Derville (N.), O-4.
Desclaux (Mlle), B-5
Descroix (Mlle), D-8
Descroizilles, K-5.
Descubes, I-9.
Desgeorges, I-4
Desjeux, C-15.
Deslandes, V-3.
Dessons, A-6.
Desoutter (Mlle), P-8.
Desprez, H-11.
Desvignes, F-10.
Detré, Q-1.
Devaulx, D-5.
Devaux (M.), W-4.
Devillers (Mlle), Q-2
Devimeux, Ac-1.
Devraigne, P-3.
Dezarnaulds, L-1.
Didier (R.), S-1.
Diengott, A-4.
Dietrich, G-15.
Dicecono, P-9.
Dicesco, E-8.
Di Chiari, P-13.
Divisia, Aa-3.
Djuvara, Q-1
Dogué, E-15.
Dominguez y Gonzalez, E-12.
Douay, D-4.
Doumic (Mlle), B-1.
Doumic (J.), J-7.
Douroff (Mlle), V-7.
Doutriaux, B-8.
Doville, H-4.
Drain, Ac-2.
Dreux, J-3.
Dreyfus (A.), G-1.
Driart (élève f. f.), I-13.
Drouin, I-12.
Dubel, V-1.
Duboin (Mlle), H-6.
Dubois (Mlle), Aa-1.
Dubois (G.), F-2.
Dubois (J.), Ab-7.
Ducen, P-9.
Duchamp (Mlle), L-7.
Duché, P-20.
Duchêne, C-15.
Duchêne (H.), A-4.
Ducourneau, J-4.
Dufour, H-2.
Dufrèsne (Mlle), H-2.
Dufresne (P.), M-5.
Duhamel (Gérard), H-8.
Duhamel (G.), K-3.
Duhamel (M.), C-8.
Duizend, C-11.
Dukermann, B-8.
Dumas (M.), K-2.
Dumas (P.), C-9.
Dumay, P-18.
Dumont (Mlle G.), X-4.
Dunand-Henry (Mlle), E-12.
Dupas, B-6.
Du Pasquier (Mlle), Z-3.
Dupin-Girod, U-2.
Dupont (Mlle), F-1.
Dupont (V.), G-5.
Dupuy (M.), G-6.
Dupré, Ab-7.
Durand (Cl.), M-4.
Durand (Mlle), Aa-2
Durand (V.), Ab-4.
Duranteau, P-9.
Durgeat, O-8.
Durkheim (Mlle), W-2.
Duteil, V-5.
Duthil (Mlle), A-6.
Duthuit, H-1.
Duval (R.), D-3.
Duveau, I-10.
Duvillé, C-12.
Edelman, J-6.
Elgrabli, N-1.
El-Haïk, H-1.
Eliakim (Mlle), I-7.
Eman-Zadé, F-8.
Epstein, W-3.
Erlich, Ag-1.
Erlich (J.), H-12.
Estève, K-6.
Etienne, I-6.
Eydieux, M-1.
Fabre, G-2.
Fabre (Mme), W-1.
Fagnot (Mlle), I-9.
Faillebin, P-8.
Falk, E-12.
Faraggi, I-17.
Faucon, G-16.
Faure (Mlle), A-7.
Favre (P.), M-3.
Fayein, V-8.
Feffer, A-6.
Fehrembach, P-19.
Feine (Mlle), W-3.
Ferrand (G.), G-12.
Ferrand, L-3.
Ferrari (J.), R-1.
Ferrié (Mlle), I-14.
Ferrier, A-7.
Fiessinger, K-6.
Filhoulaud (Mme), O-1.
Filippi, E-12.
Fillon (Mlle), E-1.
Fineau, P-5.
Fitch, P-8.
Flabeau, G-5.
Flaisler (A.), P-7.
Flaisler, P-18.
Flandin, C-1.
Flavigny, I-10.
Flochart (Mlle), K-11.
Florent, Q-1.
Flouquet, I-6.
Flouquet, K-2.
Foix, Aa-1.
Follin-Swan, B-3.
Fontaine, F-10.
Fonteix, D-5.
Forgeais, I-6.
Fornet, A-10.
Fossaert, Ac-5.
Fouchet, J-12.
Fouks, B-3.
Fourmestreaux (de), P-6.
François (Mlle), J-2.
François (A.), J-7.
François (P.), J-1.
François (Ray.), H-15.
Franses (Mlle), J-3.
Frankfurt, C-15.
Fraquet, L-3.
Fredj, S-1.
Fresnel, H-16.
Friedler, W-3.
Frinault, C-5.
Frya, K-5.
Fuks, F-10.
Gabé, F-10.
Gagnier (Mlle), V-3.
Galand, P-2.
Galey, P-4.
Galimard, E-4.
Galland, Aa-5.
Galopeau, F-11.
Gandelon, H-6.
Gandar, E-8.
Garcia y Bengoches, J-10.
Garnal, O-1.
Gatovsky, I-7.
Gauchon (P.), M-3.
Gaudibert, K-7.
Gaulard, L-6.

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE DOSAGE BIOLOGIQUE DES GLUCOSIDES DE L'ADONIS VERNALIS

par M. F. Mercier et Mlle S. Macary (1)

On connaît la série d'études si intéressantes que poursuit le Professeur Mercier sur les glucosides de l'adonis vernalis et qui constitue la mise au point décisive des indications de ce médicament.

L'adoverne, ou association des deux glucosides de l'adonis vernalis, peut donc réaliser une synergie médicamenteuse très intéressante comparable à l'association digitaline-ouabaïne, mais possédant des modalités d'action particulières et des indications thérapeutiques propres.

C'est ainsi que d'après Chausset, Faguet, Jansen et Koopmann, Löhr, Hippe, Schoen, Lang, Engelen, Sacaze, Mouquin et Balacéano, Schafft, Januschke, Müller, etc., l'action thérapeutique de l'adoverne est plus proche de celle de la digitaline que de celle de l'ouabaïne ; l'adoverne exerce sur l'écorce cérébrale une action sédative très marquée ; il stimule le centre respiratoire et provoque un effet anti-dyspnéique particulièrement intense ; enfin son action diurétique est à la fois directe et indirecte et porte non seulement sur la diurèse aqueuse, mais aussi sur l'élimination de l'urée et des chlorures, l'adoverne étant à la fois un diurétique azoturique et déchlorurent ; d'où son indication dans tous les cas d'insuffisance ventriculaire gauche, de cardiopathies mitrales et dans tous les cas où il faut diminuer les œdèmes.

En résumé, c'est un médicament qui est capable de continuer, de suppléer ou même de remplacer l'action de la digitale.

(1) Société de Biologie de Marseille, *C. R. Soc. de Biol.* 1937, tome CXXIV, p. 745.



EUPHORYL
DERMATOSES PRURIGINEUSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES CUTANEES
INTOXICATIONS
3 CACHETS PAR JOUR
CAS AIGUS : INJECTIONS INTRAVEINEUSES
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
LABORATOIRES "ANA" 18, AV^{UE} DAUMESNIL, P
Euphoryl infantile
(GRANULE SOLUBLE)
TROUBLES DIGESTIFS
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
POSOLOGIE
1 cuillérée à café par année d'âge.
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS
ANA
18, AVUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe
hirudinase
(DRAGÉES)
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS
VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
AMÉNORRHÉES
Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFFICIENT DE FIXATION du Salicylate ANA sur la fibre cardiaque : 170 %
Salicylate de Na
Salicylate ANA
150
100
50
0
Salicylate SURACTIVÉ "ANA"
SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE
32 gr. SALICYLATE de NA SURACTIVÉ 15 fr.
SOLUTION
AMPOULES (INTRAVEINEUSES)
ses 4 avantages :
1 - Suractivation 170 %.
2 - Goût agréable
3 - Tolérance parfaite
4 - Concentration forte
Rhumatisme articulaire aigu et ses complications
ALGIES
INFECTIONS - SEPTICÉMIES
TROUBLES HÉPATIQUES
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS, XIIe

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR R. LEROUX

Lundi 9 mai, à 6 heures du soir, devant un amphithéâtre comble, devant l'élite du corps médical, le professeur Roger Leroux faisait sa première leçon. A peine a-t-il commencé que les applaudissements éclatent. Ils ne s'arrêteront plus, saluant, ici, une formule heureuse, là, une citation appropriée, soulignant, en maint endroit, une phrase émouvante parce qu'émue, tant il est vrai que *pectus est quod disertos facit !*

Ses premiers mots sont pour exprimer sa gratitude à tous ceux qui l'ont encouragé et soutenu : à M. le Doyen, dont la cordiale bienvenue lui a donné le temps de se ressaisir et de ne pas trop penser à la phrase de Lacretelle : « Voilà l'heure où l'audace se paie » ; à ses nouveaux collègues ; à certain jury d'agrégation qui, jadis, lui a rendu l'insigne service de le refuser, mettant son ambition au ralenti, lui facilitant, comme le dit G. Duhamel, la méditation que fertilise « la retraite exacte et féconde où l'homme est parfaitement seul », travaillant à l'œuvre qui le passionne ; au professeur Bezançon, habile rapporteur de sa candidature ; à M. Rist, *couronne rayonnante* dont les plus beaux fleurons s'appellent science et conscience ; à M. le professeur Gosset qui, dès 1913, lui a ouvert les crédits nécessaires à l'achat d'un microscope, d'un microtome et d'une étuve ; à M. Ameuille, son guide dans cette Ecole pratique où, depuis 1912, s'est écoulée toute son existence ; à MM. Boisseau et d'Œlsnitz ; à ses camarades : L. Cornil, Ch. Oberling, au regretté Ch. Grandclaude ; à son Ecole à laquelle il doit tant et dont volontiers, avec Michelet, il dirait : « Cette fille a fait son père » ; à ses parents, auxquels, en termes d'une filialité parfaite, il déclare que l'orgueil gonflera son cœur s'ils lui accordent seulement qu'il n'a pas démérité ; au professeur Roussy, dont l'élévation au rectorat nous remplit de regrets et de fierté : de regrets, parce qu'il nous quitte, de fierté, parce que, pour une fois, l'homme qu'il faut est appelé là où il faut, au Maître qui, en toutes circonstances, lui a témoigné une bonté si agissante qu'il faudrait inventer à son usage un mot encore plus respectueux et plus affectueux que celui de *Patron*, « un mot qui ne serait qu'à moi et pour vous, « un mot où je mettrais toute la reconnaissance qui m'at- « tache à vous ».

Après ces actions de grâce, l'histoire de l'anatomie pathologique. Elle remonte au IIIe siècle avant l'ère chrétienne. Son éclat pâlit jusqu'aux XIVe et XVe siècles, où chaque autopsie ne comporte pas moins de quatre séances : une pour les *membranes nutritives*, une pour les *spiritualia*, une pour les *animalia*, une pour les muscles et les os. Au XVIe siècle, Vésale, pour trouver dans les corps les causes des maladies, déterre les cadavres de la Butte de Montfaucon et du Cimetière des Innocents ; Léonard de Vinci, malgré de naturelles répugnances, s'astreint à la dissection qui, au XVIIIe siècle, devient une mode chère aux personnes de noble compagnie : la *Jeune captive* n'a-t-elle pas pour habitude de ne jamais voyager « sans emporter dans le coffre de sa voiture un cadavre à disséquer » ? (E. et J. de Goncourt). Voilà, enfin, des ouvrages de valeur : le *Sepulchretum*, de Th. Bonet, le *De sedibus morborum*, de Morgagni. Bichat, le premier, conçoit l'idée géniale de systèmes et de tissus « dont chacun a ses lésions propres ». Laënnec s'occupe de ces lésions, dont il analyse la structure, la formation, le mode d'action. Andral établit la liaison entre anatomie et physiologie. Virchow s'attache à l'étude de la *Pathologie cellulaire*, les auteurs d'hier à celle des interactions tissulaires, ceux d'aujourd'hui, à la décomposition de la cellule en molécules, des molécules en atomes, des atomes en ions. L'histologie normale ou pathologique est à base de physico-chimie.

L'Avenir doit se proposer un triple but.

Le premier est l'enseignement, qu'il s'agisse des étudiants ou des médecins. A ceux-là ont, depuis longtemps, pensé les professeurs P. Marie et Roussy : ils s'instruisent en deux endroits : à l'hôpital, par la fréquentation de la salle d'autopsies ; à la Faculté, où un enseignement méthodique leur est donné sous forme de leçons orales et de manipulations individuelles et où ils peuvent consulter les collections de pièces macroscopiques et les planches pour eux rassemblées par le professeur Roussy. Quant aux médecins désireux de se spécialiser, ils suivent des cours de perfectionnement, ils assistent à des conférences sur les sujets à l'ordre du jour, ils se perfectionnent dans les techniques. Pour cela, il faut des crédits : souhaitons que, sans suivre de trop près les variations de la fameuse échelle mobile, ils soient du moins en rapport avec les coefficients actuels du marché ! Ainsi sera résolue la question financière.

Pour la question morale, elle l'est déjà : c'est dans une atmosphère de confiance et de labeur en commun, avec la division du travail en équipes, que pourront être poursuivies les plus hautes spéculations théoriques, si l'on apporte aux chercheurs les trois éléments indispensables : un « climat », un matériel moderne et l'argent nécessaire pour pouvoir se consacrer entièrement au culte désintéressé de l'esprit.

Ainsi organisé, le laboratoire pourra remplir son rôle. Rôle infiniment complexe ! Sans doute, ceux qui le dirigent doivent-ils pratiquer les autopsies et faire ce que Cruveilher appelait la *clinique des cas malheureux*, mais surtout il leur faut intervenir au lit des malades, au moyen des biopsies (Besnier, Darier, Roussy), à la salle d'opérations, grâce aux examens peropératoires (Huguenin), qui guident le chirurgien en lui disant minute par minute ce qu'il a sous les yeux. Il convient aussi qu'ils s'attellent aux problèmes théoriques, et qu'ils y appliquent un véritable esprit scientifique, sachant reconnaître, abstraire, utiliser les termes de mesures, de grandeur et de nombre. Ils doivent s'attacher tout particulièrement à l'étude de la forme statique ou cinétique. La première a seule, jusqu'à présent, retenu l'attention : pour l'étudier, on avait recours aux fixateurs et aux colorants, empruntés, pour la plupart, à la chimie ; à ces méthodes, on en joint, aujourd'hui, d'autres : micro-incinération (Policard), histo-physique (Policard et Morel, Gerlach), histo-radiographie (Goby, Dauvilliers), mise au point par Lamarque. La seconde utilise les cultures des tissus, la cinématographie, la stroboscopie. On peut alors de l'analyse, passer à la synthèse. A condition, toutefois, de rester en relation étroite avec le physiologiste, le physicien, le chimiste, sans vouloir, à tout prix, rester dans sa tour d'ivoire. Grande et noble tâche, à laquelle le nouveau professeur consacrera toute son énergie sans cesser de se répéter, avec le poète hindou : « Laisse-nous allumer la lampe, dit l'étoile, sans « jamais demander si cela dissipera les ténèbres ! ».

Qui donc définissait l'anatomie pathologique une science morte et déclarait que, s'il ne tenait qu'à lui, il la reléguerait au magasin des antiquités ? S'il avait assisté à la splendide leçon du 9, force lui eût été de confesser son erreur. Rien de vivant comme cette science, quand on sait la comprendre et la faire aimer ! Rien de plus utile pour le médecin ! Rien de plus aimable si, à l'enseigner, on met, comme M. R. Leroux, tout son cœur et tout son esprit, et si l'on sait parer sa description de toutes les grâces de l'art. La Faculté a été bien inspirée en lui transmettant le flambeau qu'ont tenu les Cruveilher, les Vulpian, les Charcot, les Cornil, les Letulle, les Roussy. A lui, chaque soir d'en ranimer la flamme !

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1938)

Expérimentation de l'apicothérapie à l'hôpital militaire thermal de Bourbonne-les-Bains. — M. BENITTE. L'apicothérapie jointe à la cure thermale est, en général, antialgique ; elle donne d'heureux résultats dans le traitement des poussées subaiguës de rhumatismes déformants et dans celui des sciatiques d'origine rhumatismale ou cellulique. Elle semble supprimer la crise thermale. Elle mérite d'être conseillée et poursuivie comme traitement d'entretien des affections rhumatismales chroniques.

Perforation d'un ulcère duodénal. — MM. DU BOURGUET et BOUILLE rapportent l'observation d'un malade atteint de perforation d'ulcère duodénal, chez lequel ils ont pu mettre en évidence par une radiographie sans préparation un pneumopéritoine localisé sous la coupole diaphragmatique droite. — Suture de la perforation, gastro entero anastomose à la suture en 2 plans au lin et guérison dans les délais normaux. Les auteurs insistent sur l'intérêt de cette radiographie sans préparation pour préciser le diagnostic.

Quelques localisations assez rares de kystes hydatiques. — Au cours d'une pratique de deux années dans le Sud-Tunisien, M. MUNARET a observé 26 cas de kystes hydatiques. 16 cas de kystes isolés du foie, dont 1 rompu dans les voies biliaires. Dans 1 cas il y avait association d'une échinococcose du grand épiploon qui dut être réséqué en totalité, dans un autre cas le kyste hydatique du foie coexistait avec une échinococcose péritonale généralisée ; 4 localisations musculaires ; 1 kyste du poumon ; 1 du rein ; 1 de la parotide et 1 du sein.

Purpura rhumatoïde avec syndrome pseudo-appendiculaire. — MM. BOTREL, ORY et RICHARD. L'intervention montra qu'il ne s'agissait pas d'une appendicite, mais bien d'une hémorragie péritonéale. Les auteurs discutent le moment de l'intervention.

A propos des infiltrations novocaïniques dans les séquelles de traumatisme du genou. — M. HOUOT souligne les heureux résultats de la méthode de Leriche et l'intérêt de son application en milieu militaire, en particulier à l'infirmerie régimentaire.

Les accidents dus à la chaleur. — M. BOIDÉ. Sous le nom de « coup de chaleur », on englobe des faits très différents dont la pathogénie complexe est mal connue. Un bref rappel de physiopathologie permet de comprendre les conditions d'apparition de ces accidents : troupes en marche ou immobiles par température élevée, parfois sous un soleil éclatant, parfois par un temps orageux ; importance des conditions atmosphériques (absence de ventilation et degré hygrométrique élevé de l'atmosphère). Au point de vue de la pathogénie, il faut tenir compte de la complexité des causes et surtout de l'association fréquente de la chaleur et de la fatigue. Les observations faites par de nombreux auteurs concluent à l'importance de la déshydratation dont les conséquences sont néfastes pour l'organisme. Certains auteurs pensent qu'il s'agit de collapsus vasculaire, d'autres, d'accidents par perte abondante de Na Cl. L'auteur fait un rapprochement entre les accidents dus à la chaleur et certains syndromes chirurgicaux (shock des grands traumatismes, brûlures étendues, maladie postopératoire) dus à une auto-intoxication par hyperpolypeptidémie. — Il se produirait comme dans ces syndromes une fixation de Na Cl sur l'excès de polypeptides afin de les neutraliser, ce qui expliquerait la chloropénie observée dans le coup de chaleur. Après un bref rappel clinique, l'auteur recommande d'utiliser le sel comme moyen prophylactique et thérapeutique, procédé déjà mis en œuvre dans d'autres pays. En réalité, il s'agit de syndromes incomplètement connus, nécessitant encore de patientes recherches particulièrement à propos des modifications humorales.

Importance de la thermométrie avant la vaccination. — Etant donné l'intérêt qui s'attache à la prophylaxie des incidents consécutifs à la vaccination triple, M. THÉOBALD souligne l'importance de la prise systématique de la température rectale avant l'injection vaccinale. Grâce à ce procédé, l'auteur a pu éliminer un sujet au début d'une pleuropneumonie.

Deux cas de polyradiento-névrite du plexus brachial consécutifs à la vaccination associée triple. — MM. BASTOUIL et TURON.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 16 *mai.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Harvier, Turpin, Vignes. — M. BALAZUC. Etude de 30 cas de symphysiotomies à la zarate pratiquées au centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye, avec résultats éloignés. — M. LE GUERN. De l'involution utérine jugée par l'hystérographie après rœntgenthérapie du fibrome utérin.

Mardi 17 *mai.* — Jury : MM. Carnot, président ; Claude, Guillain, Mollaret. — Mme CHERCHÈVE-ROUAULT. Etude critique de l'hémoculture gingivale. — M. HERNANDEZ. Les intersexualités de la puberté masculine et leur importance dans la pathogénie des troubles sexuels de l'adulte.

Jeudi 19 *mai.* — Jury : MM. Cunéo, président ; Lenormant, Marion, Terrien. — M. LACOURIE. Troubles de la crase sanguine au cours de quelques affections gynécologiques. — M. KIA. Contribution à l'étude des fractures du calcanéum. Des différents modes de traitement et plus spécialement de la méthode ambulatoire.

Vendredi 20 *mai.* — Jury : MM.. Chiray, président ; Robert Debré, Loeper, Moreau. — M. FOUASSIN. Remarques sur la séméiologie radiologique des péricholécystites. — M. MARCUS. Le scoutisme comme méthode de rééducation des troubles du caractère chez l'enfant. — M. CORSON. Contribution à l'étude de l'obésité et son traitement.

Samedi 21 *mai.* — Jury : MM. Lereboullet, président ; Lereboullet, Tanon, Huguenin, Joannon. — Mlle BÉTHEUIL. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse du nourrisson. — Mlle BOUCABEILLE. Conduite à tenir dans une école en temps d'épidémie de grippe. — M. NAFICY. Contribution à l'étude du traitement par l'instillation intraveineuse continue chez le nourrisson. — M. MÉHAOUÈD. Les helminthiases humaines et leur fréquence en Tunisie.

Lundi 16 *mai.* — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Mathieu, président ; Bressou, Coquot. — M. CORVISIER. Différentes méthodes anesthésiques utilisées dans le diagnostic des boiteries chez le cheval.

Mardi 17 *mai.* — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Mocquot, président ; Coquot, Lesbouyriès. — M. KERLOC'K. Déchirures, perforations de l'utérus. Un moyen pratique de traitement.

Jeudi 19 *mai.* — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Bezançon, président ; Panisset, Verge. — M. CHARMOY. Inspection du poumon tuberculeux.

AVIS

Exceptionnellement, ce numéro ne contient pas de « Notes pour l'Internat ».

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 41. — SAMEDI 21 MAI 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux*, 1938. — Epreuves de nomination : épreuve thérapeutique chirurgicale. — MM. Mouchet, 30 ; Padovani, 30 ; Longuet, 28 ; Hepp, 30.

Les candidats sont ainsi classés : MM. Mouchet, 97 ; Hepp, 96 ; Padovani, 93 ; Longuet, 77.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 13 mai 1938, la chaire de clinique de la tuberculose de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante (dernier titulaire : M. Bezançon).

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Ecole de médecine de Dijon. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 13 mai 1938, un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon s'ouvrira, le lundi 14 novembre 1938, devant la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de médecine de Limoges. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 13 mai 1938, un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, le lundi 14 novembre 1938, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, le mercredi 16 novembre 1938, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie médicale et médecine expérimentale et de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, le jeudi 17 novembre 1938, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'argent.* — Le médecin capitaine Poubian, à Marrakech.

Ministère des Finances. — Ont été nommés médecins assermentés titulaires à l'administration centrale des finances :

M. le docteur Michaux (Jean), ancien interne des hôpitaux de Paris (tour militaire).

M. le docteur Bernard (Jean-Alfred-Simon), ancien interne des hôpitaux de Paris (tour civil).

M. le docteur Joly (François), ancien interne des hôpitaux de Paris (tour civil).

Marine. — M. le médecin général de 2e classe Bellet est placé, par application de la mesure sur la limite d'âge, dans la 2e section du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine, pour compter du 2 juin 1938.

Un vœu de l'Académie de chirurgie. — L'Académie de chirurgie informée par le président de la *Fédération des industries de l'art médical et chirurgical*, que des ouvriers, chargés de réparer des instruments de chirurgie, ont été parfois victimes d'accidents graves provoqués par des piqûres ou des coupures faites par des instruments septiques,

Emet le vœu,

Que les chirurgiens, soucieux d'éviter des accidents septiques chez les ouvriers chargés de réparer leurs instruments, n'envoient jamais d'instruments en réparation qu'après les avoir fait dûment stériliser.

Semaine nationale de l'Enfance (23 au 30 mai 1938). — *Le Comité national de l'Enfance* s'efforce de multiplier et de gérer les diverses institutions de protection maternelle et infantile, telles que consultations prénatales et de nourrissons, crèches, pouponnières, maisons maternelles, etc..., dont la création s'impose partout.

Il existe dans chaque arrondissement de Paris, dans chaque commune de la Seine, dans chaque département, un Comité, qui, en collaboration avec le Comité National, organise tous les ans la « Semaine de l'Enfance », manifestation nationale, placée sous le haut patronage du ministère de la Santé publique et de l'Education physique, et dont le double but est d'alerter l'opinion et d'obtenir, grâce aux quêtes faites sur la voie publique, les ressources nécessaires au développement des œuvres qui s'occupent de la mère et de l'enfant.

La croisade ainsi menée à travers toute la France, outre son caractère éducatif, puisqu'elle révèle les efforts réalisés en faveur des tout petits, a également un caractère financier, car elle fait appel à la générosité de chacun pour venir en aide aux institutions de protection maternelle et infantile.

Cet appel a d'ailleurs été entendu, comme en témoignent les résultats obtenus depuis 6 années :

De 1.335.000 fr. recueillis en 1932, les recettes ont atteint en 1937, 2.352.000 fr., soit une augmentation de 75 p. 100.

Nul doute que ce chiffre soit encore largement dépassé, au fur et à mesure que notre propagande, se faisant plus active, démontrera mieux l'importance du problème de l'enfance, qui doit demeurer au centre de nos préoccupations sociales.

(*Comité national de l'Enfance*, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e).

NÉCROLOGIE

— M. le médecin général inspecteur des troupes coloniales L. Boyé, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

— M. Frédéric Mouisset, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine, vice-président du Comité national pour la lutte contre la tuberculose, président du Comité départemental du Rhône, officier de la Légion d'honneur, décédé à Lyon.

— Le professeur Georges Marinesco, professeur de clinique neurologique à la Faculté de médecine de Bucarest, membre de l'Académie de médecine roumaine, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris, décédé à Bucarest, à l'âge de 76 ans.

Ancien élève de Charcot et collaborateur de Pierre Marie, Marinesco est l'auteur de travaux considérables, notamment sur l'encéphalite épidémique. Il devait recevoir prochainement le titre de docteur « honoris causa » de l'Université de Paris.

ACTUALITÉS

LA DOULEUR DES CANCERS ABDOMINO-PELVIENS ET LA TECHNIQUE CHIRURGICALE

En dépit des efforts des générations successives et des progrès réalisés, la puissance curatrice de la médecine demeure enfermée dans des limites trop étroites. Plus encore que de guérir, le but premier de la médecine demeure donc aujourd'hui comme dans le passé de soulager, et surtout lorsqu'elle ne peut plus guérir.

C'est à ce problème éternel de soulager la douleur, que de nouveaux points de vue ont renouvelé, que le Professeur Leriche a consacré ses leçons du Collège de France (1) ; l'acuité patiente de l'analyse psychophysiologique a conduit le chirurgien dans des voies nouvelles et les résultats déjà obtenus permettent d'espérer pour l'avenir des succès nouveaux.

Le cancer n'est pas en soi une affection douloureuse et son insidiosité est son principal danger. C'est pourtant la douleur qu'il provoque indirectement qui met trop souvent en défaut le médecin et réduit le malade à ne plus choisir qu'entre la résignation et le découragement.

Sans doute une cause de notre impuissance est-elle à la fois dans la tendance à une conception trop uniforme de la douleur du cancéreux et dans la confusion qui s'est peu à peu établie entre la douleur expérimentale des physiologistes et la douleur-maladie contre laquelle le médecin doit apporter son aide.

A la mieux observer, on doit reconnaître que cette dernière évolue tout autrement que la douleur expérimentale. C'est un accident qui contredit au moins en apparence les lois de la sensation normale, naît en dehors des organes récepteurs classiquement considérés comme indispensables, ne s'épuise jamais ni ne se lasse et loin de s'user avec le temps tend bien plutôt à s'exaspérer. La conception classique et expérimentale de la douleur est trop schématique et trop « mécanicienne », comme dit l'auteur, pour s'appliquer de façon adéquate à la douleur-maladie.

La polymorphie de celle-ci est extrême ; essentiellement subjective et personnelle, elle semble résulter du conflit d'un excitant non pas avec un système organique ou fonctionnel déterminé, mais avec l'individu tout entier, organique et psychique, qui imprime son cachet personnel à sa manière de souffrir.

C'est là sans doute qu'il faut chercher la cause de bien des échecs, et c'est avec raison que l'auteur insiste sur le caractère personnel que doit prendre la thérapeutique contre la douleur. Chaque malade souffre à sa manière ; écouter avec une attention et une patience inépuisables le malade en ses confidences est non seulement un devoir d'humanité, mais une nécessité pratique, dont l'importance surpasse de beaucoup celle de l'examen physique dont le professeur Loeper rappelait un jour les difficultés et l'imperfection. C'est presque toujours l'analyse, trop lucide souvent, que fait le malade de ses souffrances qui mettra le thérapeute sur la voie du succès.

Cette analyse de la douleur dans les cancers abdomino-pelviens inopérables ou récidivés, montre pourquoi une action médicale trop uniforme et insuffisamment nuancée demeure inopérante et comment des moyens nouveaux permettent d'obtenir un soulagement.

Au début, la thérapeutique médicale suffit ; des analgésiques banaux et des barbituriques ont d'abord leur heure. Elle est brève. C'est avec grand espoir qu'après les travaux de Monaelesser et Taguet, on s'est adressé aux venins, ceux des vipéridés après celui du cobra, puis à d'autres substances d'effet théoriquement comparable. Les succès ne sont pas douteux, mais sont trop peu constants dans certaines formes surtout. La radiothérapie rend aussi parfois des services incontestables, mais seulement quand le rachis est intéressé ; la douleur viscérale lui demeure inaccessible. C'est alors le recours à l'opium, ultima ratio, mais toujours néfaste au moral du malade, dont l'accoutumance émousse la puissance et dont l'inefficacité dans certains cas laisse le médecin désarmé.

Le professeur Leriche a montré que la chirurgie permet de ne pas abdiquer.

La douleur des cancéreux est en effet loin d'être toujours semblable à elle-même et l'auteur en isole schématiquement trois types. Tantôt c'est une douleur localisée et fixe, rapidement rebelle à la morphine ; son siège est dorsal ou lombaire et l'on peut avec une quasi-certitude l'attribuer à une compression tronculaire ou radiculaire extra-rachidienne. D'autres fois, en particulier dans les récidives après opération ou radiothérapie, c'est une douleur diffuse, en étau, avec éclairs fulgurants, dont le malade décrit souvent mieux les irradiations qu'on n'arrive à en préciser le point de départ et qui s'accompagne de crises vasculaires qui décèlent la participation du sympathique, de constipation et de dysurie. Très vite disparaît toute détente notable. Il ne s'agit pas alors, comme on l'admet trop aisément, de compression des nerfs périphériques, mais de lymphangite cancéreuse ou même banale entourant les artères du bassin qu'elle comprime et remontant jusqu'aux branches sympathiques issues de la chaîne lombaire. A cette lymphangite s'associent parfois des lésions suppurées des organes du petit bassin. Dans d'autres cas enfin, la douleur est rachidienne, osseuse avant tout. D'allure « rhumatismale » d'abord, elle devient bientôt continue, donnant au malade l'impression de se casser en deux, d'être scié. Une paraplégie douloureuse finit par s'installer présageant une fin trop lente à venir. C'est la propagation du cancer à une vertèbre, mal de Pott cancéreux qui est alors la cause des douleurs.

Dans tous ces cas, c'est à une intervention que l'on peut recourir pour faire cesser les douleurs, et diverses techniques ont été proposées, trop souvent décevantes : radicotomie postérieure, myélotomie transversale, cordotomie, section de la commissure postérieure. Les unes graves, les autres relativement bénignes, toutes ont connu des succès ; toutes aussi ont pu échouer faute d'indications bien précisées.

Les recherches dans le domaine de la chirurgie sympathique ont conduit l'auteur à des opérations sur le grand sympathique : sympathectomies périiliaque et périaortique complétées le cas échéant par des résections du nerf présacré, du plexus mésentérique inférieur, d'un fragment des chaînes lombaires. Ces interventions ont soulagé des malades et leur ont permis d'attendre dans la paix la fin inévitable. Si aux compressions localisées la radicotomie postérieure semble l'opération la mieux appropriée, c'est la sympathicotomie plus ou moins étendue qui semble l'intervention de choix pour les douleurs du type sympathique. Mais elle est insuffisante quand le squelette est intéressé et la paraplégie menaçante du fait de la décalcification rachidienne. Malgré la témérité apparente d'une telle intervention chez de tels malades, l'auteur a tenté une fois par une greffe osseuse d'obvier à l'effondrement rachidien menaçant. Le succès aussi durable qu'il pouvait être a donné raison à son audace.

Sans doute sont-ce là des idées imprévues. Une telle conduite se justifie pourtant, si le bilan est auparavant soi-

(1) R. Leriche. *La Chirurgie de la Douleur*. Masson et Cie, 1937.

gneusement dressé, si l'absence de toute métastase hépatique ou pulmonaire est assez certaine, si les reins suffisent à leur tâche, s'il n'y a pas d'infection des voies urinaires, si le cœur et les poumons sont en bon état. Lorsqu'aucune de ces contre-indications n'existe, il sera licite de courir le risque chirurgical. On choisira selon les cas et le syndrome clinique une des trois méthodes que nous venons de signaler.

A la douleur fixe par compression tronculaire ou radiculaire due à un bloc ganglionnaire juxtavertébral, s'adresse la radicotomie postérieure bilatérale étendue à 5 ou 6 racines au moins ; aux douleurs diffuses par compression sympathique, les sympathicotomies circonscrites ou étendues en rapport avec le siège des lésions ; au mal de Pott cancéreux, la greffe osseuse rigide.

La cordotomie n'est, pour l'auteur, que la dernière ressource, quand les précédentes méthodes ont échoué ou sont inapplicables.

Sans doute, pendant quelque temps encore, faudra-t-il aux chirurgiens un cœur bardé d'airain pour oser parler encore d'intervention, et surtout de telles interventions, à leurs malades. Peut-être cependant quand le désespoir est proche, est-il moins difficile de parler et d'être compris et le malade se résigne-t-il moins difficilement qu'on pourrait craindre à oser ce qui peut lui donner soulagement.

La chirurgie de la douleur est nouvelle dans ses moyens et peut-être aussi dans sa clinique. Puisse-t-elle par ses succès encourager le médecin à ne pas se résigner à l'impuissance et à se résoudre à des moyens inattendus de réaliser l' « œuvre divine ».

R. LEVENT.

DÉFENSE PASSIVE

UN NOUVEAU POSTE SANITAIRE

La sous-commission sanitaire de la Défense passive de la Préfecture de police vient de procéder à la réception du nouveau poste sanitaire installé dans les sous-sols de la mairie du 13e arrondissement, place d'Italie.

Le poste suffisamment abrité par l'énorme masse de la mairie, a une superficie de 900 mètres carrés. Il possède les dégagements nécessaires. Son installation est actuellement terminée, et comme les postes précédents, il est pourvu de tout le matériel nécessaire pour donner les premiers soins aux blessés et gazés éventuels de ce quartier très peuplé. Il est complètement équipé grâce au pharmacien colonel Bruère, au point de vue de la détection des gaz, de l'épuration de l'air et de la surpression.

Cette inauguration, venant après celle de l'abri sanitaire de la mairie du 19e, et de celui d'un groupe scolaire du même arrondissement, porte à plus de trente les abris sanitaires actuellement en ordre de fonctionnement à Paris. Cet effort de réalisation va être activement poursuivi.

La réception a eu lieu en présence de M. Domart, maire adjoint du 13e arrondissement. Parmi les membres de la Commission : M. le médecin inspecteur général Sieur, M. le professeur Tanon, M. François, directeur à la préfecture de police, qui a été l'organisateur très avisé et non moins dévoué de tous les abris, M. Lebouc et le pharmacien colonel Bruère (1).

En remerciant M. François et ses collaborateurs, M. le professeur Tanon a annoncé que des exercices du personnel auraient lieu très prochainement et se renouvelleraient tous les mois.

F. L. S.

(1) Cf. Défense passive à Paris, F.L.S., *Gaz. Hôp.*, 1937, p 1002, 1171, 1346, 1465 ; 1938, p. 155 Gaz de combat et matériel de protection, p. 261.

LIVRES NOUVEAUX

Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx, par F. BACLESSE. Etude anatomo-topographique et radiographique. Paris, Masson et Cie, 1938.

Etude clinique et anatomique, mais surtout radiographique des cancers d'une région dont l'exploration aux rayons est délicate, et où l'interprétation de clichés même excellents est toujours difficile. On y trouvera, réunies au milieu de nombreuses photographies de pièces opératoires ou anatomiques et de préparations histologiques, une collection de radiographies remarquables commentées et pourvues de schémas explicatifs.

R. LEVENT.

Tumeurs intracraniennes, par Harvey CUSHING. Paris, Masson et Cie, 1937.

L'auteur étudie 2.000 cas de tumeurs intracraniennes vérifiées, de nature diverse, et leur mortalité opératoire, ainsi que les résultats éloignés du traitement opératoire pratiqué par d'autres chirurgiens dans 149 autres cas.

Il est à noter combien est variable la survie post-opératoire, quel que soit le type tumoral et quelle que soit la localisation des lésions.

A noter aussi le nombre important des cas où la guérison a été assez parfaite pour permettre aux opérés de reprendre une existence et une activité professionnelle normales.

Un grand nombre de reproductions photographiques et microphotographiques d'une admirable perfection et une importante bibliographie complètent ce travail, dont l'origine fut le rapport présenté en 1931 au Congrès International de Neurologie de Berne.

R. LEVENT.

L'angine de poitrine, par Vital LASSANCE. Paris, Librairie Maloine, 1938.

Le désir qu'ont eu les auteurs de décrire fidèlement et complètement, de tenir compte aussi des acquisitions successives, a fini par engendrer la confusion, et l'auteur s'applique dans la présente étude à distinguer soigneusement ce qu'est l'angine de poitrine et ce qu'est la douleur angineuse, qu'il importe de ne pas confondre. Lorsque la douleur angineuse s'allie à d'autres symptômes, on voit se constituer des syndromes angineux, parmi lesquels il convient de constituer deux groupes : syndromes angineux proprement dits, comprenant l'angine de poitrine vraie et la forme angineuse de l'infarctus du myocarde d'une part ; syndromes para-angineux d'autre part, comprenant la forme douloureuse de l'insuffisance cardiaque et les aortalgies non paroxystiques. C'est le retentissement sur les plexus périaortiques qui, dans tous ces cas, imprime à ces affections des caractères communs.

Ayant d'abord décrit pour chacun l'aspect clinique, la présente étude en envisage les diverses variétés, les pathogénies réelles ou vraisemblables, les circonstances étiologiques, les difficultés diagnostiques, le pronostic et le traitement.

Cette revue générale, à la fois concise et substantielle, apporte sur ce sujet, où les conceptions interprétatives et les diverses nomenclatures n'ont pas toujours diminué les incertitudes, une clarté qui permettra au clinicien de prendre en connaissance de cause les décisions les plus appropriées.

L. BABONNEIX.

(1) Un vol. in-8 de 152 pages, 32 clichés. Doin, éditeur, Paris, 1938. Prix : 40 fr.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février dernier, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février dernier, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

COLCHICINE ET CANCER

Par M. le professeur A.-P. DUSTIN
(de Bruxelles)

Il y a 25 ans, dans les considérations générales d'un travail consacré à l'histologie et à l'histogenèse expérimentale du thymus (1), nous attirions l'attention sur l'importance des organes et des mécanismes régulateurs du métabolisme des nucléoprotéides. Et ceci nous fournissait l'occasion de faire un parallèle entre deux groupes de maladies où ce métabolisme est modifié, exagéré ou vicié : les maladies par altérations biochimiques du métabolisme — dont l'uricémie et la goutte sont les manifestations les plus typiques, — et les maladies à expression morphologique du trouble nucléinien, c'est-à-dire les tumeurs. Quelle prodigieuse accumulation de nucléoprotéides n'est-elle pas réalisée par des lymphosarcomes, certaines tumeurs épithéliomateuses indifférenciées du poumon, ou tout simplement par les leucémies ! Et quelle que soit la cause initiale du néoplasme, il faut bien admettre que l'organisme cancérisé présente une étonnante capacité de synthèse de nucléines.

Au moment où nous émettions ces idées, nous étions loin de nous douter que, quelques années plus tard, la suite logique de nos investigations allait nous amener à considérer l'alcaloïde du colchique automnal, le remède empirique classique de l'accès de goutte, comme une des substances agissant le plus activement sur les divisions cellulaires et prenant, de ce chef, une importance de tout premier plan en cancérologie.

Les recherches dont nous avons exposé les résultats au Congrès des Anatomistes, à Marseille, en avril 1937 (2), et à la réunion de la Leeuwenhoek Vereeniging, à Paris, en septembre de la même année, ont mis en évidence les applications multiples et fructueuses que l'on pouvait faire de notre « réaction colchicinique » en cytologie expérimentale, en pathologie, en cancérologie, en génétique, et enfin en endocrinologie.

Les applications à l'étude des hormones ont connu, dans ces derniers mois, une vogue extraordinaire aux Etats-Unis d'abord, parmi les chercheurs de l'école de Allen, puis, bientôt après, dans la plupart des autres pays.

Aux Etats-Unis également, l'action du colchique sur les cellules végétales, action que nous avions été les premiers à démontrer avec Lits et Havas, au Congrès de Marseille (3), a été utilisée avec succès par Blakeslee pour la production expérimentale de plantes polyploïdes. En Amérique, en Angleterre, en France, différents articles ont même paru dans la presse, qui ont mis le grand public au courant de quelques-uns des travaux relatifs à l'alcaloïde du colchique automnal.

Enfin, et bien qu'il soit prématuré de poser des conclusions dans ce domaine, différents auteurs ont commencé l'étude de la colchicine comme agent chimiothérapique des néoplasmes, ou comme adjuvant de la radiothérapie.

Aussi, le colchique, qui n'occupait qu'une place modeste dans les traités de thérapeutique et que la pharmacodynamique expérimentale avait jusqu'à présent un peu dédaigné, connaît aujourd'hui la grande actualité.

C'est ce qui nous engage à écrire ces quelques lignes qui, pensons-nous, pourront intéresser les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*.

Et tout d'abord, comment fûmes-nous amenés à rechercher les propriétés cytotoxiques de cet alcaloïde ?

Ceci est en réalité une longue histoire, dont les péripéties s'échelonnent depuis nos premières recherches sur les mécanismes de multiplication et de destruction des petites cellules thymiques, ou thymocytes, jusqu'aux recherches actuelles sur les glandes endocrines ou les néoplasmes.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire à la lecture des travaux des auteurs américains, qui ignoraient la littérature déjà longue relative à ces questions, la colchicine n'est pas tombée du ciel ! Des recherches dont le point de départ a été, comme nous le disions plus haut, le désir de fixer certains points obscurs de l'histophysiologie du thymus, nous ont appris à connaître des substances à actions cytotoxiques très intenses, souvent très électives, frappant particulièrement les noyaux, et plus particulièrement encore les noyaux en division ou se préparant à la division : ce sont les « *poisons caryoclasiques* ».

Ces poisons provoquent, à doses suffisantes, des destructions pycnotiques massives dans le thymus, les formations lymphoïdes, parfois aussi l'intestin grêle, les follicules ovariens, etc.

Cette phase destructive peut, suivant les cas, être précédée soit d'un arrêt brutal des mitoses, soit d'une forte excitation à la caryocinèse, avec blocage prolongé à la métaphase.

La trypaflavine est le poison-type du premier groupe. Les arsénicaux, et surtout leurs combinaisons cacodyliques, sont le type des poisons du second groupe.

Ce sont nos recherches faites, il y a plusieurs années, avec notre élève R. Piton (4) sur les arsénicaux, qui nous ont fait découvrir cette action d'excitation de l'arsenic et son influence très particulière sur la mitose : celle-ci se trouve bloquée en métaphase sous un aspect très particulier que nous avons, à ce moment, appelé « mitose cacodylique ». Ces recherches nous ont permis d'établir la chronologie, la topographie et l'évolution des réactions arsénicales. Sans elles, on n'aurait su ni quand, ni où il fallait observer les tissus et les cellules atteintes par le toxique.

De nombreuses substances furent essayées. Aucune n'avait les propriétés excitatrices de l'arsenic, jusqu'au jour où notre attention fut attirée sur la colchicine.

Pourquoi ?

Des recherches de Dixon et Malden, confirmées par différents auteurs, avaient montré que l'administration de colchicine provoquait une vive leucocytose. De là à supposer que cet alcaloïde devait avoir des propriétés excitatrices, et probablement caryoclasiques, il n'y avait qu'un pas, facile à franchir.

*

Nous savions par nos recherches antérieures dans quels organes et à quels intervalles de temps il fallait faire porter les investigations. Les recherches détaillées, faites dans notre laboratoire par notre élève F. Lits (5), devaient confirmer cette supposition et montrer que la colchicine est un agent formidablement actif qui, à la dose de 1/40 de milligramme pour une souris de 20 gr., provoque des bouleversements nucléaires vraiment prodigieux.

Quels sont donc les effets d'une injection de colchicine, effets entièrement superposables à ceux obtenus par une dose beaucoup plus forte (30 milligr.) de cacodylate de Na ?

Si l'on sacrifie l'animal 9 à 10 h. après l'injection d'alcaloïde, on constate ce qui suit :

Toutes les zones germinatives en activité (follicules pileux, cortex thymique, centres germinatifs lymphoïdes, granulosa des follicules en maturation, moelle osseuse, glandes de Lieberkühn de l'intestin grêle) sont criblées d'un nombre ahurissant de cinèses. Ces cinèses sont très caractéristiques ; cytoplasme clair, très turgescent, chromosomes tassés à la plaque équatoriale, absence de fuseau et d'aster ; blocage prolongé à la métaphase. Nous appelons maintenant ces mitoses arsénicales ou colchiciniques bloquées à une des « stations » de leur cycle, des « *stathmocinèses* ».

Beaucoup de ces stathmocinèses vont dégénérer ; d'autres reformeront un fuseau et achèveront leur cycle ; d'autres, enfin, reconstitueront, sans division protoplasmique, un noyau à 4 n chromosomes. C'est ce mécanisme qui, chez les végétaux, conduit à la formation de plantes polyploïdiques.

Un second fait est de la plus haute importance : la colchicine provoque les stathmocinèses non seulement dans les cellules qui étaient déjà en prophase, mais encore dans celles qui étaient « aptes » à se diviser mais n'avaient pas encore commencé leur cycle. La colchicine devenait ainsi un réactif de la « mitose prochaine », de l' « aptitude à entrer en division », ou, comme nous avons dit, de l' « imminence caryocinétique » (6).

Ce fut le point de départ des applications à l'étude des cicatrices, des tumeurs, des inflammations, et enfin des hormones. Comme, d'une part, l'excitation à la cinèse est violente et que, d'autre part, ces cinèses s'arrêtent à la métaphase, et par conséquent s'accumulent, on trouve dans les zones actives des quantités prodigieuses de cinèses. C'est ce qui permet de détecter d'une façon remarquablement évidente et précise le mode d'action, le moment d'action, la répartition histologique d'action, les doses minima actives des hormones. Voie étonnamment féconde, où les recherches se multiplient de tous côtés.

Ces premiers éclaircissements donnés, revenons au sujet de notre article « Colchicine et Cancer ».

En quoi ces recherches vont-elles nous aider à étudier, à comprendre, à guérir les tumeurs ?

Trois directions de recherches s'offrent à nous avec, dès à présent, des résultats intéressants et encourageants :

1. *Etude expérimentale des cellules néoplasiques et de la cancérisation.*

Des recherches faites avec notre élève Grégoire (7) sur l'action du cacodylate, et par nous (8) sur l'action de la colchicine sur les tumeurs animales, ont montré ce qui suit :

Les cellules tumorales, qu'il s'agisse de tumeurs greffées ou de tumeurs provoquées par le goudron, le dibenzanthracène, le méthylcholanthrène, etc., sont très peu sensibles à l'action d'arrêt des poisons caryoclasiques du groupe de la trypaflavine. On n'arrive pas, par cette dernière substance, à arrêter l'activité cinétique des néoplasmes.

Inversement, les cellules tumorales sont extraordinairement sensibles à l'action excitatrice de l'arsenic ou de la colchicine. Après injection de cette dernière, l'index caryocinétique monte dans des proportions énormes (de 2,1 à 33,01) (9). Les tumeurs se montrent criblées de stathmocinèses.

Les cellules néoplasiques apparaissent ainsi comme des éléments continuellement « sensibilisés » à la mitose, en « imminence caryocinétique permanente ». Elles ont le caractère de « blastes », probablement en état de réceptivité à toutes les causes pouvant déclencher la caryocinèse. Et le problème de la cellule cancéreuse se ramène à rechercher la raison intime de cette réceptivité (altération nucléaire, présence d'un virus, capacité anormale de fixation des hormones excitatrices de la division cellulaire, etc., etc...). Problème long et ardu, mais dont nous voyons plus clairement maintenant les façons de l'aborder. Notre réaction colchicinique permet aussi d'étudier les étapes de la cancérisation ; nous pouvons détecter avec précision le moment où, sous l'influence d'un agent cancérigène, les cellules d'un organisme acquièrent cette réceptivité permanente de caractère néoplasique.

Au cours d'une application de substance ou d'agent cancérigènes (hydrocarbures, irradiations, diaminoazo-toluol, etc., etc.) il suffit d'injecter de la colchicine à intervalles de temps choisis, de sacrifier l'animal 9 heures après l'injection, de rechercher les stathmocinèses, et de voir où et quand la transformation maligne se produit.

2. *Etude des thérapeutiques antinéoplasiques.*

Ce que nous venons de dire comporte immédiatement un corollaire. S'il est possible, par l'emploi des poisons stathmocinétiques, de déceler le moment où des cellules *deviennent* cancéreuses, il est évidemment également possible de s'assurer si des cellules *ont cessé* d'être des cellules malignes dangereuses. En effet, si un traitement chimiothérapique, radiothérapique, organothérapique ou autre, guérit une tumeur, ou au moins ralentit son évolution, le fait devra se marquer par une disparition de l'extrême sensibilité des cellules à l'action du cacodylate ou de la colchicine.

3. *La colchicine comme traitement du cancer.*

Il est beaucoup trop tôt pour laisser se développer des espoirs prématurés dans la possibilité actuelle d'un traitement chimiothérapique du cancer. Cependant les recherches que nous avons poursuivies avec nos col-

laborateurs nous permettent, dès à présent, de poser nettement le problème et surtout de montrer que sa solution n'a rien d'utopique.

En Angleterre, *Amoroso* partant de ce fait que les tumeurs de malades soumis à un traitement colchicinique réagissaient mieux à la radiothérapie, a pensé pouvoir utiliser cet alcaloïde dans la thérapeutique anticancéreuse. Différentes expériences réalisées en Angleterre, sur des animaux porteurs de tumeurs malignes, n'ont pas encouragé ces espoirs.

En France, *Peyron* a, par contre, signalé des effets curatifs tout à fait remarquables chez les lapins inoculés de papillome de Shope.

Quel est l'état actuel de la question, et que peut-on espérer, en restant sur le terrain strictement scientifique ?

Un premier fait est certain : les stathmocinèses déclenchées par la colchicine, employée à dose *suffisante*, chez les *animaux* porteurs de tumeurs, sont vouées en très grand nombre à la mort par pycnose. L'alcaloïde pourra donc, dans ces conditions, détruire un nombre énorme de cellules néoplasiques aussi sûrement que le font les radiations. Ajoutons que nos expériences montrent qu'il y a peu d'accoutumance au médicament, et que des injections successives conservent leur action. Nous aurions donc en l'alcaloïde du colchique automnal un médicament fort intéressant, n'était son extrême toxicité.

Il est absolument impossible d'atteindre, chez l'homme, les doses que nous utilisons dans nos laboratoires. Mais ceci ne doit ni nous décourager, ni faire rejeter à priori une voie de recherches qui, par ailleurs, s'est montrée si pleine de promesses. Les chimistes ont plus d'une fois réussi à enlever à un corps certaines de ses propriétés nuisibles, tout en lui conservant l'activité recherchée en thérapeutique. C'est aux chimistes qu'il faut donner la parole, en les invitant, maintenant qu'une voie est tracée, à collaborer avec les biologistes et les cancérologues.

Aux doses thérapeutiques usuelles, la colchicine élève assez notablement l'index cinétique des tumeurs spontanées. Quelques recherches non publiées, faites chez des malades porteurs de tumeurs superficielles, nous ont montré ce fait d'une façon assez nette. Peut-être trouvera-t-on là la possibilité, si souvent souhaitée par les radiothérapeutes, d'augmenter la radiosensibilité des tumeurs.

Mais nous pouvons nourrir des espoirs plus substantiels. Il y a quelques années, dans une allocution faite à Paris, devant la Ligue française contre le Cancer (10), nous montrions que la chimiothérapie des tumeurs ne présente aucune impossibilité théorique. Les recherches sur les poisons caryoclasiques ont notamment pour résultat d'établir l'existence de « sensibilités différentielles » ; c'est-à-dire que chaque poison agit plus ou moins vite et plus ou moins intensément sur telle ou telle variété de cellules ou de tissus. De même, nous voyons les hormones, qui demain seront toutes des produits chimiquement définis et aisément synthétisés, agir avec une étonnante électivité sur certaines cellules et pas sur d'autres. Ceci doit nous amener à penser qu'il sera possible, un jour peut-être prochain, d'avoir à notre disposition des substances agissant spécifiquement et efficacement sur les différentes variétés de tumeurs malignes.

Et c'est sur cette parole d'espoir que nous terminerons.

BIBLIOGRAPHIE

1. DUSTIN (A.-P.). Recherches d'histologie normale et expérimentale sur le thymus des Amphibiens Anoures. *Arch. de Biol.*, t. 28, 1913.
2. DUSTIN (A.-P.) et CHODKOWSKI (K.). Etude de la cicatrisation par la réaction colchicinique. *C. R. Ass. des Anatomistes*, Marseille, 1937.
3. DUSTIN (A.-P.), LITS (F.-J.) et HAVAS (L.). Action de la colchicine sur les divisions cellulaires chez les végétaux. *C. R. Ass. des Anatomistes*, Marseille, 1937.
4. DUSTIN (A.-P.) et PITON. Etude sur les poisons caryoclasiques. Les actions cellulaires déclenchées par les composés arsénicaux. *Bull. Acad. R. de Méd. de Belg.*, pp. 26-35, 1929 ; — et PITON (R.). Recherches sur les action caryoclasiques et caryocinétiques des composés arsénicaux. *Arch. intern. de Méd. expér.*, t. 5, 1929.
5. LITS (F.-J.). Recherches sur les réactions et lésions cellulaires provoquées par la colchicine. *Arch. intern. de Méd. expér.*, t. XI, 1936.
6. DUSTIN (A.-P.). La colchicine, réactif de l'« imminence caryocinétique ». *Arch. port. des Sc. biol.*, t. V, 1936.
7. DUSTIN (A.-P.) et GRÉGOIRE. Action du cacodylate de Na et de la trypaflavine sur le sarcome greffé, type Crocker, de la souris. *Bull. Acad. R. de Méd. de Belg.*, 1933.
8. DUSTIN (A.-P.). Action de la colchicine sur le sarcome greffé, type Crocker, de la souris. *Bull. Acad. R. de Méd. de Belg.*, 1934.
9. DUSTIN (A.-P.). L'action de la colchicine sur les tumeurs malignes. *Leeuwenhoek Vereeniging*, 4e conf., Amsterdam, 1935.
10. DUSTIN (A.-P.). La chimiothérapie du cancer est-elle réalisable ? *La lutte contre le cancer*, n° 44, 1934.

Pour la bibliographie plus complète, voir :

DUSTIN (A.-P.). L'apport de la cytologie expérimentale à la connaissance des mécanismes cytorégulateurs. *C. R. Congrès du Cancer*, Madrid, 1933.

CHODKOWSKI (K.). Die karyoklastischen Gifte, ihr Einfluss auf den Organismus und ihre Bedeutung für die Pathologie. *Protoplasma*, Bd. 28, Ht 4, 1937.

DUSTIN (A.-P.). La colchicine et ses applications à l'analyse de quelques problèmes de cytophysiologie. Volume jubilaire du prof. J. Demoor, Bruxelles, 1937.

Les Feuillets médicaux, numéros 1 d'octobre, 2 de novembre, 3 de décembre 1936, 4 de janvier, 5 de février, 6 de mars et 7 d'avril 1937, à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (6e). Prix du numéro : 25 francs.

Précis d'urologie, par F. LEGUEU et E. PAPIN, deuxième édition. Un volume in-8 de 746 pages, avec 511 figures, à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e), 1937.

La thérapeutique du nourrisson en clientèle, par P. NOBÉCOURT et Marcel MAILLET, troisième édition. Un volume in-8 de 1020 pages, à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (6e), 1937.

SYPHILIS ET " CANCER A DEUX "

Par M. A. TOURAINE,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

On sait que, sous ce terme ou sous celui de « cancer conjugal », on désigne le cas où les deux époux sont simultanément ou successivement atteints de cancer.

Cette éventualité est connue depuis longtemps et l'on cite volontiers l'exemple d'un couple impérial, à la fin du siècle dernier, dont le mari, syphilitique, mourut d'un cancer du larynx et la femme, 13 ans plus tard, d'un cancer du foie.

Certaines statistiques ont montré la relative fréquence du « cancer à deux ». Sur 75 cas de cancers opérés par lui jusqu'en 1927, Chaton (1) l'a noté 4 fois, c'est-à-dire dans 5,3 pour cent. Cette proportion est très voisine de celle que j'obtiens en colligeant les fiches de cancers que j'ai étudiés, personnellement, avec quelque détail. Sur 342 cancers, dont 107 cutanés et 235 de divers organes, je trouve 20 cas de cancer conjugal, dont 6 de cancers de la peau. Ce sont là des pourcentages de 5,8 pour l'ensemble des cancers et de 5,6 pour les cancers cutanés.

Le « cancer à deux » est parfois considéré comme un argument en faveur de la contagiosité du cancer. C'est encore la conclusion à laquelle s'arrête Chaton qui en voit une autre preuve dans les 79 divers cas de cancers familiaux (parents et enfants, frères et sœurs) réunis par lui dans son enquête en Franche-Comté. On a vu aussi une démonstration presque certaine de contagion directe dans les cas, souvent cités, où la femme était atteinte d'un cancer du col de l'utérus et où le mari avait un cancer de la verge. Après Clémon et après Brouardel, Guelliot en a réuni 23 observations et Behla une trentaine ; plus récemment Chaton et Vesseaux (16), Giordano (5), Gonnelli (6) en ont fait connaître de nouveaux exemples. Cependant, « la plupart de ces faits, dit Menetrier (10), manquent de ces détails d'observation qui pourraient rendre vraisemblable la contagion... Il est bien difficile de trouver dans ces anecdotes les éléments d'une démonstration de la contagiosité du cancer ». Aucun de mes 20 cas de cancer conjugal n'a réalisé la combinaison : cancer de l'utérus, cancer de la verge. Dans presque tous les cas publiés par d'autres ou par moi, il s'agissait de cancers d'organes très différents, habituellement profonds, pour lesquels une contagion par inoculation directe paraît impossible.

Le « cancer à deux » pourrait être le fait d'une simple coïncidence ; mais sa fréquence est très supérieure à celle que lui accorderait le calcul des probabilités. Par contre, comme le disent justement Roussy et Wolf (12), « il est naturel de voir mourir de cancer deux individus soumis aux mêmes facteurs occasionnels ».

Or, j'ai montré, dans une série déjà longue d'articles et de communications (13), que la syphilis est de beaucoup, chez l'homme, la plus fréquente des circonstances étiologiques que l'on relève dans le cancer. Cette infection laisse loin derrière elle l'action cancérigène des agents physiques (radiations lumineuses, thermiques, électriques, etc.), chimiques (goudron et ses dérivés), ou infectieux (lupus, etc.). En m'appuyant tant sur mes observations personnelles que sur les cas publiés dans la littérature, j'ai trouvé la syphilis dans le passé des deux tiers ou des trois quarts des malades atteints de cancer de la bouche, de l'œsophage, de l'utérus, du sein, de la verge, de la peau, etc.

J'ai donc recherché dans quelle proportion la syphilis existait dans les ménages cancéreux en utilisant aussi bien mes documents personnels que ceux de la littérature médicale.

*
**

A vrai dire, le rôle de la syphilis n'a que peu attiré l'attention, jusqu'ici, en matière de cancer conjugal.

En 1927, Chaton (1) réunit 25 cas de « cancer à deux » observés en Franche-Comté par 17 médecins différents. A cette occasion, Hayem, puis Tuffier demandèrent quelle avait été la fréquence de la syphilis chez ces malades, « problème très important, capital même, ajoutait Tuffier, quand on pense à la fréquence de la syphilis dans l'étiologie du cancer de la langue et peut-être même de tous les cancers ». Mais ces observations, dit Hartmann qui rapportait ce travail à l'Académie de médecine, « ne contiennent aucun renseignement sur l'existence ou la non-existence d'antécédents syphilitiques ».

Même silence, même absence d'examen sérologique dans les observations plus récentes de Mircea (11), de Giordano ,5), de Gonnelli (6). Du ménage cancéreux étudié par Massia et Rousset (9), il est dit seulement que la réaction de Wassermann était négative chez la femme, atteinte d'un épithélioma pagetoïde, baso-cellulaire, du flanc.

Par contre, étudiant les rapports de la syphilis et du cancer, Jacquemart et Pfeiffer (8) signalent, entre autres nombreux faits individuels, six cas où les deux époux avaient succombé à un cancer (obs. 17, 45, 54, 61, 110, 121). Dans l'un d'eux (cancer du nez et ulcère de l'estomac chez le mari, cancer de l'utérus chez la femme) l'existence de la syphilis était démontrée par la réaction de Wassermann, positive chez l'homme. Dans les cinq autres, elle était rendue hautement vraisemblable par les dystrophies notées parmi les enfants de ces cancéreux.

De même, la syphilis est mentionnée dans le passé des malades observés par Flandin (4) (cancer de la langue et cancer de l'utérus), par Dufour (3) (cancer du rectum chez les deux époux). De même encore, Mad. Dévebelay (2) rapporte incidemment l'histoire de trois ménages cancéreux (cancer de l'appendice et du sein, cancer du larynx et de l'utérus, cancer de la vessie chez les deux époux) où la syphilis est rendue très probable par la constatation d'importantes dysplasies chez les enfants.

De mon côté, j'ai envisagé cette même question. J'ai trouvé dans mes fiches 20 observations de « cancer à deux » dont 19 ont été publiées récemment à la Société de Dermatologie (14). La recherche de la sy-

philis y a été poussée autant qu'il était possible ; en voici les résultats :

La syphilis était indiscutable dans 14 cas sur 20, c'est-à-dire dans 70 pour cent des cas. Pour 6 ménages, la démonstration en a été apportée par le mari, celui-ci ayant survécu à sa femme. Quatre fois le malade avouait avoir contracté la syphilis ; chez l'un d'eux même il existait encore des syphilides tertiaires. Deux fois la preuve de la syphilis a été fournie par une réaction de Wassermann franchement positive. Dans 7 autres ménages, c'est par la femme (celle-ci ayant survécu à son mari) que la syphilis a été mise en évidence. Une fois l'aveu d'une syphilis vieille de 37 ans a été fait spontanément ; les réactions sérologiques étaient d'ailleurs positives. Six autres fois ce sont ces réactions qui, fortement positives, ont révélé la maladie. Dans un dernier ménage, l'infection a été dépistée par l'examen de l'enfant, épileptique à réaction de Wassermann positive, seul survivant après sept frères ou sœurs mort-nés ou morts très jeunes.

Dans 4 cas l'existence de la syphilis était rendue très probable (20 p. cent). Chez une femme, dont 3 enfants étaient morts dans les premières semaines de la vie, on trouvait une aortite nettement caractérisée, malgré que la réaction de Wassermann fût négative. Pour les trois autres, une forte présomption était établie par la descendance de ces cancéreuses. L'une avait eu une fausse-couche ; son seul enfant vivant présentait une malformation congénitale grave d'un membre inférieur. La seconde avait vu ses quatre grossesses se terminer par des avortements. La troisième, après un mort-né, n'avait eu qu'un seul enfant, venu débile et mort quelques heures après la naissance.

Enfin, dans 2 cas il n'a pas été possible de mettre la syphilis en évidence. Les maris étaient morts l'un d'un cancer de la langue, l'autre d'un cancer du rectum ; les femmes, toutes deux atteintes d'un cancer du sein, n'ont pu donner aucun détail sur les maladies antérieures de leur époux et leurs réactions sérologiques étaient négatives.

Il résulte de cette enquête que, sur 20 ménages cancéreux, 14 ont fait leur preuve de syphilis (70 p. cent); pour 4 autres, il existait de fortes présomptions en faveur de cette infection (20 p. cent). Pour deux enfin, la démonstration n'a pas pu être faite (10 p. cent). La syphilis était donc avérée dans plus des deux tiers des cas ; elle devait être prise en considération neuf fois sur dix.

Si, à mes 20 cas personnels, je réunis ceux que j'ai pu recueillir dans la littérature récente, j'arrive à un total de 60 cas de cancer conjugal.

Sur ces 60 cas, 29 doivent être éliminés car ils ne comportent aucune recherche de la syphilis, aussi bien clinique que sérologique, ni pour l'affirmer, ni pour l'infirmer.

Sur 31 observations restant utilisables, 17 (55 p. cent) font la preuve indiscutable d'une syphilis antérieure, 12 autres (39 p. cent) laissent peser les soupçons les plus lourds sur l'existence de cette maladie, sans cependant la démontrer. Dans 2 cas enfin (6 p. cent) la syphilis n'a pas pu être mise en évidence.

Si forte que soit la proportion des syphilis, elle ne me surprend pas car c'est à des chiffres très voisins que je suis arrivé en cherchant la fréquence de cette maladie chez les sujets atteints de diverses localisations du cancer. C'est là, entre autres multiples arguments importants, une des preuves les plus convaincantes de l'action cancérigène de la syphilis.

***

Comment se comportent les cancers conjugaux ?

A propos du « cancer à deux », Roussy et Wolf (12) écrivent : « Si deux époux meurent de cancer, ce n'est pas dans la même année, mais à des intervalles éloignés, 5, 10 et même 20 ans ».

Mes propres constatations sont quelque peu différentes. Dans les observations de Chaton ce délai a été nul dans 2 cas (mari et femme simultanément cancéreux), de quelques mois dans 3 cas, de 1 an dans 2 cas, de 2 ans dans 2 autres ; pour deux ménages seulement il s'est élevé à 13 et 18 ans. Ce délai a pu être précisé dans 15 de mes 20 observations personnelles ; il a été nul (cancer simultané), de 2, de 3, de 6, de 8, de 13, de 20, de 22 et de 23 ans chaque fois dans un seul cas, de 4, de 5 et de 10 ans dans deux cas. Entre les deux cancers, il s'est donc écoulé 7 fois de 0 à 5 ans, 4 fois de 6 à 10 ans, 1 fois de 11 à 15 et de 16 à 20 ans, deux fois plus de 20 ans. L'époux survivant a été 7 fois l'homme et 13 fois la femme. Parmi les malades de Chaton, l'homme avait survécu dans 10 cas et la femme dans 12.

Après Audry, j'ai maintes fois signalé la relative *précocité* du cancer chez les syphilitiques. Dans mes 20 ménages cancéreux, j'ai pu noter 38 fois l'âge exact de la mort des malades. J'ai relevé 2 décès de 35 à 40 ans, 1 de 41 à 45, 4 de 46 à 50, 5 de 51 à 55, 6 de 56 à 60, 5 de 61 à 65, 9 de 66 à 70, 5 de 71 à 75, 1 après 76 ans.

Alors que, dans la statistique parisienne, le maximum de fréquence se place de 50 à 65 ans (Menetrier), 18 de mes cancéreux sur 38 (47,4 p. cent) ont succombé avant l'âge de 60 ans et 7 (18,4 p. cent) d'une façon précoce, avant l'âge de 50 ans.

Les diverses *localisations* de ces cancers conjugaux n'ont rien de spécial ; leur fréquence est celle qui ressort habituellement des statistiques.

Chez l'homme, sur 60 cas au total, je note 16 cancers de l'estomac, 10 de l'intestin et du rectum, 7 de la peau, 4 de la langue, 3 de la bouche, de l'œsophage, du péritoine, de la verge, 2 du larynx, du pancréas, 1 de la vessie.

Chez la femme, je relève 18 cancers de l'utérus, 14 du sein, 11 de la peau, 3 de l'intestin, du foie, des ovaires, 2 de l'estomac, 1 de l'œsophage, du corps thyroïde, de la vessie, de la cuisse.

Dans 7 cas, le cancer a affecté le même organe chez les deux époux (2 cas à la peau, 1 cas à l'estomac, à l'intestin, au rectum, au foie, à la vessie). Dans 3 cas, la combinaison : cancer de la verge, cancer de l'utérus a été réalisée. Pour les autres malades, il n'y a eu aucune corrélation apparente de siège entre le cancer des deux époux ; le tube digestif était intéressé dans 47 cas chez l'homme et 10 chez la femme, l'ap-

pareil uro-génital dans 4 cas chez l'homme et 33 chez la femme, la peau dans 7 cas chez l'homme et 11 chez la femme. La combinaison la plus fréquente a donc été : cancer du tube digestif chez l'homme, cancer de l'utérus, du sein chez la femme.

***

Quant aux *caractères de la syphilis* antérieure, ils restent, à propos du « cancer à deux », ce qu'ils sont en général pour tous les cancers d'origine syphilitique.

Il s'agit presque toujours d'une syphilis *ancienne*. Chez un seul malade, un cancer de l'amygdale est apparu 11 ans après le chancre, chez un homme de 71 ans, inoculé à 60 ans et porteur d'une leucoplasie linguale. Dans tous les autres cas où j'ai pu acquérir des précisions sur l'âge de la contamination, 30 à 40 ans se sont écoulés entre le chancre et l'épithélioma. C'est d'ailleurs le même délai que je retrouve pour les autres cas de cancer ; c'est encore lui qui est nécessaire entre le moment où un pays de nouvelle civilisation est infecté et celui où apparaissent les premiers cas de cancer (Groënland, Bassoutoland, hinterland de nombreuses colonies africaines, etc.).

Fait plus important encore, la syphilis initiale a presque toujours été *mal ou non soignée*. Nombreux, surtout parmi les femmes, étaient les sujets qui ignoraient leur syphilis et, par conséquent, n'avaient jamais demandé de traitement spécifique. Parmi ceux de mes 40 malades qui se savaient syphilitiques, un seul avait pris, dans sa jeunesse, pendant trois ou quatre ans, des pilules mercurielles et du sirop de Gibert. Presque tous les autres s'étaient contentés d'une ou de deux séries d'injections et avaient cessé tout traitement quand les accidents de première invasion avaient disparu. L'un d'eux, même, ne s'était jamais soigné de façon quelconque.

Cette constatation est des plus importantes, à mon avis. Elle montre que le cancer d'origine syphilitique est le fait des syphilis non ou mal soignées ; le cancer devient très rare chez les sujets qui se sont soumis aux règles habituelles d'un traitement spécifique long et régulier. C'est donc un des résultats les plus intéressants à attendre d'une lutte anti-vénérienne bien organisée ; à traiter soigneusement le syphilitique on fera disparaître presque complètement ses importantes chances de devenir, plus tard, un cancéreux.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHATON. *Bull. Acad. médecine*, 15 mars 1927, p. 352.
2. DÉVERBELAY. *Contrib. aux rech. des relations entre la syph. et le cancer*, Monogr., Paris, s. d.
3. DUFOUR. *Bull. et Mém. Soc. médic. Hôpit.* Paris, 30 janv. 1931, p. 164.
4. FLANDIN. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôpit. Paris*, 13 juin 1930, p. 1037.
5. GIORDANO. *Zentralbl. f. Haut u. Geschlechtskr.*, XLV, h. 3-4, 1933, p. 282.
6. GONNELLI. *Sperim. Arch. Biol.*, 1933, p. 197.
7. HAYEM. *Bull. Acad. médecine*, 15 mars 1927, p. 352.
8. JACQUEMART et PFEIFFER. *Tréponème et néoplasmes*, Maloine, 1927.
9. MASSIA et ROUSSET. *Réun. dermat. Lyon*, 7 avril 1930.
10. MENETRIER. Le cancer. *Nouv. Tr. de Méd. et Thérap.*, XIII, 1re Partie, 1926, p. 331.
11. MIRCEA. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôpit. Paris*, 21 mars 1930, p. 513.
12. ROUSSY et WOLF. *Nouv. Tr. de Médecine*, V, 1922, p. 706.
13. TOURAINE. *Sciences et Thérapeutiq.*, n° 7, 1er mai 1932, p. 6 ; — *Soc. fr. Dermat. et Syphil.*, 6 avril 1933, p. 605 ; — *Rev. de Médecine*, déc. 1933, n° 10, p. 691 ; — *Maroc médical*, n° 148, 15 oct. 1934, p. 393 ; — *La Pratique médic. franç.*, n° 7, mai 1935, p. 259, etc.
    MENETRIER et TOURAINE. *Traité de la syphilis*, V, f. 2, 1934, p. 697 ; — *Bull. Assoc. fr. p. ét. cancer*, XXIII, n° 5, juin 1934.
14. TOURAINE. *Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 10 mars 1938.
15. TUFFIER. *Bull. Acad. Médecine*, 15 mars 1927, p. 352.
16. VESSEAUX, cité par CHATON. *Bull. Acad. Médecine*, 15 mars 1927, p. 352.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique. Rapports présentés aux Journées médicales de Paris (internationales) 1937. A Paris, chez J.-B. Baillière et Fils. Un vol. de 850 pages. Prix : 100 francs.

Précis de phtisiologie, évolution générale, diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte, par Albert GIRAUD. 2e édition entièrement remaniée par l'auteur et révisée par F. CARDIS. Un vol. in-8° de 490 pages avec 45 fig. et XXXIII planches radiographiques hors texte. Prix : 100 fr., chez Gaston Doin et Cie, 1937.

L'homoeopathie sans mystère, par le docteur Louis BERCHER. Préface du docteur Léon VANNIER. Un vol. in-8° de 120 pages, chez Gaston Doin et Cie, 1937. Prix : 32 francs.

L'expertise en stomatologie, par M. DECHAUME et L. DEROBERT. Préface du professeur BALTHAZARD. Un vol. de 152 pages avec 70 figures. Prix : 30 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Leçons de physiologie médico-chirurgicale (deuxième série), par Léon BINET. Un vol. de 138 pages avec 42 fig. Prix : 36 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infectieuses, par A. LEMIERRE. Un vol. de 77 p. Prix : 24 francs.

En chirurgie abdominale, par H. MONDOR. Un volume de 97 pages. Prix : 24 francs.

En oto-rhino-laryngologie, par M. OMBRÉDANNE. Un volume de 86 pages. Prix : 24 francs.

Sur les maladies des reins, par PASTEUR-VALLERY-RADOT. Un volume de 68 pages. Prix 24 fr. Chez Masson et Cie, 1937.

Physiologie du système lymphatique, par H. ROUVIÈRE et G. VALETTE. Un volume de 160 pages avec 138 fig. Prix : 45 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Maladies de la nutrition, par F. RATHERY. Un vol. de 174 pages. Prix : 22 fr., chez Masson et Cie, 1936.

Un cas épineux de déontologie : la dichotomie, par l'abbé Alfred VALTON. Un vol. in-8° de 296 pages. Prix : 18 fr., chez Alcan, à Paris, 1937.

L'OSTÉOSE CANCÉREUSE DIFFUSE

Par M. Marcel LANCE

On a décrit dans ces dernières années, sous le nom d'ostéose cancéreuse diffuse des lésions métastatiques multiples, exclusivement localisées au squelette, le frappant dans presque sa totalité, que l'on voit survenir au cours de l'évolution d'un néoplasme ou d'une récidive de néoplasme.

Ces cas sont rares, la littérature n'en réunit qu'une vingtaine. Sur 7.000 observations du centre anticancéreux de Toulouse (Ducuing) on n'a pu en relever que 2 observations. Leur étude est cependant intéressante parce qu'elle soulève quelques points importants dans l'histoire des métastases du cancer et aussi parce que leur diagnostic est particulièrement difficile.

La première observation semble être celle de Klemperer (*Surg. gyn. and obst.*, janvier 1923).

Puis en 1925 Sicard, Coste, Belot et Gastaud discutent sa pathogénie, et citent une observation de C. Vincent. La même année S. Laborde, H. Jouveau-Dubreuil et A. Roques en rapportent un cas. Puis ce sont les observations de Garnier et Cathala (1926), M. Labbé, R. Boulin et Justin Besançon, Urhy et M. Petrescu (1931), L. Brull Povermann et Garin (nov. 1931), Mocquot, Herrenschmidt et Warms (1935), P. Carnot (1935), G. Marchal, L. Mallet, P. Soulié et Guy Albot (1935), E. Bernard, Boyer, Porge, Gauthier-Villars (1935), Welti, Huguenin et Placa (1935), Fabre Pons et Garipuy (nov. 1935), L. Bérard, J.-F. Martin et P. Ponthus (1936), Van Bogaert, Van Canteren et J. Scherer (nov. 1936), J. Ducuing, O. Miletzy et P. Marquis (1937). On trouvera la Bibliographie complète de ces publications dans deux thèses récentes : celle de Stanislas Bursztyn (Thèse, Toulouse 1936, n° 147), et celle de Louis Boyer (Thèse, Paris 1937, n° 886).

Nous avons été appelé à observer récemment un cas d'ostéose cancéreuse diffuse dont nous allons résumer ici l'histoire.

Il s'agit d'une malade de 65 ans, opérée à l'âge de 32 ans d'un kyste de l'ovaire. A 53 ans elle présente une petite nodosité dans un sein : une biopsie montre un épithélioma qui est opéré (Halsted typique). Six ans après, en mai 1936, fracture spontanée du fémur gauche avec chute et embrochement des muscles par les 2 fragments, réduction et contention difficiles ; la consolidation est complète en octobre 1936. A ce moment, début de douleurs très violentes dans la colonne vertébrale empêchant tout mouvement : 21 séances de radiothérapie profonde font disparaître les douleurs. Les radiographies successives montrent une cyphose avec tassement en coin des vertèbres, décalcification en masse du rachis, pas d'image de métastase. On donne un traitement recalcificateur intensif (gluconate de calcium, vitamine D) et à la fin d'avril 1937 la malade peut se mobiliser sans douleur. C'est alors qu'en essayant de lever la malade se produit une fracture spontanée de la partie supérieure de la diaphyse fémorale droite. La fracture est réduite et se consolide dans les délais normaux (60 jours) avec un cal volumineux.

Un examen de sang montre : Ca=95,3 ; Phosphore minéral=57 mm. ; phosphatases=2,4 unités Bodansky, tous chiffres normaux.

Les radiographies du fémur montrent des lésions d'ostéoporose intense, la corticale est réduite à un mince trait noir, le canal médullaire est très élargi et des taches arrondies, floues, sont disséminées dans toute la diaphyse. Bien qu'on ne trouve aucune trace de récidive dans la cicatrice du sein et dans l'aisselle, le diagnostic de métastases osseuses diffuse à forme ostéoporotique s'impose. Ce diagnostic est confirmé par la marche de l'affection : en juin 1937 se produisent brusquement des phénomènes de subocclusion intestinale avec température, la palpation abdominale montre une masse profonde collée au rachis. Le tassement vertébral continue, une gibbosité douloureuse apparaît au niveau de la 12e VD. En octobre fracture spontanée d'une côte, en novembre fracture de la clavicule. La malade se cachectise et succombe en février 1938.

***

Quel est le siège habituel et la nature du cancer initial dans ces observations ? Y a-t-il une variété de néoplasme particulièrement ostéophile ?

Si l'on prend le chiffre brut des cancers à généralisations osseuses multiples on voit que c'est le cancer du sein qui vient de beaucoup au premier rang et particulièrement le squirrhe. A cela deux raisons. D'abord le cancer du sein généralise beaucoup plus fréquemment que le cancer utérin par exemple (statistique du centre anticancéreux de Toulouse : sur 700 cancers utérins 0,26 de métastases, tandis que 484 cancers du sein en ont fourni 7,4 %) ; en second lieu à cause de sa longue durée de survie le squirrhe permet la production d'un plus grand nombre de généralisations.

Si au lieu du chiffre brut on considère la proportion des métastases osseuses au nombre des tumeurs primitives il semble bien que ce soient les cancers de la prostate et du corps thyroïde qui y prédisposent le plus.

La lésion osseuse secondaire varie d'ailleurs selon la nature de la tumeur primitive. Sicard et Coste ont montré, il y a déjà longtemps, que les métastases osseuses présentent deux formes distinctes : la forme ostéoporotique et la forme condensante. La première, consécutive par exemple aux cancers du sein, est de beaucoup la plus fréquente. La radiographie montre un semis de géodes claires à l'emporte-pièce, parfois presque confluentes, la forme de l'os est conservée, on ne note aucune réaction périostique sur les os longs. Au Rachis, à la région dorsale et lombaire, on observe des tassements. Tout le rachis et le bassin sont décalcifiés.

Dans la forme condensante, surtout rencontrée dans les néoplasmes prostatiques, les os présentent au contraire des opacifications en zones noires, séparées par des zones décalcifiées. Mais les opacifications peuvent devenir confluentes. Au bord de l'os on peut noter de la réaction périostique une vraie hyperostose.

Dans les deux cas le processus débute le plus souvent par le rachis, la région lombaire, le bassin, puis le thorax, côtes et sternum, crâne sont souvent atteints, enfin la racine des membres, fémurs, humérus. Les extrémités restent en général indemnes.

Les fractures spontanées sont fréquentes : extrémité supérieure des fémurs, côtes, sternum, clavicules.

On a beaucoup discuté sur la voie de dissémination néoplasique. La voie sanguine est admise par presque tous les auteurs pour les métastases. Cependant récemment Ducuing et ses élèves (Thèse Bursztyn) font remarquer que dans les cas d'ostéose diffuse, en l'absence de toute métastase viscérale, en présence de la limitation au squelette du tronc, crâne et racine des membres, avec intégrité des extrémités, il s'agit d'une propagation lymphatique de proche en proche par lymphangite ascendante ou rétrograde, ou perméation lymphatique. Ce sont de fausses métastases. Mais cette explication est combattue dans sa thèse par Boyer qui fait remarquer que si, dans les 2 observations de Ducuing il y avait des adénopathies importantes, dans plusieurs observations d'ostéose cancéreuse on note l'absence de toute adénopathie histologiquement cancéreuse, même axillaire, dans un néoplasme du sein, ce qui rend invraisemblable l'hypothèse d'une propagation lymphatique.

***

L'examen clinique de ces malades se présente dans deux conditions très différentes.

Dans la première, la tumeur primitive est connue. C'est ce que l'on observe le plus souvent dans le cancer du sein qui a été opéré, parfois depuis de longues années (5, 10, 20 ans). Mais la généralisation peut se produire, comme chez notre malade, sans qu'on puisse trouver une récidive locale ou ganglionnaire apparente, aussi hésite-t-on parfois au début à rattacher les symptômes à une généralisation néoplasique.

Dans la deuxième éventualité le cancer primitif est latent. C'est exceptionnel pour le sein, mais il n'en est pas de même pour la prostate, le corps thyroïde, les glandes surrénales. La lésion initiale peut être une trouvaille d'autopsie.

On conçoit la difficulté du diagnostic en cette occurrence.

Le Début, souvent rachidien, se traduit par des douleurs radiculaires, en ceinture, survenant par crises très violentes que la morphine n'arrive pas à calmer, par un tassement du rachis en cyphose ou cyphoscoliose.

Si l'envahissement a débuté par les fémurs, le premier signe peut être une fracture spontanée du col ou de la diaphyse. Puis dans le cours de l'évolution d'autres fractures surviennent avec le même caractère de spontanéité au 1/3 supérieur du fémur, aux côtes, sternum, clavicule.

L'évolution se fait par envahissement successif avec parfois des poussées fébriles.

Le malade s'affaiblit lentement, mais la cachexie est beaucoup plus tardive que lorsqu'il y a des métastases viscérales. Elles font en général défaut ou ne surviennent qu'à la phase terminale.

L'examen clinique doit toujours être complété par un examen de sang comprenant au minimum la recherche du calcium, du phosphore total du sérum, et des phosphatases.

La calcémie peut être normale, assez souvent légèrement élevée (114 mm. Ducuing, 129 Brull). Exceptionnellement on trouve des chiffres très élevés comparables à ceux de la maladie de Recklinghausen (192 mm. Rathery, Bernard). Et comme le remarque Boyer, c'est dans les cas d'ostéose cancéreuse dans lesquels on a constaté une hyperplasie des parathyroïdes que l'on trouve une calcémie très élevée.

Le taux du phosphore est la plupart du temps normal, mais il peut être notablement élevé, surtout si l'examen a eu lieu dans les périodes d'extension. Cette augmentation paraît donc due à l'intensité de la destruction osseuse. Le taux des phosphatases est en général normal (3 à 4 unités Bodansky) dans la forme ostéoporotique, au contraire il serait augmenté dans les formes ostéoplastiques : van Bogaert l'a vu atteindre 31,6, donc augmenté dix fois, chiffre qu'on ne trouve habituellement que dans la maladie de Paget.

On constate d'ordinaire une anémie plus ou moins intense. Celle-ci peut prendre une forme particulière avec myélocytose et augmentation considérable des hématies nucléées du sang, traduisant un effort de restauration hématique. C'est l'anémie myélogène décrite par Epstein (1896) et dont on a rapporté depuis une vingtaine d'observations (Voir Ducuing, Melestzky et Marquès. Toulouse méd., 1er oct. 1937, p. 619).

***

Dans quelques cas d'ostéoporose cancéreuse diffuse (obs. de Klemperer, Barret Bulges, L. Brull, E. Bernard, Welti, Bérard, Carnot), on a pu constater à l'autopsie et surtout à l'examen histologique une hypertrophie des parathyroïdes. Ce sont ces cas qui sont étudiés dans la thèse de Boyer.

Il ne s'agit pas de tumeurs adénomateuses volumineuses comparables à celles que l'on trouve de manière constante dans la maladie de Recklinghausen. On ne trouve une hyperplasie énorme que dans le cas de Klemperer, mais comme le remarque Boyer dans ce cas il y avait une métastase concomitante de l'hypophyse.

Dans les autres cas on trouve une glande un peu augmentée de volume et surtout d'aspect « dense et charnu » (Bérard). L'histologie ne révèle pas de production adénomateuse, mais une hyperplasie localisée portant sur les cellules principales en particulier les cellules claires — analogue aux hyperplasies que l'on a trouvées dans d'autres affections osseuses (rachitisme, maladie de Paget, ostéomalacie, ostéopathie de carence). Dans tous les cas de larges destructions osseuses, d'affections nécessitant une mobilisation importante du calcium osseux, n'existe-t-il pas une hyperplasie réactionnelle des parathyroïdes.

Et si dans l'ostéose cancéreuse on ne l'a constatée que dans quelques cas, c'est sans doute comme le remarque Boyer, que dans la plupart des cas les parathyroïdes n'ont pas été recherchées, ou examinées seulement macroscopiquement et considérées comme

normales parce qu'on ne trouvait pas une tumeur véritable comme dans la maladie de Recklinghausen.

***

Le diagnostic se présentera naturellement dans deux circonstances différentes.

Lorsque la tumeur initiale est connue, que la récidive soit constatée ou non, l'attention est attirée naturellement sur la possibilité d'une récidive d'une métastase. Le diagnostic est relativement facile. Mais il faut alors éviter l'erreur qui fait considérer toute lésion osseuse survenant comme de nature cancéreuse. Nous venons d'observer un de ces cas, il est vrai d'interprétation difficile — chez un homme de 72 ans, opéré il y a 5 ans d'un cancer de l'épiglotte, et actuellement avec une récidive locale et un envahissement ganglionnaire on observe une inflexion du tronc avec cyphose lombaire et saillie de 3 apophyses épineuses. Au premier abord on pense à une métastase possible, mais la gibbosité s'est produite sans douleur notable. On note que depuis plusieurs années le malade a vu son crâne grossir et a été obligé de changer la pointure de son chapeau. Il présente une hyperostose de la moitié interne d'une clavicule. Les radiographies montrent des lésions du crâne, clavicule, rachis, os iliaques nettement d'aspect pagétique. L'examen du sang vient confirmer ce diagnostic.

Le diagnostic est encore beaucoup plus complexe lorsque la tumeur primitive est inconnue (petit nodule squirrheux du sein, cancer de la prostate, du corps thyroïde, hypernéphrome).

Dans la forme ostéoporatique il faudra éliminer successivement toutes les causes d'ostéoporose diffuse et de maladie osseuse. Mais on pensera surtout à la maladie de Recklinghausen et au myélome multiple.

La maladie de Recklinghausen, ostéose parathyroïdienne, est, comme toute lésion osseuse d'origine endocrinienne, étendue à tout le squelette (Coryn). Au début, il y a une décalcification diffuse avec amincissement des trabécules osseuses et de la corticale et au crâne un aspect pagétoïde. A une période plus avancée se constituent les renflements et les cavités pseudokystiques d'aspect caractéristique. La constatation d'un adénome parathyroïdien quand il est perceptible, enlèvera tout doute. La violence des crises douloureuses, leur siège au rachis, au bassin, sont au contraire en faveur des métastases cancéreuses.

L'examen du sang montre théoriquement une formule différente dans les 2 affections : hypercalcémie et hypophosphatémie dans l'ostéose parathyroïdienne, dans le cancer l'hypercalcémie est accompagnée d'hyperphosphatémie. Mais dans la 1re affection l'hypercalcémie peut manquer. Dans l'ostéose cancéreuse la formule peut être la même, s'il y a une hypertrophie des parathyroïdes.

La biopsie peut devenir indispensable pour trancher le diagnostic. Encore là y a-t-il des difficultés. Dans l'ostéose cancéreuse les cellules néoplasiques peuvent avoir disparu si le foyer est ancien (obs. de Welti, Huguenin, Placa) aussi Houdard et Mouchet conseillent-ils de faire la biopsie dans des zones récemment atteintes et peu décalcifiées, et au besoin de la répéter.

Le myélome multiple est encore d'un diagnostic plus difficile. La lésion atteint surtout les clavicules, côtes, omoplates, sternum, mais peut siéger sur les os des membres. Elle s'accompagne d'une anémie qui peut être intense. Lorsque l'examen des urines révèle l'existence d'albumose de Bence Jones, cette présence fixe le diagnostic, elle est malheureusement inconstante. C'est alors que la constatation d'une hyperprotéinémie prend de l'importance (obs. de Carrière, Huriez et Verhaeghe). La biopsie peut faire faire le diagnostic, mais peut être d'interprétation difficile. Il faut lui préférer (Carnot) la ponction sternale qui fixe sur la présence et la variété du myélome, ce qui a son importance car toutes les variétés n'ont pas la même évolution et la même radiosensibilité.

La forme ostéoplastique plus rare, et consécutive surtout à un néoplasme prostatique peut surtout être confondue avec la maladie de Paget. Depuis que l'on sait que le Paget commence souvent par le rachis (voyez M. Lance, Quelques notions récentes sur la maladie de Paget, *Gaz. des Hôp.*, 27 nov. 1937), les os iliaques, le sacrum, le crâne, exactement comme la généralisation du cancer prostatique, il ne faut plus parler de différence de localisation. Mais l'aspect radiographique diffère. L'envahissement cancéreux est massif, l'opacité intense, sans l'aspect ouate, floconneux qui ne manque jamais dans le Paget. L'examen du sang montre dans le Paget la calcémie et la phosphatémie sensiblement normales, mais les phosphatases sont augmentées dans une proportion qui ne se trouve pas dans les autres affections osseuses, augmentation allant à 10, 15, 20 fois le chiffre normal. Dans l'ostéose cancéreuse ostéoplastique la calcémie et la phosphatémie sont normales ou légèrement augmentées ; il en est de même des phosphatases. Cependant dans la très belle observation de Van Bogaert (*Presse méd.*, 14 nov. 1936) on trouve que les phosphatases atteignaient 8 à 10 fois le taux normal. C'est exceptionnel.

Mais ce qui fixera rapidement le diagnostic, c'est l'évolution différente des 2 affections. Le Paget est une affection chronique évoluant très lentement avec des poussées aiguës séparées par de longues rémissions. La forme ostéoplastique des métastases cancéreuses évolue progressivement et rapidement, avec des douleurs violentes, tenaces, parfois des poussées fébriles, vers la cachexie. Mais on devra se souvenir que la maladie de Paget prédispose au sarcome et que les statistiques concordent pour indiquer que dans 1/10 des cas au moins un des foyers peut subir la dégénérescence sarcomateuse. Ici seule la biopsie pourra asseoir ce diagnostic que les examens clinique et radiographique auront fait présumer.

***

Quelle est l'origine de l'ostéose cancéreuse diffuse ? Comment se produit-il une généralisation limitée au squelette, un véritable ostéotropisme de certaines métastases cancéreuses.

On a émis l'hypothèse que cette non-participation des viscères s'expliquerait par la voie de propagation. Il ne s'agirait plus de métastases vraies par voie san-

guine, mais de propagation de proche en proche par voie lymphatique. C'est ce que Ducuing aurait observé chez ses 2 malades. Mais cette explication ne peut s'appliquer à tous les cas. Elle est rejetée, nous l'avons vu, par la plupart des auteurs.

La localisation spéciale des métastases ne tient pas à la nature même du cancer. On la trouve dans des néoplasmes très variés.

Ne tiendrait-elle pas à l'état antérieur du squelette créé par le cancer primitif ?

Dès 1925 Sicard et Coste à propos d'un cas de lésions rachidiennes survenues chez une malade porteuse d'un squirrhe du sein latent et révélé seulement à l'autopsie, l'examen histologique d'une des vertèbres atteintes n'ayant pas montré de lésions néoplasiques, émirent l'hypothèse qu'il s'agissait d'une ostéomalacie para-cancéreuse.

On sait depuis lors combien il faut se montrer réservé dans l'appréciation de ces examens histologiques. L'absence de cellules néoplasiques dans une métastase déjà ancienne ne prouve pas qu'il n'y en a pas eu à un moment donné : le tissu osseux, après une destruction par le cancer, peut être le siège d'une dégénérescence nécrobiotique et graisseuse dans laquelle les cellules cancéreuses ont disparu (Bérard-Welti, etc.). C'est ainsi que dans le foyer trochantérien de l'observation de Bérard, Martin et Ponthus, on ne trouve plus d'éléments cancéreux.

La découverte dans certaines observations d'ostéose cancéreuse d'une hyperplasie des parathyroïdes a fait naître une autre explication : ne s'agit-il pas d'un état antérieur du squelette, analogue à la maladie de Recklinghausen, servant d'appel aux localisations métastatiques ?

Cette hypothèse, séduisante au premier abord, ne tient pas devant l'examen des faits. La caractéristique des lésions squelettiques d'origine endocrinienne est d'être généralisées (Coryn). Or dans l'ostéose cancéreuse comme le remarque Bernard et aussi Bursztyn, le squelette n'est modifié que là où il y a du cancer, ailleurs il est normal. Il faut donc admettre que l'hypercalcémie quand elle existe dans l'ostéose cancéreuse est due à la destruction osseuse métastatique et à la mise en circulation de calcium ainsi libéré, et que l'hyperplasie des parathyroïdes est secondaire aux troubles du métabolisme du calcium dû aux métastases osseuses.

*
**

Le traitement est celui des métastases cancéreuses. Leur localisation strictement osseuse n'entraîne que 2 particularités : 1° Le traitement des fractures spontanées, des fémurs surtout, qui nécessite un appareillage ; 2° l'intensité des douleurs en particulier au rachis qui impose l'emploi de la radiothérapie. Celle-ci réussit à calmer les douleurs ainsi que nous avons pu le constater sur notre malade. La téléræntgenthérapie, rayonnement étendu sur une grande étendue avec de très faibles doses souvent répétées (Lucien Mallet) semble être un très sensible progrès. Par son action nette sur les douleurs, par la recalcification certaine des destructions osseuses, elle réalise par une action qui est encore discutée (action sur les glandes endocrines, sur les stérols de la peau) un ralentissement de la vitalité des métastases cancéreuses et peut amener une survie de plusieurs années avec des souffrances très atténuées.

QUELQUES CAS DE CANCER

par M. L. Babonneix,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Il n'est pas que les spécialistes pour avoir vu des cas curieux de cancer. Tous les praticiens en ont observé. En voici quelques-uns, tirés de nos souvenirs et qui intéressent l'*étiologie*, le *diagnostic* et le *traitement*.

*
**

En ce qui concerne l'ÉTIOLOGIE, trois sont particulièrement instructifs.

Un homme de 37 ans vient nous consulter pour une pleurésie hémorragique gauche précédée d'amaigrissement, non accompagnée de fièvre et datant de quelques semaines. A la radiographie du thorax, effectuée par M. L. Delherm, ombre opaque dans le champ pulmonaire correspondant, évoquant avant tout l'idée de tumeur. Ultérieurement, apparition d'un syndrome médiastinal, bientôt terminé par la mort. Malgré l'absence d'autopsie, le diagnostic de cancer pulmonaire paraît d'autant moins douteux que, dans le liquide retiré par ponction, le docteur Ardoin, de Nice, avait trouvé un grand nombre de cellules volumineuses, d'apparence épithéliale, et dont certaines possédaient deux ou trois noyaux. Or, la tante paternelle était atteinte d'un cancer ulcéré des lèvres ; le père, d'un cancer du larynx, diagnostiqué par M. Hautant. Comment, dans ce cas, l'idée de *contagion* ne viendrait-elle pas à l'esprit, quand on songe que cette vieille dame vivait avec son frère et son neveu et ne pouvait s'empêcher, malgré toutes les recommandations qui lui avaient été faites, de leur manifester sa tendresse par d'innombrables baisers ? Comment ne pas rapprocher ce cas de cet autre, concernant cette ville, où les quatre derniers curés d'une même paroisse sont morts de cancer du rectum ? Comment ne pas évoquer l'exemple de cet empereur qui mourut en 1888 de cancer du larynx, et dont la veuve succomba, en 1901, à un cancer vertébral ? MM. Quénu et Hartmann n'avaient-ils pas affirmé jadis que, dans l'entourage d'un sujet atteint de cette affection, survenaient souvent, à brève échéance, des cancers divers et, particulièrement, digestifs ?

Les rapports de causalité qui unissent les *traumatismes* aux tumeurs ont été très discutés. Voici, pourtant, un cas qui semble probant.

Une fillette de 11 ans, sans antécédents, tombe si malencontreusement de bicyclette qu'elle se blesse le front, qui heurte le sol au cours de la chute. On n'est donc pas étonné de constater qu'il apparaît, quelques jours après, au-dessus de chaque sourcil, une tuméfaction douloureuse, assez dure, douloureuse spontanément et accompagnée d'œdème palpébral. Ces tuméfactions ne sont pas ulcérées, elles ne saignent pas, elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme inquiétant. Et pourtant, il s'agissait de sarcome, comme le montra la biopsie effectuée à l'Institut du Cancer. Sarcome qui, sous l'influence des rayons X, conseillés par M. A.

Baumgartner, s'améliora si bien que, six ans après, M. Dupuy-Dutemps avait l'occasion de revoir la petite malade, en parfait état général, qui venait le consulter pour du trichiasis, secondaire, sans doute, à la radiothérapie.

Une vieille dame, dont le mari, tabétique et diabétique, était mort de tuberculose pulmonaire, vient nous consulter pour une leucoplasie occupant la joue gauche. C'est, de plus, une tabétique fruste. Ultérieurement, apparition, sur cette leucoplasie, d'une tumeur maligne qu'il fallut opérer. Nouvel exemple des relations qui unissent syphilis et cancer, et sur lesquelles, dans ce même numéro, insiste M. Touraine !

*
**

Le DIAGNOSTIC, dans certains de nos cas, a offert les plus grandes difficultés.

Un garçon de 14 ans nous est conduit parce que, depuis un mois, il tousse fréquemment et, depuis une semaine, est oppressé. A l'examen, nous constatons :

1° L'existence d'une circulation collatérale nette dans la région sous-claviculaire gauche ;

2° De la dyspnée avec cyanose ;

3° Les signes d'une pleurésie gauche hémorragique ;

4° Les signes d'un épanchement péricardique pour lequel, une ponction ayant été jugée nécessaire, l'enfant est admis dans le service de P. Hallopeau qui, à l'intervention, constate, d'une part, l'absence de tout épanchement et, de l'autre, la présence, dans la région rétro-sternale, d'abondantes masses fongueuses.

Les jours suivants, nouveaux symptômes : hépatomégalie, tuméfaction du testicule gauche, œdème en pèlerine, foyer du sommet pulmonaire droit, matité du sommet gauche ; finalement, purpura, cachexie et mort.

Nous avions d'abord pensé à une péricardite avec épanchement. Après l'intervention, ce diagnostic ne pouvait être retenu. Prenant en considération l'apparence délicate du petit malade, l'existence d'une pleurésie hémorragique, d'hépatomégalie et d'une tuméfaction testiculaire, nous avions admis qu'il s'agissait d'une symphyse cardio-tuberculeuse. Autre hypothèse, celle d'un séminome avec métastases thoraciques. A l'autopsie, masses lardacées occupant tout le thorax, infiltrant le poumon gauche, la cavité péricardique et constituées, histologiquement, par un lymphocytome, avec métastases rénales et testiculaires. Aucune trace de tuberculose.

Autre cas, relatif à la fillette d'un confrère.

Mlle X..., 11 ans et demi, de bonne santé habituelle, est prise, quatre à cinq jours après vaccination à la cuisse gauche, de douleurs localisées à l'aine correspondante et liées à l'existence d'une grosse adénopathie inguinale. Bientôt, nouveaux symptômes nerveux, les uns temporaires : céphalée, vomissements, photophobie, diplopie ; l'autre, durable, constitué par une polyurie de 2, puis de 4 litres ; et généraux : amaigrissement, fièvre irrégulière, apparition d'adénopathies cervicales qui, rapidement, s'accroissent, de manière à former, de chaque côté, de grosses masses bosselées et douloureuses.

Pour tirer le cas au clair, nous décidons, avec MM. J. Lhermitte et Th. de Martel, de multiplier les épreuves de laboratoire. Deux d'entre elles aboutissent à des résultats décisifs : à la radiographie de profil du crâne, destruction totale de la selle turcique et perte de substance arrondie du pariétal gauche ; à la biopsie d'un ganglion, image de myélosarcome.

Il s'agissait donc d'un *sarcome de la base du crâne* ayant provoqué des métastases ganglionnaires et qu'améliora, d'une manière rapide et durable, la radiothérapie, appliquée par le docteur Lepennetier.

Cas d'interprétation non moins épineuse :

Un phtisique de 39 ans, qui se trouvait dans notre service à la Charité, attire notre attention par une polyurie abondante (10-12 litres) qui ne s'accompagnait ni de polydipsie ni de glycosurie. Le diagnostic le plus vraisemblable ? Un tubercule de la région hypophyso-pubérienne. Le plus vraisemblable, mais non le vrai ! A l'autopsie, *gliome sus-chiasmatique* (J. Lhermitte). Il y avait donc, dans ce cas, coïncidence d'un gliome, expliquant la polyurie, et d'une tuberculose pulmonaire banale, sans retentissement sur le système nerveux.

Le dernier cas concerne un ingénieur de 40 ans, sans antécédents, et qui, brusquement, au cours d'une promenade en automobile, est pris d'une douleur ombilicale si vive qu'on doit le transporter aussitôt dans une maison de santé, où on lui découvre une pleurésie hémorragique gauche.

Ultérieurement, fièvre continue, se maintenant aux environs de 40°, amaigrissement, sueurs profuses. On pense tout naturellement à la tuberculose, mais sans éliminer complètement l'idée d'un cancer pulmonaire. Au bout de quelques mois, apparition d'une tuméfaction occupant l'hypochondre gauche. Malgré d'innombrables examens, on ne peut arriver à savoir si elle est abdominale ou thoracique. A l'opération, effectuée par M. A. Baumgartner, sarcome sous-pleural s'étant creusé une loge volumineuse entre le poumon gauche et le cœur.

*
**

Nous avons déjà cité deux cas de survie prolongée sous l'influence de la RADIOTHÉRAPIE. En voici un encore plus curieux.

Un étudiant en médecine est atteint d'une affection qui est d'abord étiquetée synovite tuberculeuse du poignet. A l'examen histologique des fragments prélevés, le prof. Lecène s'aperçoit qu'il s'agit de sarcome. On fait donc appel aux rayons X. La tumeur s'améliore. Les années passent. L'étudiant, devenu médecin, s'installe dans un grand centre ; il y exerce sa profession avec activité et sans le moindre accroc pendant dix-huit ans. Alors, brusquement, douleur lombaire, révélatrice d'une métastase vertébrale constatée, à l'intervention, par M. Th. de Martel.

Ainsi, dans trois de nos cas, survie, due à la radiothérapie, durant depuis trois ans dans l'un, depuis neuf, dans l'autre, et ne s'étant pas prolongée moins de dix-huit ans dans le dernier.

Les cholécystites chroniques, étude clinique, par A. DANÈS, préface du professeur J. Rieux. Un volume in-8 de 118 pages, avec 4 planches hors texte. Prix : 38 francs. Chez Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, à Paris (6e), 1938.

Conduite à tenir en présence d'une colibacillose urinaire chronique, par le docteur Paul BARON, à La Preste (Pyrénées-Orientales). Un vol. de 30 pages.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en pneumologie clinique, par le prof. Emile SERGENT. Un volume de 82 pages. Prix : 24 fr., chez Masson et Cie, à Paris, 1937.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1938)

Typhlite gangréneuse localisée à point de départ diverticulaire. — M. BARBIER. Il s'agissait d'une femme de 46 ans opérée avec le diagnostic d'appendicite aiguë ; à l'intervention, il existait, à côté d'un appendice sain, une zone de typhlite gangréneuse avec présence d'un calcul stercoral ; enfouissement de la plaque gangréneuse. Guérison.

L'auteur pense que ces diverticules du cœcum sont moins rares qu'on ne le croit et qu'ils interviennent dans l'étiologie de certaines manifestations de la région cœcale.

A propos de deux observations d'iléite terminale aiguë. — MM. CAPETTE et BOUTRON. Dans la première observation, garçon de 18 ans, présente un syndrome abdominal aigu ; dans les antécédents, on retrouve des crises abdominales antérieures analogues, s'accompagnant de quelques troubles pelviens. On porte le diagnostic d'appendicite pelvienne ; à l'intervention, appendice sain ; les 15 derniers centimètres du grêle sont œdématisés ; dérivation sus-jacente à la Witzel. Guérison.

Le deuxième cas est observé chez un garçon de 23 ans avec antécédents de troubles abdominaux qualifiés d'entérite ; crise aiguë ; à l'intervention on trouve des lésions d'iléite portant sur 40 cm., avec présence d'une petite poche de pus. Dérivation à la Witzel. Guérison. Quelques mois après, syndrome occlusif ; fistulisation de l'intestin grêle. Persistance d'une petite fistule du grêle.

Les auteurs soulignent l'intérêt des antécédents entéritiques présentés par les malades, et d'autre part la diversité des dénominations adoptées par les auteurs étrangers.

M. BAZY rapporte une observation analogue à celles de M. Capette, et estime qu'il faut avoir des examens bactériologiques pour éliminer à coup sûr la possibilité d'une fièvre typhoïde.

M. LARDENNOIS demande qu'on distingue avec netteté les iléites secondaires et les iléites primitives :

Les premières sont connues depuis longtemps et fréquentes : iléite secondaire à des lésions annexielles, à une occlusion, etc...

Les iléites primitives sont vraisemblablement plus rares ; M. Lardennois en rapporte un cas personnel. Il croit qu'il faut faire jouer à la stase un rôle dans la localisation de cette infection aiguë sur la portion terminale de l'iléon.

Au point de vue thérapeutique, la dérivation sus-jacente doit être le premier temps, mais il est vraisemblable que, dans certains cas, on sera amené à réséquer secondairement le segment intestinal malade.

M. SÉNÈQUE a observé un cas où l'évolution se fit vers la guérison (datant de cinq ans), sans qu'on ait fait aucune fistulisation sus-jacente.

Un cas de camptodactylie du pouce. — M. SORREL souligne le fait qu'entre cette lésion et le doigt à ressort, il n'y a qu'une différence de degré.

M. FÈVRE a observé quatre cas de flexion permanente des doigts ; il faut distinguer, semble-t-il, blocage tendineux (cas de M. Sorrel) et la camptodactylie vraie, qui consiste en une flexion permanente des doigts, mais le pouce est respecté.

A propos de quelques cas de tétanos chez les enfants. — M. SORREL estime qu'il entre quatre ou cinq tétanos chaque

année à l'hôpital Trousseau, et qu'il y aurait donc intérêt à développer la mise en œuvre de la vaccination préventive par l'anatoxine.

MM. Bazy, Rouvillois, Fèvre s'associent à M. Sorrel pour réclamer l'extension de la vaccination préventive.

Accidents nerveux dans les hémorragies.— M. R. Grégoire a observé un cas d'hémiplégie et un cas de monoplégie chez des fibromateuses ayant fait des hémorragies très importantes ; récemment, une malade opérée pour fibrome sous-muqueux fait, douze jours après l'intervention, une amaurose subite de l'œil gauche. La vision redevient normale au bout de trois semaines, grâce à un traitement anti-anémique énergique.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(Séance du 30 avril 1938)

Métabolisme glucidique et indice chromique résiduel chez les néphrétiques. — MM. F. Rathery, P.-M. de Traverse et Mlle J. Patin. L'étude des variations de l'indosé ternaire plasmatique défini par Polonovski et ses élèves apporte une nouvelle preuve du fait que les lésions rénales ont un retentissement profond sur le métabolisme des hydrates de carbone.

Cette notion avait été déjà développée par Rathery, Bierry et Bordet, en étudiant la protido-glycémie.

Le trouble du métabolisme des hydrates de carbone, dans la grande majorité des cas, ne peut pas être mis en évidence par l'étude de la glycémie libre et n'est pas absolument parallèle à l'élévation de l'urée sanguine ni des autres éléments azotés.

Choline ultra-filtrable du sang et excitation vagale. — MM. J. Gautrelet, H. Scheiner et A. Kaswin, à l'aide de l'ultra-filtration et d'un dosage après acétylation sur le muscle de sangsue ésériné, ont pu préciser les quantités de choline dans le sang normal et après excitation vagale : le sang carotidien, après une excitation du nerf ne dépassant pas 2 minutes, renferme une quantité de choline accrue de 75 p. 100 par rapport à la normale ; cet excès disparaît rapidement ; il y a lieu d'attribuer à cette choline provenant de la désintégration de l'acétylcholine vagale un rôle physiologique.

Effets cardiovasculaires de la gelsémine. Action sur le cœur isolé de grenouille. — M. Moisset de Espanes. Sur le cœur isolé de grenouille, la gelsémine exerce une action dépressive musculaire réversible et non modifiée par l'atropine ; elle ne paraît être ni parasympathomimétique ni parasympatholytique. Le chlorure de baryum et l'adrénaline provoquent la reprise du cœur arrêté par la gelsémine.

Etude étiologique et bactériologique de deux cas de synovite tuberculeuse à bacille bovin. — MM. A. Saënz et D. Morel Fatio. Les auteurs rapportent deux cas de synovite à bacille bovin observée chez des employés aux abattoirs. Ces deux sujets, avant leur entrée aux abattoirs, réagissaient déjà à la tuberculine, et l'un d'entre eux avait même un passé pulmonaire révélé à la radiographie.

Des hommes, antérieurement infectés par un bacille humain, peuvent donc, après blessure par des produits contaminés par des bacilles bovins, contracter une lésion tuberculeuse active. L'allure bénigne de la lésion, bien qu'il s'agisse d'un germe de virulence normale, peut s'expliquer par un certain degré d'immunité engendrée par le bacille de primo-infection.

Relations entre l'efficacité thérapeutique antigonococcique expérimentale et le pouvoir microbicide des dérivés benzé-

niques sulfurés. — MM. C. LEVADITI et A. VAISMAN. Si l'on précise les relations entre l'action thérapeutique des divers composés benzéniques sulfurés d'une part, leur effet bactéricide *in vitro* à l'égard d'une même souche de gonocoques de l'autre, on constate que les corps les plus efficients se révèlent également les plus microbicides dans le tube à essai. Toutefois ce parallélisme s'efface dès que l'on examine le comportement de diverses souches de gonocoques vis-à-vis d'un seul médicament. Le mécanisme qui préside à la chimiothérapie antistreptococcique et antipneumococcique est donc différent de celui de la chimiothérapie antigonococcique et antiméningococcique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1938)

La grossesse comme facteur d'amélioration du diabète. — MM. RATHERY et FROMENT. La découverte de l'insuline paraît avoir modifié dans certains cas le pronostic fâcheux de la grossesse chez les diabétiques. Observation d'une malade atteinte d'un diabète consomptif, qui, soignée par l'insuline, devint enceinte. Pendant le cours de la grossesse, le diabète disparut. La femme accoucha d'un enfant macéré, mais le diabète resta amélioré à ce point qu'on a pu cesser l'insuline sans que la glycosurie réapparaisse, la glycémie restant normale.

M. Gilbert DREYFUS déclare que l'insuline transforme le pronostic du diabète chez les femmes enceintes, mais que l'avenir du fœtus reste le même.

La polynévrite diabétique. — MM. RATHERY et KLOTZ admettent la polynévrite diabétique, et croient que cette polynévrite résulte d'une carence en vitamine B. Un exemple vient à l'appui de cette conception. Un malade, chez lequel était apparue une polynévrite à la suite de diarrhée et de vomissements incoercibles ayant causé une avitaminose relative, fut amélioré et guéri par le régime antidiabétique associé à des injections de vitamine B.

Indications du peumothorax extra-pleural. — MM. PIERRE BOURGEOIS, Mario LEBEL, Mme Pierre BOURGEOIS, MM. Paul HERTZOG et ATTALI. Analyse de 25 cas de pneumothorax extra-pleural ayant comporté une mort par insuffisance cardiaque, un cas de perforation avec fistule broncho-cutanée et 2 cas de suppuration grave. Parmi ces 25 cas : 5 échecs, 7 douteux, 13 favorables. L'intervention est indiquée chez des sujets jeunes et sur des lésions récentes, et chez des sujets dont la tuberculose est peu évolutive ; elle possède des indications larges, différentes de celles de la thoracoplastie.

Epilepsie « pleurale » au cours de l'insufflation d'un pneumothorax extra-pleural. — MM. Pierre BOURGEOIS et HERTZOG.

Les épanchements du pneumothorax extra-pleural. — MM. Pierre BOURGEOIS, HERTZOG, Mme BOQUET décrivent les réactions cytologiques des épanchements extra-pleuraux qui présentent les caractères d'un liquide hématique avec poussée lymphocytaire et macrophagique transitoire, suivie d'une formule de dégénérescence cellulaire complète. La réapparition d'une grande polynucléose est le signe d'une infection locale ; ultérieurement, l'épanchement peut prendre l'aspect puriforme aseptique.

Trois cas de maladie de Gaucher familiale. — MM. Emile-WEIL, ISCH-WALL, PERLÈS et ASCHKÈNASY.

Purpura et réaction leucémoïde au décours d'une varicelle. — MM. RAILLIET et GIMBOURG (Reims).

Transfusion sanguine par instillations goutte à goutte (perfusion). — MM. TZANCK et DREYFUS. La méthode, anodine, permet l'utilisation de quantités énormes de sang — 1 litre au moins — avec le minimum de réactions. Cette méthode peut donner de bons résultats dans les cas où les autres techniques ont échoué.

Un cas rare de polyspondylite aiguë tuberculeuse. — M. MONDON. Cas observé chez un soldat originaire de l'Afrique du Sud. Evolution rapide. A l'autopsie, lésions tuberculeuses gravidiques au niveau des poumons, du foie, de la rate, des reins ; collections purulentes au niveau du médiastin et de la zone iliaque gauche ; lésions très étendues du rachis. Bacilles de Koch dans le pus des vertèbres, celles-ci étant toutes atteintes.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1938)

Fistule lombaire asséchée et cicatrisée par un traitement d'ozone. — M. AUBOURG montre que l'ozone augmente l'oxygène du sang et modifie notablement la cyto-bactériologie des plaies infectées.

Cancer du corps de l'utérus (présentation de pièces opératoires). — M. PETIT DE LA VILLEON.

La genèse du cancer. — M. TAGUET pense que le cancer est un trouble biologique et non une entité morbide. C'est la conséquence d'un désordre ou de plusieurs de nos métabolismes, et son évolution est commandée par l'intégrité ou par l'état déficitaire de notre système réticulo-endothélial. En partant de cette conception, il envisage que la thérapeutique anticancéreuse doit être dirigée contre le terrain (primum movens), dans le but de rétablir l'équilibre métabolique et d'invigorer notre système de régulation, notre système de défense. La chirurgie, le radium, l'électro-coagulation resteront toujours les armes contre la tumeur, qui n'est que l'effet d'une cancérisation déjà effectuée.

M. JOLTRAIN insiste sur l'importance des troubles des hormones dans la genèse du cancer, dont l'étude d'autre part peut sembler passer en quelque sorte à la phase chimique.

L'alcool au tiers isotonique en injection intrapulmonaire directe chez les bacillaires de début. — M. Georges ROSENTHAL s'est attaché à l'étude des tuberculeux trop nombreux qui échappent aux méthodes modernes de traitement local. Poursuivant ses études des injections intra-parenchymateuses, il décrit l'injection en plein parenchyme de solution de sérum physiologique d'alcool au tiers, dont Landau a montré l'action sur les suppurations pulmonaires en injections intraveineuses. Ces injections sont très bien tolérées et semblent avoir une action provocatrice de sclérose. La pénétration intra-parenchymateuse au trocart mousse évite tout danger d'hémorragie. (Petit de la Villléon.)

Le rhume des foins. Essai pathogénique. — M. R. GRAIN à la lumière des travaux récents sur les propriétés de l'histamine, pense que l'on peut considérer la production du rhume des foins comme ressortissant à un trouble de mécanisme : d'abord un choc colloïdoclasique producteur des phénomènes généraux et ensuite un choc histaminique producteur des réactions nasales si caractéristiques et si violentes. Les uns et les autres, simultanés, demandent pour s'établir la condition indispensable d'un terrain à réactions adéquates et orientées.

M. JOLTRAIN rapporte une série d'observations de rhume des foins prouvant son origine anaphylactique, les anti-

réactions positives aux pollens de graminées et la possibilité d'un traitement efficace par cuti-réactions et inhalations.

Grippe grave traitée par l'opothérapie splénosurrénale. — M. J.-C. BAYLE.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1937)

Un cas de sclérœdème. — MM. J. HALLÉ, PICHON et Mlle BAGUETTE présentent une fillette de 8 ans atteinte de sclérœdème ayant débuté à la suite d'une rougeole et atteignant le visage, le cou et le membre supérieur droit. En même temps était apparue une éruption papulo-vésiculeuse dont il ne reste plus aucune trace. Il existe des troubles fonctionnels cardiaques avec bruit de galop, mais sans aucune modification du profil des électrocardiogrammes Ils n'ont relevé dans les antécédents aucun passé rénal et n'ont observé aucune modification sanguine.

L'eczéma aigu. (*A propos du procès-verbal.*) — M. RIBADEAU-DUMAS rappelle les caractères cliniques essentiels du syndrome toxique, et insiste sur les constatations anatomiques qu'il a pu faire à plusieurs reprises, notamment sur l'œdème cérébral et les hémorragies digestives. Il signale d'autre part que la ponction lombaire lui a toujours paru en pareil cas inefficace, et qu'il n'a tiré aucun bénéfice des différents médicaments neuro-végétatifs qu'il a essayés.

M. LESNÉ insiste sur la similitude entre le syndrome toxique et les états anaphylactiques, tant du point de vue clinique que du point de vue anatomique.

M. LEREBOULLET insiste sur le rôle de la chaleur et de la dessication de l'air à l'origine de ces accidents.

M. CATHALA rappelle que les travaux de M. Reilly ont simplement mis en évidence le mécanisme de la mort en pareil cas : il a montré en effet qu'une irritation quelconque d'un nerf déterminé était susceptible de produire des désordres vaso-moteurs désordonnés, pouvant entraîner la mort, et sans aucun rapport avec l'intensité de l'agression initiale.

Essai de traitement curatif et prophylactique des accidents hyperthermiques graves des eczémateux hospitalisés. — MM. TIXIER et ECK ont eu en pareil cas des résultats très satisfaisants par l'emploi précoce de l'abcès de fixation, qu'ils pratiquent dès les premières manifestations d'élévation thermique. Ils ont obtenu par ailleurs des résultats comparables dans les hyperpyrexies sans cause apparente de la rougeole.

A propos du traitement des ostéomyélites aiguës. — M. SORREL reste partisan des interventions chirurgicales précoces, et n'applique d'appareil plâtré qu après l'intervention. Il apporte à l'appui de ses opinions un certain nombre de documents.

Trois cas d'encéphalite de la varicelle. — M. JOSSERAND (de Saint-Etienne).

Fièvre typhoïde chez un nourrisson de 5 mois. — M. ESBACH (de Bourges) a observé un cas remarquable par la généralisation des taches rosées, l'hépatomégalie considérable, l'absence de splénomégalie et de troubles digestifs. L'hémoculture était positive au bacille d'Eberth.

Un cas de varicelle anormalement confluente. — MM. PARAF et BOULENGER.

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1938)

Encéphalite varicelleuse. — MM. GRENET et ISAAC-GEORGES présentent une enfant de 8 ans, atteinte au décours d'une varicelle de troubles nerveux graves à prédominance cérébelleuse qui persistent depuis un an sans aucun changement.

Deux cas de syndrome de Chevallier-Jackson. — M. ROHMER rapporte deux observations de laryngo-trachéite suffocante, caractérisées toutes deux par l'apparition d'enrouement et de toux rauque bientôt suivis d'une dyspnée intense que ne soulagent ni le tubage ni la trachéotomie, et qui évoque le croup par son intensité. La mort survient en hyperthermie dans un délai de quelques heures, et l'auscultation avait permis de constater dans les deux cas une véritable imperméabilité pulmonaire à l'air. L'examen anatomique a montré l'existence dans la trachée d'un muco-pus très épais ; l'examen bactériologique a permis de déceler des microbes banaux qui n'ont pas permis de reproduire chez l'animal un syndrome analogue.

Quelques cas de tétanos chez les enfants. — M. SORREL rapporte trois observations de tétanos survenues chez des enfants à la suite de traumatismes si minimes que, dans aucun cas, l'injection préventive de sérum n'était justifiée. Il insiste à ce propos sur la nécessité de répandre la vaccination antitétanique, dont l'innocuité est parfaitement démontrée.

Passage du pigment de la betterave rouge dans l'urine de l'enfant. — MM. HALLÉ et GIRARD ont observé dans deux cas une coloration rouge anormale des urines pouvant évoquer l'idée d'une hématurie, et due les deux fois au passage anormal du carotène dans l'urine. Il est curieux de noter qu'il s'agissait là de cas isolés parmi les membres d'une même famille soumis à la même alimentation, de sorte que la cause de cette anomalie n'a pu être décelée.

Un cas larvé de dolichosténomélie. — M. ROEDERER présente une fillette de 13 ans dont les membres sont longs et graciles et qui a une légère scoliose, mais qui n'a par ailleurs ni troubles cardiaques ni troubles oculaires.

Un cas typique de scoliose par malformation de la 5e vertèbre lombaire. — Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH. (Présentation de radiographie.)

Le traitement de la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles par le benzoate de di-hydro-folliculine. — MM. HUBER, LIÈVRE et DUPERRAT rapportent cinq observations de vulvo-vaginites gonococciques rebelles à plusieurs traitement antérieurs, guéries dans un délai très court à la suite d'injections intra-musculaires de cette préparation. Ils n'ont observé par ailleurs aucune action de ce médicament sur les caractères sexuels.

Apoplexie séreuse au cours du traitement par les arsénobenzènes. — Mmes LINOSSIER-ARDOIN et RONGET rapportent plusieurs observations d'apoplexie séreuse survenue chez des enfants hérédo-syphilitiques, à l'occasion d'un traitement arsénical jusqu'alors parfaitement supporté.

Deux cas d'apoplexie séreuse chez l'enfant. — MM. CATHALA, AUZÉPY et BRAULT rapportent deux observations de coma éclamptique survenues respectivement 4 et 2 jours après une injection de sulfarsénol, et pensent que l'apoplexie séreuse n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire. Le diagnostic se présente avec un cachet particulier de difficulté si le médecin traitant ignore que, par ailleurs, le petit malade est soumis à un traitement novarsénical. Un certain nombre d'observations comparables ont dû être assez souvent méconnues et appelées éclampsie ou encéphalite.

PRATIQUE MÉDICALE

DOULEUR ET INSOMNIE

par le docteur Chauvet

C'est parce qu'ils souffrent que la plupart des malades ont recours au médecin. Ils lui demandent de calmer les douleurs ; être soulagés, c'est surtout ce qu'ils souhaitent ; peu leur importe, en général, la cause.

Le médecin doit, avant toute chose, se renseigner sur la nature des phénomènes douloureux, leurs modalités d'évolution, les causes qui provoquent leur apparition, les symptômes associés, toutes choses qui lui permettront d'établir un diagnostic exact, et d'opposer parfois un traitement spécifique à l'affection causale.

Il n'est pas de douleur qui doive être respectée ; si elle est utile à l'établissement du diagnostic, dès que celui-ci est affirmé, on doit s'attacher à la faire disparaître.

Mais il est rare, dans les cas où la douleur est le symptôme dominant, que l'on puisse se contenter d'un traitement purement et strictement étiologique ; en effet, son action ne se manifeste souvent qu'au bout d'un temps plus ou moins long, pendant lequel le malade continue à souffrir et en vient rapidement à se demander si le traitement institué lui est de quelque utilité. De plus, beaucoup de malades voient trop tard le médecin, et l'apparition de la douleur, qui les décide, signe souvent une extension telle de la maladie qu'aucun traitement étiologique ne peut être utilement entrepris ; force est donc, là encore, de s'en tenir à une médication symptomatique.

A côté des cas où la douleur n'est que l'un des éléments du tableau clinique, il en est d'autres, et beaucoup plus nombreux, où elle est le seul trouble accusé par les malades : névralgies dentaires, intercostales, sciatiques. Ces douleurs, dont il est le plus souvent impossible de trouver l'étiologie précise, réalisent l'indication majeure des analgésiques.

Mais la douleur ne doit pas seulement être traitée pour elle-même. Souvent elle s'accompagne de troubles associés dont les répercussions graves rendent les soins plus urgents : tel est le cas de l'insomnie.

Un malade qui souffre ne dort pas. Ce n'est pas seulement la douleur qui l'empêche de reposer : seul avec sa douleur, il l'observe, note ses plus minimes variations, ses progrès. Elle l'obsède et, cède-t-elle pendant quelques instants, le malade, l'esprit tendu, angoissé, craint de la voir survenir à nouveau, et cette activité psychique est loin de favoriser l'apparition du sommeil. Et ce n'est qu'au petit jour qu'il sombre enfin, harassé, dans un lourd sommeil peuplé de cauchemars, dont il sortira plus fatigué que la veille.

Pour peu que la douleur soit chronique, ces nuits blanches accumulées retentissent fâcheusement sur l'état général ; le malade maigrit, se décolore, perd l'appétit ; sa résistance générale faiblit. S'il est un déprimé constitutionnel, bientôt à ces troubles s'ajoutent des inquiétudes plus graves encore : il se croit gravement malade, voué à de longues souffrances, il perd confiance. Cette phase dépressive née de longues méditations nocturnes peut avoir des conséquences très graves. D'où la nécessité de traiter dès le début les malades qui souffrent. Il faut absolument parvenir à leur procurer des nuits normales.

Un hypnotique seul ne supprime pas la cause de l'insomnie, il laisse subsister la douleur et celle-ci suffit souvent à contrebalancer le pouvoir de l'hypnotique. Sans doute, le malade est moins angoissé, mais il ne dort pas, et les conséquences physiques du manque de sommeil peuvent se développer. De plus, devant l'inefficacité de la dose prescrite, le malade sera tout naturellement porté à l'augmenter, sans autre effet que d'ajouter encore à son intoxication générale, et de faire un pas de plus vers la toxicomanie.

Mais si un hypnotique pur est souvent impuissant à combattre l'insomnie douloureuse, il n'est pas rare qu'un analgésique pur le soit également, surtout si la douleur est ancienne. Tout se passe comme si les troubles du sommeil, déclenchés par la douleur, évoluaient en dehors d'elle, subsistant après sa disparition, aussi est-on amené souvent, dans ces cas de douleurs nocturnes retentissant sur le sommeil, à unir l'emploi des analgésiques à celui des hypnotiques.

La morphine et ses dérivés jouissent de ces deux propriétés, mais leur emploi doit être réservé, car non dénué d'inconvénients, aux cas très graves, désespérés, après l'échec de tous les autres moyens thérapeutiques. Il faut éviter autant que possible, surtout lorsque la maladie est chronique, et qu'on prévoit un usage prolongé des médicaments, de prescrire des produits toxiques à dose efficiente et susceptible de provoquer l'accoutumance.

Parmi les nombreuses armes que nous fournit l'arsenal thérapeutique moderne pour la lutte contre la douleur et l'insomnie, il en est une particulièrement utile, puisqu'elle réunit dans une même préparation deux corps qui se complètent ; l'un analgésique, la diméthylaminoantipyrine, l'autre hypnotique, l'acide allylisopropylbarbiturique.

Divers expérimentateurs, en particulier Redonnet, Wiki et Ritz, étudiant la toxicité, sont arrivés à cette conclusion que l'acide allylisopropylbarbiturique est le moins toxique des dérivés de la malonylurée. Sa marge de sécurité est très large et se chiffre par le rapport de 1 à 3 entre la dose juste active et la dose juste tolérée. De plus, son pouvoir hypnogène est 5 fois plus grand que celui de l'acide diéthylbarbiturique.

Ainsi l'Allonal « Roche» renferme à la fois un dérivé de l'antipyrine dont l'action analgésique est bien connue, et un hypnotique de la série des barbituriques, pas toxique à la dose active. Ces deux corps, tout en conservant leurs propriétés respectives, forment un sel chimiquement défini, fondant à 92°5, et non un simple mélange, ce qui est une garantie de plus de l'uniformité d'action de l'Allonal.

L'Allonal, non seulement amène la sédation des algies les plus intenses, mais apaise l'agitation et l'anxiété qui souvent les accompagnent. Il permet aux malades de retrouver un sommeil tranquille, réparateur, et, fait important, suivi d'un réveil doux et agréable que ne prolonge aucune phase de demi-hébétude. De plus, son emploi, même prolongé, ne donne jamais d'accoutumance.

L'Allonal « Roche » est présenté sous la forme de comprimés dosés à 0 gr. 16. On le prescrit généralement dans la journée à raison d'un ou deux comprimés pris à une heure d'intervalle, dose suffisante pour calmer les douleurs rhumatismales, névritiques, et plus particulièrement les otalgies, les névralgies dentaires. Le soir, au coucher, pour calmer les douleurs, même les plus rebelles et les plus intenses, et permettre au malade de reposer, 2 ou 3 comprimés pris à une demi-heure d'intervalle dans une infusion suffisent généralement, il est exceptionnel que l'intensité de la douleur soit telle qu'elle nécessite l'emploi de 4 comprimés.

Donc, son maniement facile et sans danger, son efficacité très grande due à l'alliance de l'analgésique et de l'hypnotique font de l'Allonal « Roche » une des armes thérapeutiques les plus précieuses.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.



N° 42. — MERCREDI 25 MAI 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de nomination à deux places de médecin des hôpitaux,* ouvert le lundi 30 mai 1938.

Jury : MM. Carnot, Rist, Ramond, Pinard, Renaud, Faroy, Huber, Gautier, Binet, Lelong, Grégoire.

Concours pour la nomination à dix places de médecin de l'Assistance médicale à domicile.

Jury définitif : M. Chenevier, secrétaire général de l'Administration, président. — MM. les docteurs Tinel, Jeannin, Teisseire, Lazard, Raphel, Durand, Mme Ogliastri.

Hospices civils de Saint-Etienne. — Le lundi 12 décembre 1938 s'ouvrira à l'hôpital Edouard Herriot à Lyon, un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général des hospices, 37 *bis*, rue Michelet, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 2 décembre, à 12 heures.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin directeur sera vacant, le 1er juillet 1938, à la maison départementale de santé d'Auxerre, par suite du départ de M. le docteur Charpentier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — Epreuve orale d'anatomie. Séance du 17 mai. *Question donnée :* Veine jugulaire externe. — MM. Verne, 15 ; Denoix, 14 ; Monsaingeon et Picard, 13,5 ; Laurence et Morel-Fatio, 12 ; Mathey, 11.

— Séance du 18 mai. Epreuve de dissection. — MM. Monsaingeon, 29,5 ; Denoix et Laurence, 28 ; Picard et Vernes, 27 ; Mathey, 25 ; Morel-Fatio, 24.

— Séance du 19 mai. — Epreuve supplémentaire. — *Question donnée :* Les branches postérieures des trois premiers nerfs rachidiens.

MM. Picard, 20 ; Monsaingeon, 19.

Sont proposés : MM. Laurence, Denoix, Verne, Mathey, Picard.

— *Concours du Prosectorat.* — Séance du 18 mai. Epreuve orale d'anatomie. — *Question donnée :* Trajet et rapports de la veine cave inférieure dans l'abdomen. — MM. Olivier, 26 ; Chigot et Léger, 25 ; Delinotte, 24 ; Chevallier et Judet, 23.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Vaucher, docteur en médecine, chargé de cours pérennisé à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé professeur titulaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie à cette Faculté (dernier titulaire : M. Fontès, décédé).

M. Simonin, docteur en médecine, agrégé pérennisé de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de médecine légale et de médecine sociale à cette Faculté (dernier titulaire : M. Chavigny, retraité.)

Commission de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 août 1933. — *Liste d'aptitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi du 12 août 1933.*

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Pour le poste de médecin des mœurs dans la police d'Etat de Nice.* MM. les docteurs Dargelos, Echernier, Lalement, Ferrari, Montolivo.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — *Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt de Nice.* MM. les docteurs Raymond, Le-

maire, Poncin, Chaput, Butruille, Lalement, Bonnis, de Giovanni, Brocchi, Sebillot, Calvi, Durand-Boisléard.

— *Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt d'Orléans.* M. le docteur Malveaux.

— *Pour le poste de médecin de la maison d'arrêt du Puy.* M. le docteur Arsac.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — *Pour le poste de médecin adjoint du lycée Périer Saint-Charles, à Marseille.* MM. les docteurs Garrigues, Rousselier, Winckler.

— *Pour le poste de chirurgien dentiste du lycée Thiers, à Marseille.* M. le docteur Fabri.

— *Pour le poste de médecin titulaire du lycée d'Aix-en-Provence.* M. le docteur Martin.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — *Pour le poste de vétérinaire sanitaire.* M. le docteur Mantout.

Ministère des Pensions. — *Commission chargée de donner un avis sur les demandes de secours aux malades et invalides dont la pension a été supprimée et à leurs ayants cause.* — Le docteur Favier est nommé membre de la Commission.

Marine. — Le médecin général de 2e classe Cazeneuve a été désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de la 3e région maritime à Toulon.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association vient d'avoir lieu sous la présidence de M. Chapon, président.

Cinquante sociétés départementales étaient représentées par leurs présidents et délégués.

M. Bongrand, trésorier, a rappelé que, depuis quelques années, l'Association distribuait en secours à la famille médicale plus d'un million de francs par an.

M. le docteur Paul Lutaud, secrétaire général, a annoncé la création d'un centre de liaison des œuvres d'entr'aide médicale.

MM. Robert Garipuy, de Toulouse, et André Touchard, de Paris, ont été élus membres du Conseil.

Le soir, un banquet présidé par M. le docteur de Fourmestraux, de Chartres, a réuni les présidents et délégués des Associations départementales. Des discours ont été prononcés par M. Chapon, président ; M. Cousin, député de Paris ; M. le prof. Legueu, président de l'Association française et de l'Association internationale d'urologie ; M. le prof. Cunéo, président, et M. Massart, secrétaire général de la Maison du Médecin ; M. Dibos, président de la Confédération des Syndicats médicaux français, et M. de Fourmestraux, président de la Société des médecins d'Eure-et-Loir.

Beaux discours qui, tous, ont été chaleureusement applaudis.

L'œuvre Grancher — œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose — a tenu sa 35e assemblée générale à l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Georges Risler, membre de l'Institut.

Après les allocutions du professeur Marfan, président, et de M. Risler, le docteur Armand-Delille, secrétaire général, a exposé les résultats obtenus : l'œuvre Grancher protège actuellement 6.000 pupilles, dont 600 nourrissons, dans ses 51 filiales départementales. Suivant la demande du ministre de la Santé publique, de nouvelles filiales sont en formation pour arriver à en doter la totalité des départements français.

Hôpital Laënnec. — A 10 h. 45, le dimanche 29 mai 1938, M. le prof. Gosset remettra à M. le prof. agrégé G. Lardennois, la cravate de Commandeur de la Légion d'honneur.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique des maladies du système nerveux (professeur : M. Georges GUILLAIN). — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique, sera fait à la Salpêtrière par MM. P. MOLLARET, agrégé, médecin des hôpitaux ; MICHAUX, L. ROUQUÈS et St. de SÈZE, médecins des hôpitaux ; J. DELAY, P. GABRIEL, P. GUILLY, JEAN-HESSE, chefs de clinique ; J. LEREBOULLET, P. MATHIEU, Ch. RIBADEAU-DUMAS, P. RUDAUX, R. SCHWOB, J. SIGWALD, anciens chefs de clinique ; G. BOURGUIGNON, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière ; LEDOUX-LEBARD, électro-radiologiste des hôpitaux ; H. LAGRANGE, ophtalmologiste des hôpitaux ; M. AUBRY, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de 16 leçons. La première série a commencé le lundi 16 mai 1938, à 14 heures, à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, et comporte deux leçons par jour, l'après-midi ; la deuxième série commencera le lundi 30 mai 1938, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 150 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet N° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

COURS PRATIQUE DE SYMPATHOLOGIE CLINIQUE. — Le professeur LAIGNEL-LAVASTINE, avec la collaboration de MM. Rosenthal, Delherm, Pasteur Vallery-Radot, Alajouanine, Paul Chevallier, Tinel, Bailliart, Justin-Besançon, Fischgold, Gallot, Vinchon, Largeau, Fay, Georges d'Heucqueville, Mme Michel Gaultier, MM. Cochême et Paugam, a commencé le *lundi 16 mai 1938, à 10 h. 30*, à la Pitié, service 4, un cours pratique, sur les *Actualités sympathologiques*, en 10 leçons, avec présentation de malades et exercices de laboratoire.

Ce cours, fait tous les jours à 10 h. 30, comprend une conférence et des exercices pratiques:

— CHAIRE DE PHYSIOLOGIE. (Professeur : M. Léon BINET). — *Cours théorique et pratique de physiologie médico-chirurgicale.* — Un cours de physiologie médico-chirurgicale sera fait par le professeur Léon Binet, du 30 mai au 4 juin. Il aura lieu tous les jours, à 14 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et chaque leçon sera suivie d'une démonstration pratique au laboratoire. Il s'adresse en particulier aux internes des hôpitaux et aux étudiants qui veulent faire des recherches.

Le nombre des élèves sera limité : s'inscrire au laboratoire de physiologie.

L'ÉTIOLOGIE DE LA CHORÉE DE SYDENHAM (1)

Par M. le Professeur Pierre NOBÉCOURT

Je vais vous parler de deux enfants atteints de *chorée de Sydenham :* une fille, que je vais vous présenter, un garçon que sa mère a emmené mercredi dans un état très grave.

Voici Juliette :

Ses parents, ses deux frère et sœur, âgés de 6 ans et de 2 ans et demi, sont bien portants.

Elle est née le 11 décembre 1925. Elle a eu la rougeole, la coqueluche, la varicelle, les oreillons, la scarlatine.

En septembre 1937, *à* 11 *ans* 9 *mois*, au retour des vacances, qu'elle a passées en Vendée, au bord de la mer, débute une chorée, qui augmente progressivement d'intensité.

Le 6 *octobre*, elle entre à la salle Gillette. Elle n'a pas de fièvre; on constate la chorée et l'absence de lésions cardiaques. On la traite par la liqueur de Boudin et le gardénal. La chorée s'améliore.

Le 16 *novembre*, la malade est envoyée en convalescence à Garches.

Là, dans le courant de *décembre*, les mouvements choréiques reparaissent.

Juliette entre à la salle Parrot le 20 janvier 1938.

Elle est âgée de 12 ans 1 mois.

Elle est un peu petite (136 cm. 5 au lieu de 142 cm.); sa taille est celle d'une fille de 11 ans 3 mois. Elle est un peu maigre; son poids est de 29 kg. 700 au lieu de 30 kg. 900 pour sa taille, 34 kg. 250 pour son âge.

Elle est apyrétique. Elle présente une chorée assez forte. Les réflexes patellaires et oculaires sont normaux. L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal ; il n'y a aucun signe de cardiopathie... La cutiréaction à la tuberculine est positive. Les réactions de Bordet-Wassermann (H^8) et de Kahn sont négatives. Sur une radiographie du thorax, on voit des ombres périhilaires assez denses. La malade est traitée par la liqueur de Boudin, des injections de salicylate de soude et d'iosapeptine. La chorée s'améliore rapidement.

Actuellement elle paraît terminée. Il n'y a eu aucun signe de cardiopathie, ni d'arthropathie.

Voici maintenant l'observation de Jean :

Ses parents, ses deux sœurs, âgées de 13 ans et demi et 8 ans et demi, sont bien portants; sa mère est très nerveuse.

Il est né le 8 *mars* 1928.

Il a eu la rougeole, la coqueluche, la varicelle.

A la fin de *décembre* 1937, apparaissent de la fatigue, de l'amaigrissement, de l'insomnie.

Le 10 *janvier* 1938, en même temps qu'une température à 38°, sans douleur articulaire, débute une chorée.

Le 19 *janvier*, Jean entre à la salle Bouchut.

Il est âgé de 9 ans 10 mois.

Il a une taille moyenne de 132 cm. 5, au lieu de 130 cm. ; sa taille est celle d'un garçon de 10 ans 4 mois.

Il pèse 22 kg. 450, au lieu de 24 kg. 750 pour son âge, de 25 kg. 900 pour sa taille.

Les mouvements choréiques sont forts, la parole est difficile. Il est impossible de rechercher les réflexes tendineux.

Les viscères et notamment le cœur sont normaux.

La température est de 37°5-37°9.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives.

Nous prescrivons de la liqueur de Boudin et du gardénal.

Les *jours suivants*, la température s'élève graduellement à 38°5, puis dessine un clocher à 39°6 et revient à 39°. Le 25 *janvier*, elle tombe à 37°8, puis reste apyrétique.

Pendant la fièvre, on constate une bronchite généralisée; les mouvements choréiques diminuent d'intensité. Par contre, le 23 *janvier*, les bruits du cœur sont sourds, et, le 25 *janvier*, on entend sur la pointe un léger souffle systolique mitral.

Pendant la période d'apyrexie, les mouvements choréiques deviennent de plus en plus faibles. On supprime la liqueur de Boudin et le gardénal.

Le 1er *février* la fièvre reparaît; la température s'élève graduellement jusqu'à 41°, puis, au bout de trois jours, diminue graduellement et, le 10, revient à la normale. On découvre un foyer de condensation à la partie moyenne du poumon gauche, caractérisé par de la matité et du souffle. L'expectoration, qui est rare, contient des pneumocoques et des staphylocoques; on ne voit pas de Bacilles de Koch.

La chorée reprend avec une hypotonie musculaire marquée et des réflexes rotuliens faibles.

Le cœur grossit; le souffle systolique de la pointe est fort; un gros frottement péricardique apparaît dans toute l'étendue du cœur.

Du 10 *au* 23 *février*, l'enfant est apyrétique. Les mouvements choréiques disparaissent. Le cœur est gros à la percussion et à l'orthodiagraphie. Le souffle systolique reste fort; le frottement péricardique s'atténue et disparaît.

A partir du 24 *février*, la fièvre reprend ; la courbe thermique est la même que précédemment. On entend des râles de bronchite; sur la radiographie du 1er *mars*, on voit une légère grisaille à la partie moyenne de l'hémithorax gauche.

Après une rémission à 37°7-37°4, le 6 *mars*, la température remonte à 39°6 et 39°8.

Le 8 *mars*, l'enfant tombe dans le coma. On constate de la raideur de la nuque, de l'opisthotonos, du signe de Kernig, l'abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Malgré ce syndrome méningitique, le liquide céphalo-rachidien est clair, sous tension moyenne, ne contient que 16 leucocytes, polynucléaires et lymphocytes, par millimètre cube 0 gr. 20 d'albumine et 0 gr. 59 de glucose par litre.

Le 9 *mars*, l'état est le même. L'enfant est emmené par sa mère; la mort paraît imminente.

Juliette et Jean sont atteints de *chorée de Sydenham.*

Chez tous les deux, la chorée est apparue comme une *maladie primitive.*

Chez *Juliette*, à aucun moment, nous n'avons constaté aucun symptôme, notamment aucune manifestation articulaire ou cardiaque, qui puisse faire penser à un facteur étiologique particulier.

Chez *Jean*, au cours de la chorée, sans manifestations articulaires, sont apparus une endocardite mitrale, qui persiste, puis un syndrome myocardique et une péricardite, dont les signes ont disparu. La question d'une cardiopathie causée par une *maladie de Bouillaud* intercurrente se pose. Mais on ne saurait affirmer cette dernière, car les symptômes cardiaques sont survenus au cours d'épisodes fébriles, attribuables à des infections pulmonaires par le pneumocoque.

Finalement l'enfant a présenté un syndrome méningitique, mais avec un liquide céphalo-rachidien sensiblement normal. Ces manifestations paraissent relever plutôt de l'infection pneumococcique que de la chorée. Mais aucune conclusion ferme n'est autorisée.

Je veux profiter de ces malades pour parler de l'*étiologie de la chorée de Sydenham.*

***

J'ai déjà consacré à l'Étiologie de la chorée de Sydenham ma leçon du 14 février 1925, qui est publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections du système nerveux.* Il me paraît intéressant d'en reprendre l'étude pour rechercher si le problème se pose de la même façon qu'il y a treize ans, si des données nouvelles ont été acquises, si des conclusions plus formelles peuvent être formulées. Je terminerai mon exposé en donnant les résultats de l'examen des observations de cent malades du service, que j'ai colligées avec mon chef de clinique, Tilitscheff.

(1) *Clinique médicale des enfants*, leçon du 12 mars 1938.

Le mot *chorée* vient du grec χορεία, qui veut dire *danse*. En médecine, il sert à dénommer un *symptôme* ou un *syndrome* caractérisé par des mouvements involontaires, spontanés, arythmiques, illogiques, brusques, rapides. Le mouvement choréique est bien différent d'autres mouvements involontaires qu'on appelle tremblements, tics, athétose, etc...

Le mouvement choréique est subordonné à des *lésions* siégeant sur le corps strié et les régions voisines, accompagnées ou non de lésions de la cortalité cérébrale, au niveau du lobe frontal, des circonvolutions rolandiques, des régions pariéto-occipitales, et du cervelet.

Ces lésions peuvent relever de causes diverses. En clinique, il n'y a pas *une chorée*, il y a *des chorées* ; chacune réalise une affection ou une maladie particulière.

Au nombre de ces chorées est la *chorée de Sydenham*. Cette maladie porte le nom du célèbre médecin anglais, parce que, le premier, en 1685, il en a précisé les caractères cliniques et l'a isolée du groupe confus des affections se traduisant par des mouvements désordonnés, qu'on appelait *danse de Saint-Guy, chorea Sancti-Viti*.

Sydenham l'attribue à « une humeur qui, s'étant engagée dans les nerfs, les irrite et cause, par ce moyen, les mouvements convulsifs ».

A la suite de Sydenham et jusqu'au début du XIXe siècle, tous les auteurs incriminent, sous des modalités diverses, l'intervention d'*humeurs peccantes*. M. Babonneix les cite, en 1924, dans son livre sur *Les chorées*.

Puis on fait de la chorée une *névrose*. En 1843, Rilliet et Barthez écrivent dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* : « La chorée a été définitivement classée parmi les névroses, où elle semble à sa véritable place », à côté de la coqueluche. « La chorée se rapproche de la coqueluche, en ce sens qu'elle aussi existe tout entière dans un seul symptôme ». La chorée, pour Joffroy, est une *névrose d'évolution*, pour M. Comby une *névrose de croissance*.

Cette notion de névrose a été longue à disparaître. En 1909, pour se conformer « à la tradition », dans *Les maladies des enfants*, Victor Hutinel et Babonneix rangent encore la chorée de Sydenham dans la classe des névroses, mais avec des réserves. Pour eux, une névrose est « une affection nerveuse dont on ne connaît pas encore la lésion... Les examens les plus récents permettent de rattacher la chorée à une encéphalo-myélite ».

Aujourd'hui personne ne met en doute que la chorée de Sydenham soit causée par une *encéphalite infectieuse*.

Mais bien des incertitudes règnent encore sur la *nature de l'infection*.

Pour les uns, la chorée est causée par la *maladie de Bouillaud*, par *diverses maladies infectieuses*, par l'*encéphalite épidémique*, voire même par la *syphilis congénitale*.

Pour d'autres, c'est une *maladie autonome*, relevant probablement d'un *virus neurotrope* ou *neurophile spécial*.

Quelle que soit la nature de l'infection, il convient de noter que la chorée de Sydenham :

1° Est une *maladie des enfants*, qui est exceptionnelle avant 5 ans, plus fréquente de 5 à 9 ans, surtout commune de 10 à 15 ans ; chez l'adulte, elle est rare, sauf pendant la gestation ;

2° Atteint plus souvent les *filles* que les garçons.

Je vais maintenant examiner le *rôle des diverses infections*.

* * *

Ce sont les relations entre la chorée de Sydenham et la MALADIE DE BOUILLAUD qui ont les premières retenu l'attention.

En 1850, Germain Sée signale les *rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives*. La chorée coïncide fréquemment avec le rhumatisme ; « dans la plupart des cas, la chorée est le résultat de la diathèse rhumatismale ».

En 1866, Henri Roger soutient la même opinion, avec beaucoup plus de précision. Il s'appuie sur les arguments suivants, qu'on formule souvent en lois :

1° *Coïncidence fréquente ;*

2° *Rapport de cause à effet :* le rhumatisme est souvent suivi de très près par la chorée ;

3° *Parenté des deux maladies :* le rhumatisme peut se compliquer de chorée et celle-ci de rhumatisme ;

4° *Identité de nature :* la chorée et le rhumatisme se compliquent souvent d'endocardite ou de péricardite : les cardiopathies sont « comme un trait d'union entre les deux maladies ».

Somme toute, la chorée est une affection rhumatismale.

L'opinion d'Henri Roger repose sur des observations cliniques que tout le monde peut vérifier. Elle a été adoptée, dans la suite, par la plupart des médecins des enfants.

Analysons les rapports entre la maladie de Bouillaud et la chorée.

1° La *coïncidence* entre la chorée, d'une part, les arthropathies et les cardiopathies, qui peuvent être considérées comme la signature de la maladie de Bouillaud, n'a pas la même fréquence pour tous les auteurs.

M. Babonneix a dressé une importante statistique : on y voit que l'origine rhumatismale de la chorée est admise dans 5 à 100 % des cas, suivant les auteurs ; pour Victor Hutinel et lui, elle existe dans 33 % des cas.

M. Grabois, dans sa thèse de 1913, consacrée à l'*Etude clinique des cas de chorée observés dans le service du professeur Hutinel*, de 1907 à 1913, note le rhumatisme 22,78 fois sur 100.

Dans ma leçon de 1925, je dis avoir constaté le rhumatisme dans 36,3 % des cas de chorée.

2° La *fréquence des endocardites et des péricardites dans la chorée* est diversement appréciée.

La *péricardite* est rare. En 1889, dans une de ses *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, où il

traite *des cardiopathies et en particulier de l'endocardite chez les choréiques*, Auguste Ollivier dit l'avoir constatée seulement dans 3,3 % des chorées. Elle peut être isolée ; plus souvent elle est intriquée à l'endocardite.

L'*endocardite* se rencontre, d'après une statistique dressée par M. Babonneix, dans 18 à 100 % des chorées, suivant les auteurs.

Victor Hutinel et Babonneix l'ont rencontrée chez 42 choréiques sur 100 ; dans ma statistique de 1925, je l'ai rencontrée chez 39 % des choréiques.

Le plus souvent, l'endocardite de la chorée est une endocardite rhumatismale. Elle présente généralement les symptômes et l'évolution de l'endocardite simple, discrète, plus rarement ceux de la forme sévère avec un syndrome myocardite avéré.

Enfin dans certaines chorées graves, mortelles, apparaissent des endocardites malignes, ulcéreuses, végétantes, bien différentes des endocardites rhumatismales. Comme je l'ai rappelé dans ma leçon du 8 avril 1922, sur *Les endocardites de la chorée*, parue dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil circulatoire*, ce sont elles qui ont été connues les premières, parce qu'on les découvrait aux autopsies ; elles avaient donné naissance à la théorie embolique de la chorée.

Ces endocardites malignes ne sont pas exceptionnelles. J'en ai relaté une belle observation dans ma leçon du 28 mars 1936 sur *Chorée de Sydenham et endocardite végétante* publiée par les *Annales de clinique et de pharmacodynamie*, de juillet 1936. Il n'en est pas tenu compte dans les statistiques que je viens de citer.

3° Les *relations chronologiques* entre la chorée et les attaques aiguës de la maladie de Bouillaud sont assez différentes. On peut schématiser deux éventualités principales.

Dans une première éventualité, la chorée débute au cours ou surtout au déclin de l'attaque rhumatismale, soit de la première, soit d'une autre. Le début de la chorée est parfois tardif, quelques semaines après la terminaison de l'attaque. Ici la maladie de Bouillaud précède la chorée.

Dans une seconde éventualité, la chorée est la première en date. Tantôt au cours de la chorée survient une attaque articulaire de maladie de Bouillaud. Tantôt la chorée rétrocède et paraît guérir ; puis dans la suite apparaît une attaque de maladie de Bouillaud.

Dans toutes les éventualités, une endocardite ou une endopéricardite peuvent survenir, même alors que la chorée est la première en date ou ne s'accompagne pas d'attaque articulaire.

4° Il n'y a pas de relation nette entre l'*intensité* de l'attaque de maladie de Bouillaud et la fréquence de la chorée. Henri Roger cependant a constaté que le rhumatisme articulaire aigu généralisé et très fébrile ne donne presque jamais naissance à la chorée, que c'est surtout le rhumatisme léger, fruste, qui l'engendre.

5° Pour Henri Roger, la chorée peut être rangée dans le *rhumatisme cérébral ;* la *forme choréique* en est de beaucoup la plus commune. « La chorée, écrit-il, est cliniquement l'accompagnement presque nécessaire du rhumatisme cérébral, si même elle n'en est pas l'expression symptomatique. »

Tel est l'exposé des faits qui militent en faveur de l'étiologie rhumatismale de la chorée, d'une *chorée rhumatismale*. Ils n'entraînent pas la conviction.

On ne peut nier les *coïncidences* entre la maladie de Bouillaud et la chorée. Mais elles ne sont pas aussi fréquentes qu'on l'a avancé : elles manquent, en moyenne, dans 60 à 70 % des cas.

Bien des médecins, depuis longtemps, ont insisté sur cette rareté relative. En 1905, dans la seconde édition du *Traité des maladies de l'enfance*, après avoir donné un certain nombre de statistiques, Charles Leroux écrit : « De tout cet exposé, ce qu'il faut retenir, c'est la fréquence relative du rhumatisme comme agent provocateur, et des cardiopathies antérieures ou concomitantes ; mais, ce qu'il faut aussi savoir, c'est que, dans un nombre de cas plus considérable encore, la chorée évolue sans la moindre manifestation rhumatismale ou cardiaque ».

D'ailleurs, *coïncidence* ne signifie pas *parenté* et encore moins *identité de nature*. Rien n'autorise à affirmer une telle interprétation. Nous allons voir que d'autres parentés ont été signalées.

***

La chorée de Sydenham peut être intriquée ou succéder à des INFECTIONS DIVERSES.

En 1893, Henri Triboulet, dans une statistique personnelle, trouve, sur 100 chorées :

16 fois le rhumatisme articulaire aigu ;
45 fois des infections diverses ;
14 fois aucune infection décelable.
25 observations ne sont pas utilisables.

Les infections constatées sont les plus diverses : rougeole, varicelle, variole, scarlatine, surtout quand elle est compliquée de rhumatisme, coqueluche, diphtérie, érysipèle, fièvre typhoïde, oreillons, etc.

Ces infections ne se rencontrent pas toujours avec une telle fréquence. M. Grabois ne les a constatées que dans 19,85 % des cas.

En 1912, M. Milian a avancé l'opinion que la chorée et l'endocardite choréique sont souvent d'*origine syphilitique*. M. Babonneix pense que « l'hérédo-syphilis joue un rôle déterminant dans le développement de certaines chorées ».

Ce n'est pas mon avis. J'ai exposé, dans ma leçon de 1925, les arguments qui plaident contre le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la chorée. Je ne les donnerai pas à nouveau. Je pense toujours que ce rôle est au moins très douteux. Tout au plus, pourrait-on penser, comme l'a écrit Victor Hutinel en 1918, que la syphilis prédispose à la chorée et aux chorées graves. Mais il convient d'insister sur ce fait que la chorée n'est pas plus fréquente chez les syphilitiques que chez les enfants indemnes, que, chez les choréiques, la syphilis n'est pas plus commune que dans l'ensemble des enfants : en 1925, je n'avais trouvé la réaction de Bordet-Wassermann positive que chez 10 % des choréiques,

Récemment on a voulu rattacher la chorée à la *tuberculose*. Aucun argument probant n'a été apporté en faveur de cette opinion.

Somme toute, il y a des coïncidences possibles d'infections diverses avec la chorée ; pour chacune d'elles, la coïncidence est moins fréquente que pour la maladie de Bouillaud.

***

L'épidémie, qui a débuté en 1918 et s'est généralisée à toute la terre, a posé le problème des rapports de la chorée de Sydenham avec l'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE OU ÉPIDÉMIQUE.

Les faits qui établissent ces rapports sont complexes. On peut, pour simplifier, les ranger en deux groupes principaux.

Dans le premier groupe de faits, l'enfant est atteint manifestement d'une *encéphalite léthargique*. Tantôt, au cours de celle-ci, apparaissent des *mouvements choréo-athétosiques*. Tantôt surviennent des *syndromes choréiques vrais ;* ceux-ci peuvent la précéder, ou l'accompagner, ou lui succéder.

Dans le second groupe de faits, il s'agit de *chorées aiguës fébriles*, qui ne s'accompagnent d'aucun symptôme d'encéphalite épidémique. Divers auteurs ont noté leur fréquence au cours de l'épidémie et remarqué qu'elles ne s'accompagnaient pas de manifestations rhumatismales ; les constatations faites, à Montevideo, par Morquio, en 1920, sont, à cet égard, très intéressantes.

Il est très admissible que le virus de l'encéphalite épidémique puisse causer des chorées de Sydenham, car il se localise dans les mêmes régions. Mais ce virus n'est très vraisemblablement pas le seul responsable de ces chorées. Elles ont existé bien avant les épidémies d'encéphalite et existent encore bien que l'épidémie d'encéphalite soit terminée depuis longtemps. Nous observons bien des chorées sans aucun des signes caractéristiques de l'encéphalite épidémique.

***

Nombreux sont les cas où on ne trouve à l'origine de la chorée de Sydenham ni la maladie de Bouillaud, ni une infection classée, ni l'encéphalite épidémique.

Dans ma leçon de 1925, j'ai cité les 11 cas observés à la Clinique en 1924 ; sur ce nombre :

2 malades étaient atteints de la maladie de Bouillaud.
2 malades avaient des cardiopathies sans manifestations articulaires.
7 malades n'offraient aucune circonstance étiologique appréciable.

Dans 63,16 % des cas, donc, il n'y avait pas d'étiologie connue.

Dans ces circonstances, la chorée de Sydenham paraît bien être une MALADIE PRIMITIVE, AUTONOME.

Elle se présente comme une *maladie infectieuse endémique*. Les cas s'observent pendant toute l'année ; il semble que, dans certaines saisons, ils soient un peu plus fréquents, ce qui lui confère un certain caractère d'*épidémicité*. Mais on n'est pas d'accord sur les saisons où surviennent ces recrudescences. D'après M. Grabois, c'est surtout en octobre, novembre et décembre ; c'est également ce que j'ai constaté en 1924 ; mais tous les auteurs ne sont pas du même avis.

Elle *débute*, avec ou sans fièvre et phénomènes généraux, assez souvent par une angine érythémateuse ou des symptômes qualifiés d'embarras gastrique.

Ses *symptômes* sont ceux d'une encéphalite.

Le *syndrome choréique* ne s'accompagne pas des symptômes qui caractérisent l'encéphalite épidémique. Toutefois son *évolution* et sa *durée* sont comparables à celles de cette maladie. Comme elle, tantôt elle a une évolution rapide et se termine en six semaines ou deux mois par la guérison, tantôt elle persiste pendant six mois, un an et même davantage, avec des rémissions et des reprises. Comme elle, elle peut être soit légère ou de moyenne intensité, soit sévère et se terminer plus ou moins rapidement par la mort. Comme dans l'encéphalite épidémique, les rechutes sont fréquentes à plus ou moins longs intervalles. Mais, contrairement à cette dernière, elle n'évolue pas vers des lésions définitives entraînant des troubles mentaux, l'idiotie, un syndrome de Parkinson.

Ces analogies doivent guider dans *l'hypothèse que nous pouvons formuler au sujet de l'étiologie de la chorée de Sydenham.*

L'encéphalite épidémique est causée par un *virus neurotrope* ou *neurophile*. Par suite, comme je le disais, en 1925, la chorée est très vraisemblablement causée par un virus appartenant au même groupe, par un *encéphalo-virus*.

Ce virus est, dans certains cas, en temps d'épidémie, le virus de l'encéphalite léthargique.

Mais en temps habituel, il semble qu'intervienne un virus différent, qui est son proche parent, qui a les mêmes affinités.

Cette opinion est également admise par M. Tirel qui, en 1923, considère « la véritable chorée de Sydenham comme une maladie infectieuse spécifique », par M. Paul Blum, en 1924, pour qui la chorée de Sydenham semble bien être une maladie autonome, « le germe pathogène paraît bien être un encéphalo-virus ».

Les faits que j'ai observés depuis 1925 m'ont confirmé dans l'opinion que j'émettais alors.

Aujourd'hui, j'irais plus loin qu'à cette époque. Je disais : « la *maladie de Bouillaud*, jusqu'à preuve du contraire, peut être considérée comme une des causes » de la chorée de Sydenham. Je pense qu'elle n'en est pas la cause, qu'elle peut très bien n'être qu'une coïncidence ou, à la rigueur, jouer le rôle d'un facteur prédisposant.

Il semble en avoir été ainsi pour une fille de 12 ans dont j'ai cité l'observation en 1925. Elle présente une première attaque de maladie de Bouillaud, avec de la fièvre et des arthropathies multiples, qui guérit. Quelques jours plus tard débute une chorée pour laquelle elle entre dans le service. La chorée est sévère ; nous constatons une endocardite mitrale du type rhumatismal. La malade meurt.

M. Kermorgant, à l'Institut Pasteur, inocule quatre singes avec une émulsion des noyaux gris centraux. Tous présentent quelques symptômes nerveux : soit de l'agitation, soit des petits tremblements, soit des mouvements choréiques. Aucun ne meurt.

Les cultures montrent l'absence de germes banaux. Il semble bien qu'un virus neurotrope puisse être incriminé.

Je compare volontiers le rôle de la maladie de Bouillaud vis-à-vis de la chorée à celui de la pneumonie et des pneumococcies vis-à-vis de l'*herpès* : l'affinité qui existe entre eux est bien connue ; elle n'a été élucidée que le jour où Grüter a découvert un virus filtrant dans les vésicules d'herpès.

***

Pour terminer, voici la STATISTIQUE que j'ai dressée avec M. Tilitcheff. Elle porte sur 100 cas de chorée de Sydenham soignés à la *Clinique* de 1928 à 1937.

Sur ces 100 cas, nous comptons 72 *filles* et 28 *garçons*.

Chez ces malades, dont l'*âge* maximum est 15 ans, âge limite d'entrée dans les hôpitaux d'enfants, la chorée est apparue :

entre 5 et 8 ans........................ 15 fois
entre 8 et 12 ans........................ 72 fois.
entre 12 et 15 ans........................ 13 fois

Ces pourcentages sont sensiblement de même ordre que ceux donnés tout à l'heure.

D'autre part, nous n'avons pas remarqué *l'influence des saisons* ; les entrées se répartissent pendant tous les mois de l'année.

Pour 50 choréiques, nous n'avons découvert aucun facteur étiologique appréciable. La maladie est cliniquement *primitive, autonome ;* elle ne s'accompagne ni de symptômes articulaires, ni de cardiopathies. Ce pourcentage est de même ordre que ceux relatés tout à l'heure. Chez un seul malade, une paralysie de la convergence aurait pu faire penser à l'encéphalite épidémique.

43 choréiques ont présenté des symptômes articulaires et des cardiopathies qui permettent de parler de *maladie de Bouillaud*. Parmi eux on trouve :

dans 28 cas des symptômes articulaires :
7 fois sans cardiopathie ;
21 fois avec cardiopathie ;
dans 15 cas, des cardiopathies.

Parmi les choréiques atteints de cardiopathies isolées, nous rangeons une fille de 5 ans et demi, qui a fait l'objet de ma leçon du 28 mars 1936. Cette malade a une endocardite végétante, un syndrome myocardique, une péricardite sèche. Elle meurt (c'est la seule mort pour nos 100 malades) et l'autopsie confirme la clinique. Il ne s'agissait évidemment pas d'une endocardite causée par la maladie de Bouillaud; cette chorée devrait être rangée parmi les chorées primitives autonomes. Toutefois les centres nerveux, inoculés à des singes par M. Levaditi, n'ont eu aucun effet sur eux.

Il convient de remarquer que nous soignons beaucoup d'enfants atteints de maladies de Bouillaud ou de cardiopathies paraissant devoir lui être attribuées, et qu'il est très rare de voir une chorée survenir chez eux.

Dans 7 cas seulement, la chorée a été consécutive à DIVERSES INFECTIONS : scarlatine (5 fois), oreillons (1 fois), pneumonie (1 fois). Le rôle de ces infections, contrairement à celui de la maladie de Bouillaud, apparaît donc bien peu important. Nous ne trouvons aucun malade chez qui la syphilis congénitale puisse être suspectée, ni cliniquement ni sérologiquement.

***

Notre statistique confirme donc les *conclusions données tout à l'heure relatives à l'étiologie de la chorée de Sydenham*, à savoir :

1° La fréquence des chorées primitives, autonomes ;

2° La fréquence moindre, mais asez grande, des chorées intriquées à la maladie de Bouillaud ;

3° La rareté des chorées consécutives à des infections diverses, en particulier à la syphilis congénitale et à l'encéphalite épidémique.

Elle justifie, d'autre part, l'hypothèse d'après laquelle la chorée de Sydenham est une maladie primitive, autonome, qui par ses modalités anatomo-cliniques se rattache aux infections à virus neurotrope ou neurophile. Il conviendrait évidemment d'asseoir cette opinion sur des arguments fournis par les recherches de laboratoire ; mais ceux-ci ne peuvent être apportés que par l'inoculation des centres nerveux au singe et heureusement les enfants atteints de chorée meurent bien rarement. L'incertitude persistera donc ausi longtemps que nous ne posséderons pas une technique permettant de déceler les virus neurotropes chez le vivant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 17 MAI 1938)

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. le professeur MARINESCO, de Bucarest, associé étranger depuis 1932. Il rappelle les beaux travaux en neurologie de ce savant, ancien élève de Charcot et ancien collaborateur de Pierre Marie.

Il annonce aussi la mort de M. Frédéric MOUISSET, correspondant national. Rappelant l'œuvre considérable de cet apôtre de la lutte antituberculeuse, il exprime son respect et son admiration pour la noble vie de notre confrère, dont le souvenir restera comme celui d'un des meilleurs représentants de la grande école lyonnaise.

Rapport. — M. RADAIS communique un rapport sur des demandes en autorisation de sérums.

Mission médicale au Japon. — M. PATEY expose les résultats d'une mission médicale qu'il vient d'accomplir au Japon. MM. Achard et Tanon le félicitent pour son beau travail.

Sur l'épidémiologie et la prophylaxie des brucelloses. — M. LISBONNE (de Montpellier). A l'occasion de l'adoption par l'Académie de médecine, de conclusions relatives à la prophylaxie des brucelloses, M. Lisbonne fait une lecture sur quelques points d'épidémiologie de cette maladie. Les notions qu'il expose ont toutes été acquises par le Centre de recherches sur la fièvre ondulante de Montpellier.

Il établit, preuve en mains, que tandis qu'en 1924 il y avait approximativement 17 départements français où la

mélitococcie était reconnue, il n'y en a plus aujourd'hui que 14 où elle n'a pas été encore signalée. Il y a donc eu des cas dans soixante-seize départements.

Au cours des deux dernières années, deux régions, jusque-là épargnées (Centre et Normandie) ont présenté des cas humains. Etant donné que ce sont des régions de grand élevage, il y a beaucoup à craindre pour l'avenir, de l'apparition de cette maladie.

La fièvre ondulante d'origine bovine à Abortus existe et se développe en France. Ce type d'infection se trouve dans l'Est, le Centre et le Nord.

La fièvre ondulante d'origine bovine à Melitensis – découverte par le C. R. F. O., — existe dans l'Est et le Sud-Est.

La contamination humaine par voie directe (peau, muqueuse) est cinq fois plus considérable que la contamination par voie alimentaire.

Le traitement de l'avortement épizootique par la méthode de « surinfection » par des germes vivants, telle qu'elle est appliquée en France, a sans doute une valeur économique. Elle n'est cependant pas exempte de danger pour l'homme et peut contribuer à entretenir et étendre la maladie animale.

Une méthode de vaccination « vraie » est encore à trouver : cependant Lisbonne, Roman et Renoux sont arrivés récemment à vacciner le cobaye, si sensible à l'infection à Br. Melitensis, au moyen d'un vaccin constitué par l'association d'un antigène chimique glucido-lipidique (type antigène Boivin) et d'une souche strictement avirulente pour l'homme et l'animal.

Ils espèrent que des essais en cours de vaccination de bovin et d'ovin donneront des résultats analogues.

Recherches sur la période d'incubation des oreillons. — MM. V. de Lavergne, P. Kissel et H. Accoyer ont pratiqué des ponctions lombaires chez des sujets qui avaient été en contact avec des ourliens. La ponction était faite au 15e jour après le contact, par conséquent de trois à sept jours avant l'apparition possible des premiers symptômes de parotidite. Les liquides étaient examinés au point de vue cytologique (cellule de Nageotte) et expérimental (inoculation intra-rachidienne au lapin).

Deux constatations se dégagent de leurs recherches :

1° Le liquide céphalo-rachidien des sujets qui vont présenter une parotidite ourlienne est modifié au point de vue cytologique (hyperlymphocytose légère) et se montre virulent. Ces modifications s'observent de 3 à 7 jours avant l'apparition de la parotidite.

2° Certains sujets, exposés à la contagion, peuvent présenter une méningite histologique ourlienne, décelable au 15e jour après le contact, sans être suivie de détermination glandulaire. Cette donnée se rapproche des faits d'infection inapparente ; elle explique l'état apparemment réfractaire de certaines personnes, vis-à-vis des oreillons.

La perméabilité cutanée à l'hyposulfite de sodium, à l'hydrogène sulfuré et aux sulfures de sodium.— MM. Roques, Gaujolle et Rey. (Note présentée par M. Villaret.)

Note sur la fréquence de la syphilis secondaire cutanée et muqueuse en milieu indigène tonkinois. — MM. Le Roy des Barres et Grenierboley.

Composition des Commissions permanentes en 1938. — *Hygiène et maladies contagieuses.* — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Marchoux, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.

Eaux minérales. — MM. Pouchet, Siredey, Desgrez, Carnot, Radais, Le Noir, Rathery, Loeper, Villaret.

Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon.

Hygiène de l'enfance. — MM. Marfan, Nobécourt, Renault, Marchoux, Couvelaire, Lesage, Lesné.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Ramon, Weinberg.

Tuberculose. — MM. Marfan, Bezançon, Sergent, Darier, Renault, Mauclaire, Brouardel, Rist, Guérin.

Institut supérieur de vaccine. — Le Conseil et la Commission de la Vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Pouchet, Darier, Tiffeneau.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Pouchet, Martin, Carnot, Radais, Portier, Ramon, Mayer.

Comité de publication. — MM. Bezançon, Sieur, Achard, Renault, Brouardel, Tiffeneau, Coutière, Carnot.

Commission du Dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Darier, Faure, Dumas, Laignel-Lavastine, Duhamel.

Commission des membres libres. — MM. les membres de la Section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Faure, Regaud, Lapicque, Duval, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

NOTES POUR L'INTERNAT

ŒDÈME AIGU DU POUMON (1)

III. *Les O.A.P. de causes toxiques*

1. *Les O.A.P. des intoxications médicamenteuses :*

Par : adrénaline, salicylate, *sérum salé* surtout, sont rares et ne se voient qu'au cours de traitements intensifs. On a insisté récemment sur la nécessité de suivre, au cours de ces traitements : la chlorémie, le taux du Cl plasmatique et globulaire.

2. *L'intoxication barbiturique* peut donner, bien qu'assez rarement, un œdème pulmonaire contre lequel le traitement est trop souvent inopérant.

3. *Les O.A.P. des gaz toxiques* sont particulièrement intéressants :

Soit œdème de l'intoxication oxycarbonée ; il est en règle un accident du réveil ;

Soit surtout *œdème des gaz asphyxiants*, bien connu depuis la guerre, réalisant, suivant l'intensité de l'intoxication :

— *Une forme foudroyante* (éclatement d'un obus à gaz dans une atmosphère confinée) ;

— *Une forme tardive*, après une phase de rémission de 2 ou 3 jours,

A évolution rapide, compliquée de défaillance cardiaque aiguë, ou de grandes hémoptysies.

IV. *Les O.A.P. par lésion nerveuse*

Ils jettent un jour nouveau sur la pathogénie de l'O.A.P. Il s'agit de faits rares — mais indiscutables — d'O.A.P. survenant :

— Au cours d'un *tabès ;*

— Quelques heures après un *traumatisme cranio-encéphalique important*, compliqué de lésions nerveuses ;

— Chez les *épileptiques ;*

— Comme complication d'un *ictus par thrombose cérébrale.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.* 1938, n° 36, du 4 mai, p. 581; n° 38 du 11 mai, p. 613.

Le rattachement de la crise d'œdème à la lésion nerveuse ne semble possible qu'en faisant intervenir un facteur hypertensif, le facteur déclenchant, vraisemblablement vasomoteur, étant le fait de la lésion nerveuse.

V. *L'O.A.P. a vacuo*

Est à mettre à part.

Conséquence d'une thoracentèse — ou d'une paracentèse — trop hâtives, il semble que des causes adjuvantes soient nécessaires pour provoquer la crise (lésion cardiaque, adhérences pleurales).

Assez violente, elle cède en général au traitement habituel.

Elle est évitable par : une évacuation lente du liquide ; une suspension de l'évacuation dès la moindre secousse de toux ; une injection préventive de morphine.

DIAGNOSTIC

1. *Dans sa forme typique*, il revient à discuter *un accès de dyspnée aiguë paroxystique.*

S'il est facile d'écarter la dyspnée : de la granulie, du pneumothorax, de la crise d'asthme, et même celle de l'*embolie pulmonaire à forme œdémateuse* — où manquent : l'expectoration bien spéciale, l'abondance des râles à l'auscultation.

Il est parfois délicat, chez les sujets âgés, au passé cardiaque et rénal, d'éliminer :

Une crise de pseudo-asthme,

Une poussée aiguë de bronchite albuminurique,

D'autant que, nous l'avons vu, l'intrication n'est pas rare, et tous les intermédiaires sont possibles.

Les caractères de l'expectoration, la marée montante de râles fins sont *seuls* spécifiques de la crise d'œdème aigu.

Il faut souligner, du reste, que, dans ces cas, plus qu'un problème diagnostic, c'est un *pronostic* qui se pose.

2. *Dans sa forme atténuée*, la crise d'œdème pulmonaire peut être, de prime abord, confondue avec une *crise d'asthme essentiel*, mais : les circonstances étiologiques, le caractère de la dyspnée, beaucoup plus lente, l'aspect des crachats surtout, sont très différents.

3. *Les formes localisées* sont, par contre, d'un diagnostic très délicat, en imposant facilement pour : un foyer tuberculeux, un foyer pneumococcique.

4. Signalons enfin que l'O.A.P. grippal a pu être confondu avec une broncho-pneumonie à foyers multiples, ou une bronchite capillaire.

L.O.A.P. de la femme enceinte a pu poser le problème : d'une embolie, d'une granulie.

Il n'en reste pas moins que, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un *diagnostic facile*, qui ne résiste pas à l'étude attentive des manifestations cliniques.

PATHOGENIE

Ainsi, les causes de l'O.A.P. sont extrêmement nombreuses et variées, et de ce fait, les explications pathogéniques ne sauraient être unicistes.

La théorie mécanique, la plus ancienne, qui défendait l'idée d'une paralysie ventriculaire gauche, est abandonnée.

La théorie réflexe ou angioneurotique (Huchard-Bouveret), considérant l'O.A.P. comme le résultat d'un réflexe parti des plexus cardiaque ou périaortique et déterminant l'exsudation séreuse par troubles vaso-moteurs et sécrétoires, n'explique pas tous les faits constatés.

La théorie rénale toxique (Dieulafoy) incriminait l'intoxication brusque des centres bulbaires vaso-moteurs. Des travaux récents en ont étendu le champ et ont mis en valeur le rôle : de la chlorurémie, de la modification du taux des protides du sang, de la modification de l'équilibre acide-base témoins de cette intoxication.

En fait : l'accord est loin d'être unanime sur les causes profondes du mécanisme de l'O.A.P., et, devant la complexité des faits, nombre d'auteurs se rangent à une théorie mixte *cardio-vaso-motrice*, où interviennent *une défaillance myocardique brutale* associée à une *perturbation vaso-motrice d'origine sympathique*, dans le territoire pulmonaire, *survenant sur un terrain particulier*, que viennent prouver les perturbations humorales.

— C'est ce double mécanisme que vise à annihiler :

LE TRAITEMENT

A instituer d'extrême urgence.

Dominé par deux grandes indications : *diminuer le travail imposé au myocarde, et soutenir son effort.*

Ce sera :

1. *La saignée*, copieuse, 400-500 gr., facile au début de la crise, par ponction veineuse ; plus tard, si elle se montre difficile, ne pas hésiter à faire une *section radiale.*

Elle sera utilement complétée par l'application de *ventouses scarifiées.*

2. *L'ouabaïne* intraveineuse (1/4 de milligr.),

— Dès la fin de la saignée,

— Qu'il sera parfois utile de refaire quelques heures après.

3. *La morphine*, 1 centgr. sous-cutané, à la fois cardiodynamique et antispasmodique (Vaquez),

— Mais s'en méfier si on a la connaissance d'une lésion rénale.

4. *Les toni-cardiaques divers :* huile camphrée surtout, spartéine, caféine.

5. *L'oxygénothérapie* sera souvent un adjuvant précieux.

Les formes infectieuses sont justiciables du même traitement, auquel on peut adjoindre la médication anti-infectieuse et surtout la médication expectorante.

— Mais, dans les formes cardio-vasculaires, *le traitement ultérieur*, préventif d'autres crises, est capital.

1. *Le régime.* Diète hydrique, pendant 2 jours au moins, puis régime déchloruré strict, puis alimentation à prédominance fruito-végétarienne.

2. *Théobromine* en permanence.

3. *Calmants du système nerveux* (gardénal).

Surtout : *cure toni-cardiaque* à poursuivre : *digitaline* (Lian), *ouabaïne*, ou alternance des deux, en suivant de très près le malade.

— Et cependant, répétons-le, le traitement le mieux conduit ne le met malheureusement pas à l'abri des récidives imprévisibles. C'est dire combien, *toujours*, il faut réserver le pronostic d'un O.A.P.

G. LE SUEUR.

BIBLIOGRAPHIE

Les Auberges de France, guide du Club des Sans-Club, viennent de paraître. Le prix du volume (30 fr.) tient lieu de cotisation, et sa couverture de carte d'adhérent à l'égard de l'hôtelier élu, chez qui, par ce moyen, l'on cesse d'être un touriste anonyme.

L'édition 1938 des *Auberges de France* est comme toujours riche en indications et avantages matériels, parmi lesquels : le garage gratuit presque partout, un petit repas du soir à bon compte, des vins agréables en marge du menu, sans parler de l'accueil, élevé généralement au rang d'un sacerdoce.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 43. — SAMEDI 28 MAI 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Rodez, par suite du départ de Mlle le docteur Deschamps, appelée à un autre poste.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du Prosectorat.* Séance du 24 mai. — Epreuve orale de pathologie chirurgicale. — *Question :* la hernie crurale étranglée. MM. Léger, Chevallier, Chigot, Delinotte, Judet, Olivier, 14.

AMPHITHÉATRE DE LA CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE L'HÔPITAL BROUSSSAIS-LA CHARITÉ. — M. le prof. Gustave PITTALUGA, de la Faculté de médecine de Madrid, a commencé un cours de six leçons, sur « *Les maladies du système réticulo-endothélial* », le mardi 24 mai. Il le continuera à 11 heures du matin, lundi 30, mercredi 1er juin, lundi 6, mercredi 8 et lundi 13 juin (avec projections).

BOURSES DE VOYAGE. — Le commissariat général au Tourisme met à la disposition des étudiants français 15 à 20 bourses de voyage individuelles qui, cette année (été 1938), remplacent le petit V.E.M. (voyage études médicales).

Le montant de chaque bourse ne sera pas inférieur à 500 francs et ne dépassera pas 1.000 francs.

Conditions d'obtention des bourses de voyage. — 1° Les bourses sont réservées aux étudiants de 5e année ayant été reçus à l'examen de thérapeutique et d'hydro-climatologie thérapeutique.

2° Les candidats aux bourses feront connaître au moment de leur inscription, leurs titres, leur note à l'examen de thérapeutique, et la région thermo-climatique où, de préférence, ils désireraient faire leur voyage d'études. On leur demande l'obligation de visiter *trois stations au minimum* et de séjourner dans chacune d'elles *trois jours au minimum.*

3° A leur retour de mission, les bénéficiaires devront remettre au professeur d'hydrologie, à l'intention du Centre national du tourisme, du thermalisme et du climatisme, un mémoire justificatif détaillé sur leurs observations relatives à chacune d'elles et éventuellement sur les travaux qu'ils auront effectués.

Les inscriptions des candidats sont reçues tous les jours au Secrétariat de la Faculté (guichet N° 1), de midi à 15 heures), jusqu'au 1er juin 1938.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le professeur Euzière a été renommé doyen pour trois ans, à partir du 1er mai 1938.

Exercice de la pharmacie en Indochine. — Le *Journal officiel* du 22 mai publie un décret complétant le décret du 16 juillet 1919, réglementant l'exercice de la pharmacie en Indochine. Ce décret vise les dépôts de produits médicamenteux spécialisés, les objets de pansements, les eaux minérales médicinales (purgatives) et les sérums et vaccins.

Association des anciens élèves de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Le prochain dîner trimestriel aura lieu, sous la présidence du docteur Zizine, le jeudi 16 juin, à 20 h. 30, au restaurant Kugler, 19, rue de la Pompe, à Paris. Le prix du dîner a été fixé à 45 fr. (service compris). S'inscrire auprès du docteur C. Claoué, 39, rue Scheffer, Paris (16e).

Le monument aux morts du Service de santé sera inauguré à Lyon, ainsi que nous l'avons annoncé, le dimanche de la Pentecôte, 5 juin, à 10 heures. A cette occasion, la *Fédération nationale des médecins du front* adresse un vibrant appel à tous les anciens médecins du front, et les invite à venir nombreux pour honorer la mémoire de leurs camarades tombés pour la France.

Pour tous renseignements, s'adresser au bureau de la Fédération, ou à son président, le docteur Jean Schneider, 16, rue Alfred-de-Vigny, Paris (8e).

Hygiène et clinique de la première enfance. — Le cours de revision et de perfectionnement qui devait avoir lieu en juillet, sous la direction du prof. Lereboullet et de M. Marcel Lelong, agrégé, médecin des hôpitaux, est reporté en octobre et sera fait du lundi 10 au vendredi 28 octobre. Il portera sur *l'hygiène, la diététique, la clinique et la thérapeutique du premier âge.*

Le programme détaillé en sera ultérieurement publié.

Les inscriptions à ce cours peuvent être reçues au laboratoire de la clinique Parrot, 74, rue Denfert-Rochereau.

VARIÉTÉS

LAMARTINE ET L'AVIATION

par M. L. Babonneix.

Il y a un siècle, paraissait *La Chute d'un ange* (1). N'est-ce pas l'occasion de rappeler ce que Lamartine y dit de l'avion ou plutôt du dirigeable ? Sujet d'autant plus digne d'être traité dans un journal médical que l'aviation sanitaire se développe de plus en plus, et que, d'ores et déjà, nombre de malades ou de blessés lui doivent la vie ?

***

Dans la *Huitième Vision* (*Fragment du livre primitif*), le « vieillard » vient de dire au Seigneur :

> « Gloire à ton nom divin ! Tu vis ! Je puis mourir. »

qu'

> On entendit dans l'air un sourd frémissement
> Semblable au vol soudain des ailes de l'orage,
> Quand la foudre et l'éclair tombent sur le nuage,
> Et que dessous leur vol la mer écume et bout...

Mais à peine le vieillard et ses hôtes : Cédar et Daïdha,

> ... avaient-ils cherché, des yeux, dans l'air,
> Que d'un vol plus bruyant et plus prompt que l'éclair,
> Un navire céleste à l'étrange figure,
> Couvrant un pan des airs de sa vaste envergure,
> Sur les marches de l'antre à leurs pieds s'établit.

Les trois hommes qui le montent se précipitent sur le vieillard et le tuent, parce qu'il refuse d'abjurer sa foi. Ils enchaînent ensuite Cédar et Daïdha,

> Les couchent à leurs pieds au fond de la nacelle
> Et font bondir du sol leur esquif qui chancelle.
> Cédar et son amante, en sentant fuir le sol,
> Croyaient qu'un grand oiseau les emportait en vol,
> Et ne comprenant rien à l'étrange mystère,
> D'un éternel adieu se détachaient de terre.
> ....
> ... Ces chars, des mortels sublime invention,
> Dans les âges voisins de la création,
> N'étaient qu'un art humain, sacré, mystérieux.

Un art ? Soit, mais d'imitation !

(1) Alphonse de Lamartine, *La chute d'un ange. Episode*. Paris, mai 1838.

> Pour défier les airs et pour s'y hasarder,
> Les hommes n'avaient eu, dès lors, qu'à regarder :
> Des ailes de l'oiseau le simple phénomène
> Avait servi d'exemple à la science humaine.
> A leurs flancs arrondis le char était pareil :
> Dans sa concavité légère, un appareil
> Pressant à flots cachés un mystère fluide
> Plus léger que l'éther et flottant sur le vide ;
> Du vaisseau dans les airs il élevait le poids,
> Comme sur l'océan le soulève le bois ;
> Les hommes mesurant le moteur à la masse,
> S'élevaient, s'abaissaient à leur gré dans l'espace,
> Dépassant la nuée ou rasant les hauteurs ;
> Et, pour frayer le ciel à ces navigateurs,
> Pour garder de l'écueil la barque qui chavire,
> Un pilote imprimait sa pensée au navire.
> D'un second appareil l'habile impulsion
> Donnait au char voguant but et direction.
> ....

Mais voici les « mille feux de l'immense Babel ».

> L'esquif aérien, guidé par cette flamme
> De l'air sur son sillon faisait gronder la lame
> Le timon frémissait dans la robuste main.
> Il plongea lentement dans le cratère humain...

Au début de la *Neuvième Vision*, se place l'atterrissage. Le vaisseau aérien plane au-dessus du palais. Alors

> Le roi...
> indique par un geste
> Au pilote attentif le sommet d'une tour :
> Il y monte à pas lents d'étages en étages
> Et le navire enfin y descend des nuages...

***

Ainsi, dès 1838, Lamartine donne de l'avion, ou plutôt du dirigeable, une description à laquelle il manque peu de choses. Il parle expressément du moteur. Il paraît même avoir eu l'idée d'un mécanisme plus ou moins analogue à celui du moteur à fusée. Il fait une allusion des plus nettes aux gouvernails de profondeur et de direction, au palonnier, au stabilisateur. Il connaît la *loi du plus lourd que l'air*. Le mystère du « fluide plus léger que l'éther » qui permet la propulsion de l'appareil pourrait bien être l'essence, à moins que ce ne soit l'hydrogène ou l'hélium. Les « mille feux de l'immense Babel » favorisent l'atterrissage qui s'effectue sans accroc, après que l'on a eu soin d'écarter la foule. « Vision » sublime rejoignant, à travers les siècles, celle de Vinci ! Prophétie bien digne de celui qui, dès 1826, avait prévu l'alliance franco-russe et la réalisation de l'unité italienne (1), dès 1848, annoncé le Second Empire et l'invasion (2). Pressentiment lointain de l'époque où il devrait monter comme pilote à bord du dirigeable *Patrie*, qu'il guiderait d'une main ferme jusqu'à ce que, trahi par le « lion populaire » (3), il périt, « foudroyé », lui aussi, « en plein ciel de gloire » (4).

(1) Cf. L. Babonneix, Un « mémoire politique » de Lamartine. Sens, 1925, in-8°, 24 p.

(2) « Une de ces décadences douces, une espèce de Capoue de la Révolution dans laquelle une nation glisse comme une prostituée des bras d'un pouvoir corrupteur aux bras d'un pouvoir despotique et s'endort dans un bien-être matériel pour se réveiller dans l'invasion. » (A. de Lamartine. *Discours prononcé au banquet de Mâcon*, 1848.)

(3) A. de Lamartine, Au Comte d'Orsay, *Recueillements poétiques.*

(4) Extrait de la citation concernant Guynemer, et rédigée, comme on sait, par Clemenceau.

REVUE GENERALE

INFARCTUS DU MYOCARDE

Par M. Ph. SERINGE

Définition. Foyer circonscrit de nécrose du muscle cardiaque produit par l'absence ou le déficit local de l'apport sanguin coronarien.

Historique. — Description anatomique ébauchée par Letulle, complétée par Ziegler (1890) et surtout René Marie (thèse parue en 1897). Deux Russes : Obratzow et Straschesko (1910) en fournissent une description encore incomplète.

Herrick (1912 et 1919) en donne une description clinique et électrocardiographique, précisée par Libman, Pardee (U.S.A.), Pezzi (Italie), Gallavardin, Lian, Weissenbach, Clerc, Donzelot.

Etiologie. — Exceptionnel avant quarante ans, l'infarctus est fréquent vers la cinquantaine, davantage chez l'homme.

Il s'agit d'ordinaire de sujets polyscléreux, hypertendus ou non, parfois diabétiques (Pezzi) et presque toujours hypercholestérolémiques. L'existence de lésions valvulaires est tout à fait contingente. La syphilis n'est pas fréquente.

L'infarctus est produit rarement par une embolie, en règle par une thrombose de l'artère coronaire.

L'embolie coronarienne peut provenir d'une thrombose cardiaque ou d'un fragment de végétation d'une endocardite maligne.

Presque toujours c'est la thrombose coronarienne qui engendre l'infarctus ; elle est le fait, exceptionnellement, d'une coronarite aiguë ou subaiguë, le plus souvent d'une coronarite chronique athéromateuse ou scléreuse.

La part directe de la syphilis évolutive ne semble pas importante, mais elle pourrait être responsable indirectement de la sclérose coronarienne.

L'oblitération peut être anatomiquement incomplète mais fonctionnellement parachevée par un spasme provocateur des accidents.

Selon Achard, il est possible que l'oblitération des veinules produise des troubles analogues. Il a publié un cas d'infarctus paraissant dû à une thrombo-phlébite infectieuse des veines coronaires au cours d'une broncho-pneumonie.

Enfin, il est des cas d'intégrité absolue des vaisseaux coronaires dans lesquels on a invoqué une thrombose due à l'état dyscrasique du sang.

Anatomie pathologique. — A) Lésion coronarienne. — Elle peut être constatée à l'autopsie en ouvrant la coronaire à partir de l'aorte.

Le thrombus siège le plus souvent sur le trajet de la coronaire gauche ou antérieure, surtout de sa branche interventriculaire antérieure.

On trouve dans un segment athéromateux de l'artère un caillot adhérent, obturant tout ou partie de la lumière du vaisseau et en voie d'organisation plus ou moins avancée suivant l'ancienneté.

B) La lésion myocardique doit être étudiée après durcissement prolongé au formol.

L'infarctus siège surtout sur la face antérieure du ventricule gauche, la cloison ou le pilier antérieur de la mitrale.

La forme et les dimensions de l'infarctus sont variables — il a souvent l'étendue d'une pièce de 0 fr. 50 à 2 fr. — certains infarctus volumineux résultent peut-être de la confluence de nombreux petits infarctus.

Les altérations du myocarde portent généralement sur un territoire peu étendu, car une brusque suppression de l'irrigation sanguine dans une partie importante du myocarde ne laisserait pas la survie de 24 à 36 heures, qui est nécessaire à l'apparition des lésions dégénératives.

Un petit infarctus risque de passer inaperçu ; pour le mettre en évidence on a proposé l'injection de produits opaques dans les coronaires suivie de radiographie et montrant une image lacunaire. Ce procédé est parfois infidèle ou du moins ne met pas à l'abri des erreurs d'interprétation. On aura donc recours à la méthode des coupes transversales en série.

A la coupe, la couleur et la consistance tranchent ; il faut distinguer avec René Marie deux aspects :

La forme nécrotique : foyer pâle, gris jaunâtre, sec, bien limité, de consistance légèrement accrue ; à la périphérie on note une zone molle de couleur rousse ou chamois.

La forme hémorragique : dans la forme hémorragique plus fréquente, l'infiltration rouge sombre de sang dissociant les fibres musculaires reproduit l'aspect de bois de palissandre suivant la comparaison de Cruveilhier.

En regard de ces altérations du myocarde, l'endocarde est fréquemment atteint : épaississement avec dépoli de la séreuse, parfois thrombose et possibilité d'embolies dans la circulation. La péricardite due à l'affleurement du foyer est moins fréquente que l'endocardite, mais elle fournira en clinique un signe d'importance primordiale ; anatomiquement elle se traduit par une réaction fibrineuse et plus rarement exsudative.

La guérison anatomique de l'infarctus ne peut se faire qu'au prix de séquelles irrémédiables : plaques fibreuses du myocarde, quelquefois anévrysme du cœur.

Telle est la genèse des cicatrices sous-péricardiques, étoilées, fermes et nacrées rencontrées souvent à l'autopsie des sujets âgés, séquelles d'infarctus restés méconnus.

Parfois l'anatomie macroscopique paraît normale ; avant de nier l'infarctus, il serait nécessaire de pratiquer :

L'examen histologique. — Au stade initial de désintégration les fibres musculaires prennent un aspect homogène ; certaines présentent des zones de dégénérescence, ici : pigmentaire, là : graisseuse, puis des leucocytes envahissent les espaces interfibrillaires.

Au stade alvéolaire, apparaissent des faisceaux de fibres conjonctives jeunes, délimitant des logettes qui contiennent un plasma avec granulations pigmentaires et graisseuses, vestiges de la fonte musculaire.

Plus tard, le tissu conjonctif s'hypertrophie de plus en plus et cette sclérose molle se transforme en sclérose dure et cicatricielle.

Pathogénie. — Elle a été éclairée par les résultats de l'expérimentation. La ligature d'une branche coronaire, chez le chien, entraîne après un intervalle libre de 20 minutes, des troubles du rythme ; le territoire ischémié devient cyanotique et reste immobile par suppression de sa contractilité ; si l'animal survit, se constitue un foyer de nécrose analogue à celui de l'infarctus humain.

L'infarctus peut être encore réalisé par les embolies expérimentales des coronaires ou par l'injection dans ces vaisseaux de substances caustiques telles que le nitrate d'argent (Clerc et Stieffel).

Dans tous ces cas, l'électrocardiographie fournit des tracés comparables à ceux de la pathologie humaine. On a insisté sur le parallélisme évolutif des lésions anatomiques et des altérations des tracés. Il serait toutefois prématuré d'en déduire une théorie des localisations cardiaques analogue à celle des localisations cérébrales. Bien des recherches sont encore nécessaires avant de pouvoir en clinique préciser le vaisseau atteint, sur la vue d'un tracé.

L'ischémie jouant un rôle important, le problème se pose des anastomoses artérielles. Chez l'homme, les coronaires sont reliées seulement par des anastomoses capillaires, anastomoses physiologiquement insuffisantes, aussi les coronaires sont-elles considérées comme des artères terminales, condition la plus favorable à la formation des infarctus.

Telle est l'opinion communément admise, du moins chez l'adulte normal. Mais de nombreux facteurs agissent sur le développement et la valeur des anastomoses : en particulier la durée de constitution d'une oblitération.

Chez le sujet âgé, à vascularisation cardiaque troublée, peut se développer progressivement un important réseau circulatoire de suppléance. De la sorte, l'occlusion d'une branche coronarienne n'est pas inéluctablement suivie d'un infarctus.

Réciproquement, l'oblitération complète n'est pas toujours nécessaire à sa production : un simple déficit d'irrigation peut être en cause, associé alors à des troubles mal connus :

Soit humoraux, soit *nerveux :* réflexe vaso-moteur ayant son point de départ dans la paroi artériolaire, irritation des plexus nerveux, qui, d'après des recherches expérimentales récentes en Amérique, jouerait un rôle peut-être plus grand que l'ischémie dans la production de la douleur.

Soit *infectieux :* c'est ainsi que la fièvre et la leucocytose seraient dues à une artérite coronarienne infectieuse ou bien à un processus inflammatoire d'origine autotoxique, par transformation et résorption d'albuminoïdes dans le myocarde ou dans la coronaire.

L'ischémie n'en reste pas moins jusqu'ici le facteur prédominant dans la genèse : de la douleur, des troubles contractiles et rythmiques du myocarde, des troubles électrographiques et du foyer de nécrose.

Par suite du défaut d'irrigation sanguine, la pression capillaire tombe à zéro, les capillaires du territoire exsangue s'altèrent faute d'irrigation nutritive et leurs parois se laissent traverser par le sang qui reflue.

Cette extravasion sanguine expliquerait l'infarcissement du tissu musculaire ; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Clinique. — L'infarctus se traduit dans sa forme typique par une crise angineuse.

Dans des cas rares, elle est précédée de prodromes vagues : dyspnée d'effort, pincement rétrosternal, gêne épigastrique. En règle elle survient inopinément, souvent dans le décubitus nocturne et si parfois elle apparaît après un effort, le repos n'a sur elle aucune influence.

Il s'agit d'une douleur rétrosternale avec angoisse et sensation de constriction thoracique, mais cette douleur angineuse revêt une acuité terrible, elle est véritablement excruciante, insupportable, motivant le terme de syndrome angineux hyperalgique de Weissenbach.

Ni le repos, ni les antispasmodiques ne la calment; la morphine, même à haute dose, reste parfois impuissante.

Elle évolue par paroxysmes sur un fond douloureux permanent. Son maximum siège ordinairement derrière le sternum ; elle irradie non seulement à l'épaule et au bras gauche, mais aussi d'emblée à l'épigastre, vers les maxillaires, à la nuque et dans le dos, parfois vers l'autre bras ou les membres inférieurs.

Enfin cette douleur est d'une durée particulièrement longue, capable de persister plusieurs jours. C'est là encore un caractère différentiel important d'avec l'angine de poitrine banale.

Souvent s'associent une vive dyspnée et des troubles digestifs, nausées et vomissements surtout.

Tel malade reste sidéré, immobile ; tel autre — c'est plus rare — est en proie à une vaine agitation.

A l'examen, on est frappé par la teinte cendrée du visage faite d'un mélange de cyanose et de pâleur ; le nez est pincé, le corps couvert de sueurs froides, la respiration parfois à type de Cheynes-Stokes.

On a l'impression d'un collapsus grave que vérifient : la faiblesse du pouls, fréquent, petit, mou et l'effondrement brutal de T.A.

Portant à la fois sur les tensions maxima, moyenne et minima, cette chute prédomine volontiers sur la maxima d'où écrasement de la différentielle.

Dans certains cas très graves, mortels à brève échéance, elle entraîne un état syncopal ou même comateux.

Sur un tel malade on sera sobre d'explorations :

Le choc de la pointe est affaibli.

Les bruits du cœur faibles, lointains.

Peuvent s'observer :

L'apparition de souffles fonctionnels, d'un bruit de galop.

Des troubles du rythme de mauvais augure :

— Extrasystoles ventriculaires.

— Crises de tachycardie de type ventriculaire.

— Arythmie complète par fibrillation auriculaire.

— Ou encore bradycardie avec dissociation auriculo-ventriculaire complète ou incomplète, traduisant un phénomène de blocage.

L'auscultation des poumons montrerait la congestion passive des bases, quelquefois des râles d'œdème pulmonaire aigu.

Parfois au bout de 2 à 3 jours apparaît un :

Frottement péricardique : signe très caractéristique, mais il est volontiers fugace et localisé ; il manque souvent, n'existant que si le foyer est superficiel.

C'est également le 2e ou le 3e jour qu'on note :

La Fièvre : signe à peu près constant, de haute valeur diagnostique, parfois éphémère.

En moyenne, elle dure quelques jours, oscillant entre 37°5 et 38°5, puis descend graduellement, croisant parfois la courbe ascendante de la diurèse qui fait suite à l'oligurie du début.

Plus précoce que la fièvre, serait la

Leucocytose sanguine, entre 12 et 25.000, avec polynucléose à 80 % environ, elle est également peu durable ; sa persistance serait d'un mauvais pronostic.

L'examen électrocardiographique ne sera pratiqué que s'il est possible au lit du malade, à l'aide d'un appareil portatif, par exemple.

Son importance, considérable pour le diagnostic des formes frustes ou larvées, est moins grande dans le cas présent d'une forme typique avec :

Sa douleur angineuse particulière,

La chute tensionnelle,

La fièvre,

Le frottement péricardique éventuellement.

Si aucun signe n'a une valeur spécifique indiscutable, leur groupement donne à l'affection une physionomie bien personnelle.

L'évolution se fait le plus souvent vers la mort, dès le début de la crise ou dans les premiers jours, ou plus tard vers la 3e semaine, après une accalmie transitoire.

La *syncope* est la façon de mourir habituelle de ces malades, se produisant à l'occasion d'un effort minime. Moins fréquemment ce sont les progrès de la *défaillance cardiaque aiguë* qui entraînent la mort : la T.A. maxima reste basse, contrastant parfois avec un bruit de galop ; on note une congestion passive des poumons étendue, un gros foie douloureux ; les œdèmes sont plus tardifs. Cette asystolie est rebelle à toute médication.

Des *Complications* ne sont pas rares au cours de cette phase précoce :

Rupture du cœur qui constitue une trouvaille d'autopsie.

Exceptionnellement la *Rupture d'un pilier valvulaire* pourrait donner un souffle mitral organique (Laubry) à différencier d'un souffle fonctionnel parfois constaté.

Embolies relevant d'une thrombose intraventriculaire, elle-même provoquée par l'atteinte de l'endocarde au cours du processus de nécrose : embolies de la grande circulation, plus rarement de la petite, parfois des deux lorsque le septum interventriculaire est intéressé.

Infection pulmonaire pouvant être à l'origine de ces œdèmes pulmonaires infectés dont on connaît le mauvais pronostic.

Urémie, enfin.

Dans les cas moins graves, la crise peut se terminer favorablement.

La douleur s'estompe, laissant parfois un endolorissement de la région précordiale une semaine ou plus ; la dyspnée disparaît, les fonctions digestives se régularisent ; le sommeil renaît, la température tombe en quelques jours, une débâcle urinaire survient.

Le symptôme objectif le plus favorable au cours de cette évolution est le relèvement progressif de la T.A. Rarement elle remonte à son niveau antérieur et toujours l'on attendra un délai de 3 semaines avant de porter un pronostic, crainte de mort subite par rupture du cœur, ou surtout par syncope durant ce temps.

La guérison clinique peut être complète et il est des survies de 4, 5 ans et plus. Mais les récidives sont toujours possibles, car si l'infarctus guérit, la maladie coronarienne persiste.

Souvent subsistent de petits signes d'insuffisance cardiaque : dyspnée d'effort, algies précordiales, œdèmes malléolaires vespéraux, T.A. fixée à un chiffre inférieur à son niveau initial, véritable hyposystolie, créée ou aggravée par la crise.

L'I.V.G. n'apparaît que plus tard, en général au bout de quelques mois ou quelques années, qu'il s'agisse de plaques fibreuses du myocarde, ou d'anévrysme du cœur.

Telles sont les deux complications tardives de l'infarctus. La symptomatologie des plaques fibreuses a été précisée par Aubertin et Jean Lereboullet (*Archives des M. du cœur*, novembre 1929).

Ils en distinguent trois formes :

1° *Une forme latente.*

2° *Une forme angineuse* simple dans laquelle le malade présente des crises d'angor à répétition et succombe au cours de l'une d'elles avant que l'asystolie n'ait eu le temps de se manifester.

3° *Une forme asystolique* enfin, confondue souvent avec la myocardite chronique, qui évoluerait schématiquement en 4 phases :

1) Une phase d'infarctus du myocarde avec son tableau net ou fruste.

2) Une phase de latence de plusieurs semaines ou mois, voire de 5 ou 10 ans et qui fait rarement défaut.

3) Ensuite surviennent des manifestations de I.V.G.: crises de dyspnée asthmatiforme ou d'œdème aigu, gros ventricule gauche avec bruit de galop, puis insuffisance mitrale fonctionnelle et bientôt

4) C'est le tableau classique d'une asystolie totale.

Quant à l'anévrysme pariétal du cœur il se traduit cliniquement par une symptomatologie fonctionnelle et physique, et par une évolution qui sont sensiblement les mêmes que celles des plaques fibreuses. Seule la radioscopie est décisive, montrant une saillie arrondie, battante et expansive sur le bord du ventricule gauche, se projetant parfois sur la clarté de la grosse tubérosité gastrique.

Pour faire, au bout de plusieurs mois, le diagnostic de ces séquelles, il ne faut pas compter sur les tracés électriques, car ils peuvent être redevenus normaux.

Electro-Cardiographie. — Elle permet de préciser les troubles éventuels du rythme dans l'infarctus.

Souvent le rythme cardiaque reste régulier, mais les complexes ventriculaires sont le siège de déformations sur lesquelles on a beaucoup insisté à cause de leur intérêt diagnostique. Ces altérations se modifiant au cours de l'évolution, on distingue schématiquement 3 périodes :

1re *période.* — Dans les heures qui suivent le début des accidents apparaît la grande onde monophasique ou *onde en dôme ;* en Dérivation I par exemple :

La branche descendante de R est vite interrompue par un bombement arrondi à convexité supérieure, dont la hauteur variable dépasse parfois celle de R ; ce dôme englobe l'onde T et se termine sur la ligne isoélectrique à peu près à l'endroit où devrait se trouver la fin de l'accident T.

En D III se greffe sur la branche ascendante de S une grande onde en forme de cupule qui réalise en quelque sorte l'image réfléchie du dôme ; la courbe quoique renversée est encore monophasique. (On sait que le ventriculogramme normal comprend 2 phases, l'une : QRS, l'autre : T, séparées par une ligne à peu près horizontale.)

D'autres fois, c'est en D III qu'on observe un dôme et en D I une cupule.

En D II l'onde en dôme est moins accentuée.

L'onde en dôme est inconstante et d'enregistrement malaisé en raison de sa courte durée qui varie de quelques jours à quelques heures.

2e *période.* — Une 2e étape est caractérisée par l'onde coronarienne ou *onde de Pardee* qui se trouve réalisée après l'affaissement partiel du dôme et la réapparition de l'onde T.

En D I la branche descendante de R n'atteint pas la ligne iso-électrique et le segment curviligne qui s'en détache va rejoindre un T inversé, étroit, à sommet aigu, à bords éversés. Réciproquement en D III l'aspect est inverse ; dénivellation concave suivie d'un T positif.

Les mêmes interversions qu'à la première période peuvent se produire entre les tracés des dérivations I et III.

L'onde coronarienne s'atténue peu à peu au bout de 2 à 3 mois.

3e *période.* — C'est alors que dans une 3e période s'installe définitivement l'inversion de T en une ou plusieurs dérivations, ou bien que régressent toutes les anomalies.

Telle est la description schématique des troubles les plus typiques. Leur caractère de spécificité est moins net à mesure qu'on s'éloigne du début.

Contrairement à ce que certains ont avancé, ils ne sont pas pathognomoniques, car ils pourraient se voir en dehors de l'angor, en ce cas ils seraient alors fixes. Ce qui est plus caractéristique, c'est donc leur évolution régressive, d'où la nécessité de répéter les tracés à quelque temps d'intervalle. D'autre part, ils ne sont pas constants :

Certains infarctus vérifiés anatomiquement ne se sont traduits par aucune anomalie de l'électro ; aussi une 4e dérivation a-t-elle été proposée dans laquelle se sont plusieurs fois produites des modifications à l'exclusion des autres.

D'autres ont provoqué une simple dénivellation du raccord ST au-dessus ou au-dessous de la ligne isoélectrique ou un aspect légèrement curviligne de cette ligne ST.

Quant aux altérations résiduelles de T elles sont variables et de valeur discutable, T III pouvant être négatif chez un sujet normal. Deux types fréquents selon Parkinson et Bedford seraient : T I et T III pointus, l'un négatif et l'autre positif, avec T II à peine ébauché.

Exceptionnellement T est négatif partout.

D'autres modifications des complexes ventriculaires ont été signalées, beaucoup moins significatives :

a) Diminution d'amplitude globale traduisant un bas voltage.

b) Exagération de l'onde Q en D III.

c) Block de la branche droite du faisceau de Hiss, consistant en élargissement de QRS avec encoche de R et prépondérance ventriculaire gauche. La branche gauche qui est irriguée par les deux artères coronaires est rarement atteinte.

Formes cliniques. — Les formes cliniques que peut revêtir l'infarctus sont nombreuses. On a individualisé :

Des formes arythmiques ;

Des formes emboligènes.

Dans ces cas, il est rare que la douleur ne vienne pas donner sa note typique.

D'autres signes peuvent prendre le premier plan.

Tantôt les signes *infectieux :* hyperthermie à 40° précédant l'infarctus et se prolongeant ; phlébites multiples des membres l'accompagnant comme dans les cas de Merklen.

Tantôt les troubles *digestifs* réalisant l'état de mal cardio-gastro-angineux de Lian et Pollet : douleur épigastrique ou abdominale d'apparition soudaine et d'emblée à son acmé, avec ou sans irradition ascendante, s'exagérant parfois à la pression, vomissements survenant au moindre mouvement ou même sans cause au milieu d'un état nauséeux permanent, faciès à type péritonéal, hoquet parfois, météorisme ou défense musculaire épigastrique, diarrhée ou constipation.

Ces signes sont, soit associés à la symptomatologie habituelle de l'infarctus, soit isolés, de diagnostic alors difficile avec une colique hépatique (dont une forme angineuse a été décrite par Lian, Weissenbach) ou avec les drames abdominaux du ressort de la chirurgie.

D'autres cas prennent le masque d'un embarras gastrique fébrile, d'une intoxication gastro-intestinale.

La douleur manquait totalement dans une des formes digestives observées par Doumer.

Laubry a insisté sur ces formes camouflées, en particulier sur les formes *pulmonaires* à allure de conges-

tion pleuro-pulmonaire traînante où la défaillance cardiaque risque d'être considérée comme la conséquence de l'état pulmonaire.

Certaines formes, bien étudiées par Gallavardin, évoluent sous les traits trompeurs d'une *insuffisance cardiaque :*

— Soit subite : ictus myocardique pur donnant des signes de choc, de collapsus et d'insuffisance cardiaque, mais pas ou peu de douleur.

— Soit progressive : forme cardioplégique d'évolution précipitée, et il faut penser à l'infarctus dans tous les cas de défaillance aiguë ou subaiguë de cœur sans cause apparente.

Dans une I.V.G. on soupçonnera le diagnostic d'infarctus devant son aggravation subite, son irréductibilité, l'intensité du galop, l'absence de pouls alternant, une T.A. basse.

On a rapporté encore : une forme avec hypochlorémie, très améliorée par la rechloruration (Rathery), une forme comateuse, une forme dyspnéique indolore, une forme à grande hypotension isolée, une forme cachectique (Gallavardin), des cas associés à la maladie de Buerger.

Il est des formes latentes qui passent inaperçues (par atteinte d'une zone muette du cœur) et constitueront une découverte d'autopsie.

A l'opposé, bien des morts subites s'expliquent peut-être par des infarctus sans autre histoire clinique.

Nous avons vu les formes curables et compliquées.

Le Diagnostic d'infarctus est aisé lorsque sa symptomatologie est au complet, ce qui est rarement réalisé.

Souvent on hésitera avec une angine de poitrine simple.

La douleur de l'infarctus s'en différencie par sa durée, son intensité et le caractère anormal de ses irradiations. Mais on connaît les formes dégradées de l'infarctus et, d'autre part, des cas d'angor pectoris aboutissant à un état de mal angineux, de sorte que tous les cas de transition peuvent s'observer cliniquement.

D'ailleurs l'angor et l'infarctus sont apparentés au point de vue pathogénique, beaucoup d'auteurs admettant un spasme coronarien transitoire à l'origine de certaines angines simples. Aussi, dans les cas curables de grandes crises angineuses hyperalgiques, Lian se contente-t-il du diagnostic d'angor aigu coronarien fébrile, ce qui ne préjuge pas du caractère anatomique des lésions : soit infarctus du myocarde, soit spasme surajouté à coronarite sans désintégration des tissus.

Le diagnostic peut également se poser avec une rupture du cœur ou de l'aorte, une embolie pulmonaire massive, dont la dyspnée et l'asphyxie aiguë l'emportent sur la douleur.

Si révélateur que soit le frottement, lorsqu'il existe, il ne faut pas oublier que la péricardite aiguë rhumatismale ou infectieuse, qui peut s'observer même chez l'homme âgé et s'accompagner de défaillance myocardique, est susceptible d'entraîner des paroxysmes douloureux précordiaux ou épigastriques, exceptionnellement aussi une onde en dôme à l'électro ; et peut-être l'inflammation coronarienne jouerait-elle un rôle dans l'angor rhumatismal de Peter.

D'autre part, la péricardite dite brightique, relèverait parfois, selon certains, d'un infarctus méconnu, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Ce sont les formes atypiques ou larvées qui posent les problèmes les plus délicats et les plus divers :

Tantôt diagnostic d'une mort subite.

Tantôt diagnostic des syndromes douloureux suraigus de l'abdomen, tels qu'une perforation d'ulcus, une pancréatite aiguë ou un infarctus mésentérique.

Tantôt diagnostic d'une arythmie isolée, l'infarctus du myocarde pouvant être à l'origine d'une crise de tachycardie paroxystique, ou même d'une dissociation auriculo-ventriculaire.

Tantôt diagnostic d'une insuffisance cardiaque rapide. S'il s'agit d'une forme emboligène, surtout chez un cardiaque ancien on peut être amené à discuter l'endocardite maligne subaiguë à type Vaquez-Lutembacher qui réalise également une asystolie irréductible et fébrile avec embolies multiples.

Dans tous les cas on s'informera avec soin si le malade a déjà présenté des crises angineuses ; on recherchera l'assourdissement des bruits du cœur, le frottement péricardique éventuel, la fièvre, la chute tensionnelle.

Les tracés électriques ont une importance considérable pour le diagnostic : décisifs pour les uns, ils permettent seulement pour d'autres une grande probabilité, et encore, lorsque le diagnostic est suspecté cliniquement.

Certains, enfin, voient dans les tracés les éléments du diagnostic topographique de l'infarctus. Il est encore hypothétique.

Reste à préciser le diagnostic étiologique. Les causes d'embolie coronarienne étant recherchées, on conclura en leur absence à une thrombose coronarienne.

Pronostic immédiat. — Le pronostic de l'infarctus est très grave ; il existe, on l'a vu, une période critique d'au moins 3 semaines durant laquelle la mort subite est possible.

Certains éléments du pronostic peuvent être tirés de l'examen clinique, en particulier de la T.A. qu'il faut suivre quotidiennement.

Les troubles du rythme sont de mauvais pronostic.

La péricardite semble (à Lian) un facteur de gravité.

La persistance d'un état de mal a une signification fâcheuse, celle de la leucocytose également.

La forme cardio-gastrique serait, de toutes, la plus grave.

La guérison de l'infarctus, au sens clinique du mot, est cependant possible. Le pourcentage des guérisons est estimé à 30 ou 40 % ; il est difficile à évaluer car dans les formes curables on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une ischémie myocardique n'ayant pas abouti à l'infarctus.

On ne peut parler de guérison qu'après un mois, si la T.A. est remontée à son niveau antérieur, que tout trouble fonctionnel ou physique ait cessé, que les anomalies des tracés aient totalement régressé et, selon certains, que l'accélération de la vitesse de sédimentation globulaire ait disparu.

Le pronostic lointain est sombre si les déformations des complexes sont longues à disparaître ou persistent

indéfiniment, si (suivant Lian) des altérations de R s'associent aux modifications de l'intervalle S.T.

Même en cas de guérison, il ne faut pas l'affirmer définitive, car, dans les mois ou les années qui suivent, se produisent fréquemment soit : des récidives d'infarctus, soit : des accidents d'insuffisance ventriculaire gauche. Le pronostic d'avenir doit donc toujours être réservé.

Le Traitement immédiat doit avoir un triple but : calmer la douleur, lutter contre la dépression cardiaque et circulatoire, chercher enfin à éviter la syncope.

Les nitrites sont inefficaces contre la douleur et, en outre, dangereux, risquant d'exagérer l'abaissement de la T.A. Il faut employer la *Morphine*, larga manu, par injections sous-cutanées de 1 cgr. répétées plusieurs fois dans les 24 heures. Dans des cas très graves certains médecins ont même injecté par voie intra-veineuse 1 cgr. de morphine. Il y a intérêt à associer les barbituriques, tel le gardénal sodique par voie sous-cutanée, qui permet de diminuer les doses de morphine tout en calmant davantage douleurs, angoisse et agitation.

On peut également associer à la morphine une injection sous-cutanée de 1/4 mgr. de sulfate d'atropine ou de 5 cgr. de chlorhydrate de papavérine, capables d'agir favorablement sur le spasme coronarien éventuel.

Les toni-cardiaques devraient répondre à la 2e indication, toutefois leur posologie et le principe même de leur emploi sont très discutés, car ils pourraient augmenter les dangers d'embolie et surtout de rupture cardiaque. Aussi ne dépassera-t-on pas X gouttes de solution de digitaline per os, ou 1/8 de mgr. d'ouabaïne intra-veineuse. Par contre, le camphre ou ses succédanés sont conseillés par tous les auteurs.

C'est peut-être l'Adrénaline qui combat le plus efficacement la brusque déficience circulatoire, à la dose de 1/2 ou 1 mgr. intra-musculaire ; elle est à éviter en cas de râles fins aux bases par crainte de favoriser un œdème aigu du poumon. En cas d'œdème aigu, on fera une saignée, saignée modérée à cause de l'hypotension artérielle, et de l'ouabaïne.

L'aminophylline, selon certains, doit être injectée dès le début, au moins par voie intra-musculaire.

La syncope paraît résulter d'une fibrillation ventriculaire, aussi a-t-on préconisé la quinidine pour l'éviter, surtout en cas de troubles du rythme ; mais la plupart des médecins français en condamnent l'emploi précoce à cause de son pouvoir dépresseur. On recourra aux injections sous-cutanées de caféine. La caféine, ainsi que l'adrénaline, a expérimentalement une action vaso-dilatatrice sur les coronaires.

Une syncope est-elle déclarée ? On tentera l'adrénaline intracardiaque.

C'est surtout par l'immobilité que les syncopes seront évitées, repos au lit, absolu, en position demi-assise, en raison de l'encombrement pulmonaire, une vessie de glace ou (pour ne pas risquer d'aggraver le spasme) des compresses chaudes sur la région précordiale ; le malade sera réchauffé et prendra uniquement quelques boissons chaudes ou glacées, suivant sa tolérance gastrique.

L'oxygénothérapie, enfin, serait un excellent adjuvant à condition d'utiliser en atmosphère close une concentration d'oxygène d'environ 45 %, condition difficilement réalisable ; en outre son interruption brusque est susceptible de provoquer une syncope mortelle. L'injection d'oxygène sous la peau est préférable.

En résumé : *immobilité complète, morphine, gardénal, camphre, caféine*, telles sont les grandes indications sur lesquelles l'accord soit fait.

Traitement ultérieur. — Lorsque la douleur est calmée, le repos absolu au lit doit être prolongé longtemps, c'est une prescription formelle.

Un régime lacto-végétarien fera suite progressivement au régime de réduction hydro-lactée du début ; l'alimentation devra être fractionnée et riche en vitamine C suivant certains auteurs qui ont montré son rôle possible dans la formation de néo-capillaires.

On continuera d'administrer des barbituriques ou des alcaloïdes antispasmodiques ou bien l'on injectera de l'acétyl-choline.

La théobromine à la dose de 1 gr. ou 1 gr. 50 par jour, ou mieux l'aminophylline, sera associée ; elles auraient également un effet vaso-dilatateur sur les coronaires.

Différents extraits organiques d'origine pancréatique, hépatique, musculaire ont été préconisés ; leur action semble inconstante.

L'insuline ne serait pas sans danger.

La glycose, soit seule, soit associée à l'insuline, sera ordonnée per os ou en injection.

C'est à ce stade que la quinidine peut être indiquée, à condition de la donner prudemment et de la faire précéder d'un traitement toni-cardiaque, soit : strophantus 2 mgr per os et par jour, soit : digitaline, dont l'emploi, là encore, est discuté.

L'ouabaïne intra-veineuse est réservée aux cas d'insuffisance cardiaque aiguë.

La diathermie précordiale, enfin, a été proposée pour lutter contre l'ischémie.

Quant au lever il ne sera pas autorisé avant un mois au minimum et en procédant progressivement ; le retour à une petite activité devra se faire peu à peu en se basant sur les signes cliniques et accessoirement sur les données électrocardiographiques ; même dans les cas les plus favorables en apparence une extrême prudence est de règle.

Tel sujet continuera à mener une vie de malade, tel autre pourra reprendre une vie plus active, mais dans tous les cas le surmenage et les excès alimentaires devront être évités, l'alcool et le tabac proscrits (encore que, récemment, ait été montrée l'action vaso-dilatatrice sur les coronaires, de la nicotine à dose faible (Laubry).

Au traitement hygiéno-diététique on adjoindra les médicaments de l'artério-sclérose : iodures, nitrites, théobromine, aminophylline, qui contribueront à prévenir le retour d'accidents semblables, par leur effet vaso-dilatateur, et tardivement la cure à Royat.

Le traitement antisyphilitique est à rejeter, sauf en cas de spécificité manifeste.

Le *traitement chirurgical* de l'infarctus reste encore du domaine de l'expérimentation pure : *Leriche* et *Fontaine*, d'une part, ont produit une vaso-dilatation coronarienne chez le chien après stellectomie ; d'autre part, ont réussi par une greffe musculaire la cure chirurgicale d'une perte de substance cardiaque analogue à celle d'un anévrysme du cœur.

Ils proposent également la novocaïnisation du ganglion étoilé comme traitement de l'infarctus.

On ne sait encore si ces méthodes pourront être appliquées à l'homme et si elles seront susceptibles d'améliorer le pronostic de cette affection toujours grave.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1938)

Cancers primitifs du poumon provoqués chez les souris par les huiles légères du goudron de houille. — MM. A. KLING, N. SAMSSONOW et Mme Marguerite HÉROS. Contrairement à l'opinion généralement admise, d'après laquelle les fonctions du goudron distillant à température élevée (audessus de 300°) seraient seules douées d'un pouvoir cancérigène, les huiles légères de goudron de houille peuvent être considérées comme représentant un facteur étiologique du cancer pulmonaire. La manipulation de ces huiles, bien que ne faisant apparaître aucune lésion des téguments, peut donc constituer une source de réels dangers, même après un très long délai.

(SÉANCE DU 2 MAI 1938)

Diagnostic des espèces du genre Brucella par le spectre d'absorption des bouillons de culture. — MM. Etienne BURNET et Jean DEBIESSE.

Action de l'ultracentrifugation sur les anticorps neutralisants des immunsérums antivaccinaux. — MM. Jean VIEUCHANGE et Mladen PAÏC.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 24 MAI 1938)

Rapport. — M. Henri LABBÉ dépose un rapport au nom de la Commission des céréales.

La Maison de Cuvier, au Jardin des Plantes, est menacée de disparaître, en raison des constructions nouvelles.

M. LAIGNEL-LAVASTINE demande à l'Académie d'émettre le vœu que soit conservée la maison historique de l'illustre naturaliste.

Rougeole. — M. HARRY PLOTZ, de l'Institut Pasteur, apporte des expériences montrant qu'il a réussi à cultiver *in vitro* l'agent de la rougeole. Les expériences ont été faites sur le singe (Macacus rhésus), le seul animal réceptif à cette maladie.

Lèpre. — M. A. SAENZ fait une communication sur les caractères d'un bacille acido-résistant isolé par F. Lléras dans le sang des malades atteints de la lèpre.

Mécanisme de l'action chimiothérapique des dérivés à base de soufre dans les pneumococcies expérimentales. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et D. KRASSNOFF.

Note sur le mécanisme de transmission du virus de typhus murin par voie digestive. — MM. LE CHUITON et PEUNANEAC'H.

Etude quantitative du mode d'action des agents modificateurs du rythme cardiaque sur l'excitabilité du cœur et de ses nerfs extrinsèques. — M. Paul CHAUCHARD.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 24 mai. — Jury : MM. Bezançon, président ; Jeannin, Etienne Bernard, Mouquin. — Mlle CACHIN. Contribution à l'étude du placement en station de cure des enfants tuberculeux. — M. DEBEDDE. Le rôle du système neuro-endocrinien dans la genèse de la fièvre. — M. NONIQUE. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique du nouveau-né et du nourrisson.

Mercredi 25 mai. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Tanon, Joannon, Lacomme. — M. JACQUEMAIN. Etude sur la médecine chez les peuples primitifs. — M. ROCHER. Contribution à l'étude des complications nerveuses du novarsenobenzol.

Vendredi 27 mai. — Jury : MM. Abrami, président ; Fiessinger, Giroud, Guy Laroche. — M. GARNIER. Contribution à l'étude de la physiopathie rénale sous l'influence de l'hormone parathyroïdienne. — M. UZAN. Le vieillard. Ses carences en vitamines.

Samedi 28 mai. — Jury : MM. Guillain, président ; Lemaitre, Marion, Halphen. — M. BIETTE. L'ozone en thérapeutique. Ses principales applications. Ses indications en oto-rhino-laryngologie. — M. VINCENT. Contribution à l'étude et au traitement du rein ectopique pelvien congénital.

Lundi 30 mai. — Jury : MM. Chiray, président ; Loeper, Moreau, Turpin. — M. FARZAD. Le cancer métastatique du foie à début aigu douloureux.

Mardi 31 mai. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Champy, Gougerot, Giroud. — M. LAVEDAN. Le séminome du testicule des oiseaux provoqué par régénération. — M. OBUCHOWSKY. Les furoncles de la face et la rœntgenthérapie.

COURS ET CONFÉRENCES

M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE dirigera des conférences-promenades en mai et juin.

Ces conférences-promenades auront lieu le dimanche à 10 heures et demie.

Programme des Conférences-Promenades :

Dimanche 29 mai : Visite de la Maison de santé du docteur BELHOMME, 161, rue de Charonne, sous la direction du docteur VERPAS. Rendez-vous dans le cabinet de consultation.

Dimanche 12 juin : Visite du Parc zoologique, Bois de Vincennes, sous la direction du professeur URBAIN, directeur. Rendez-vous à l'entrée principale : Porte de Paris.

The Evolution of Chronic Rhumatism with treatment to correspond (The preventive Clinic as a first line of defence). By R. Fortescue Fox. M. D. (Lond). F. R. C. P. Founded on a Lecture delivered at Margate, at the Congress of The Royal Institute of Public Health and The Institute of Hygiene. May, 1937.

London. H. K. Lewis and C° L. t. d., 1938.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.



N° 44. — MERCREDI 1er JUIN 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecins des hôpitaux.* — Jury (après acceptation) : MM. Gauthier, Rist, Faroy, Binet, Ramond (Félix), Lelong, Pinard, Huber, Carnot, Renaud (M.), Grégoire.

Concours d'oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux. — Jury (après acceptation) : MM. Halphen, Bouchet, Le Mée, Ramadier, Bourgeois, Laederich, Schwartz.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Séance du 27 mai. — Epreuve de médecine opératoire : MM. Judet, 30 ; Léger, 29 ; Chigot, Delinotte, Olivier, 28 ; Chevallier, 26.

— Séance du 28 mai. — Epreuve de dissection : MM. Judet, 30 ; Chigot, Léger, Olivier, 29 ; Chevallier et Delinotte, 28.

Total des points : MM. Chigot et Olivier, 173 ; Judet, 169 ; Léger, 168 ; Delinotte, 160 ; Chevallier, 159.

Sont proposés : MM. Chigot et Olivier.

Conférences. — M. le professeur S. Hybbinette, de la Faculté de médecine de l'Université de Stockholm, fera, sur l'invitation du Conseil de la Faculté de médecine, deux conférences :

1° Le jeudi 9 juin 1938, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Sujet : *Considérations sur le cancer du rectum, et son traitement à propos de l'examen ultérieur de 113 patients ayant subi une opération radicale.*

2° Le samedi 11 juin 1938, à 10 h. 30, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Cunéo, à l'Hôtel-Dieu. Sujet : *Directives pour le traitement du cancer du rectum suivant sa localisation et son développement.*

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira, le jeudi 24 novembre 1938, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Légion d'honneur. — MARINE. — Est élevé à la dignité de grand officier, M. le capitaine de frégate de réserve Feuillade. Tous les confrères qui ont pu apprécier la courtoisie et le dévouement de l'éminent inspecteur général de la Compagnie fermière de Vichy se réjouiront de la haute dignité qui vient d'être conférée à ce héros des fusiliers marins de Dixmude.

Guerre. — M. le médecin général Gaillard, membre assistant du comité consultatif de défense des colonies, a été placé, à compter du 25 mai 1938, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

M. le médecin général Martin, directeur du Service de santé des troupes du Levant, a été placé, à compter du 18 mai 1938, dans la 2e section (réserve du corps de santé militaire.

Docteur « honoris causa ». — Le professeur Louis Martin, membre de l'Académie des Sciences, directeur de l'Institut Pasteur, a reçu le diplôme de docteur « honoris causa » de l'Université de Pensylvanie.

Inauguration du Médaillon du professeur Léon Bernard. — Le comité constitué pour commémorer l'œuvre du prof. Léon Bernard communique que l'inauguration du Médaillon, exécuté par Mme Renée Vautier, aura lieu le dimanche 12 juin, à 11 h., au dispensaire Léon-Bourgeois (hôpital Laënnec), 65, rue Vaneau, sous la présidence de M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre.

Un centenaire. — On vient de célébrer à Paris, en l'église Saint-Julien-le-Pauvre, le centenaire de l'inhumation définitive du baron de Montyon, sous le péristyle du Vieil Hôtel-Dieu.

M. de Montyon, le philanthrope qui fonda les prix de vertu, avait été d'abord inhumé en 1820 au cimetière de l'Ouest.

La translation de ses restes eut lieu le 26 avril 1838. Après un service dans la chapelle de l'Hôtel-Dieu, écrivait la *Gazette des Hôpitaux* en 1838 (N° 55), le cercueil fut conduit en grande pompe sous le péristyle du vieil hôpital et inhumé au pied de la statue élevée à M. de Montyon.

Lors de la démolition de l'ancien Hôtel-Dieu, le corps fut inhumé dans l'église Saint-Julien-le-Pauvre.

Le timbre des chèques. — Par décret en date du 24 mai 1938, le droit de timbre de 75 centimes sur les chèques est ramené à 50 centimes, à compter du 1er août 1938.

LIVRES NOUVEAUX

« Chirurgia », par le professeur Davide Giordano.

En m'adressant, il y a quelques jours, ses deux nouveaux volumes sur la chirurgie italienne (1), M. le sénateur Davide Giordano (de Venise) m'écrivait que son intention avait été seulement d'apporter une « contribution » à l'histoire de la chirurgie moderne, pour aider ceux qui voudront écrire un jour, l'histoire de la chirurgie latine.

La « contribution » du professeur D. Giordano est, en réalité, un traité de haute valeur. Ce traité vient précisément à un moment où il est bon de rappeler que « le propre du génie latin est une simplicité absolument nette qui fait paraître simples et belles des choses qui, ailleurs, seraient lourdes et compliquées ».

En lisant *Chirurgia*, nous pouvons nous rendre compte que la chirurgie italienne moderne n'a renié ni son origine, ni ses traditions.

Les Français, certes, n'ignorent pas la part considérable qui revient aux Italiens dans le développement de la chirurgie. (A cet égard, nous devons beaucoup au vénéré maître de Montpellier, M. le professeur Emile Forgue), mais ils trouveront dans le magnifique ouvrage de M. D. Giordano, une documentation exceptionnelle que, seul, son auteur était à même de rassembler. M. D. Giordano a, en effet, marqué sa trace dans toutes les branches de la chirurgie. On lui doit des ouvrages, aujourd'hui classiques comme « *Il Compendio di Chirurgia operatoria Italiana* », comme la « *Chirurgia del Medico Pratico* », des volumes sur la chirurgie rénale, sur la chirurgie du temps de guerre, de belles leçons de clinique chirurgicale, enfin de très nombreuses recherches sur l'histoire de la médecine, l'histoire de l'art, ou même l'histoire tout court.

Dans *Chirurgia*, M. D. Giordano ne s'est pas borné à un simple exposé historique. Il nous apporte une étude critique et s'attache à mettre au point bien des questions avec la clarté qu'on peut attendre d'un irréductible latin.

(1) *Enciclopedia scientifica*, Davide Giordano : *Chirurgia* (en italien), 2 vol., L. 60. Bompiani, éd., Milan, Italie.

M. D. Giordano ne pouvait faire mieux que de placer en tête de son étude le souvenir de Scarpa. Le nom de l'illustre anatomiste et du grand chirurgien de Pavie domine, en effet, la chirurgie italienne dès le début du XIXe siècle. Les Français, de leur côté, n'oublient pas que Scarpa habita Paris et y mourut, qu'il fut l'un des huit associés étrangers de notre Académie des Sciences, et que Napoléon Ier lui rendit justice dans des conditions mémorables, en lui restituant sa chaire de Pavie, que la politique lui avait fait perdre.

Après une très intéressante étude historique, l'auteur consacre de beaux chapitres à la thérapie physique, aux infections, aux greffes, à la chirurgie régionale, il ne manque pas de rappeler ce que la chirurgie pulmonaire doit à Forlanini et à ses disciples ; enfin il s'étend sur les spécialités et essaie de prévoir leur développement futur.

Le bel ouvrage du professeur Davide Giordano nous permet de retrouver à chaque pas les noms de chirurgiens que nous connaissons et que nous admirons. L'auteur rappelle des techniques dont beaucoup sont devenues classiques en France. Il a réuni, enfin, une bibliographie considérable, remarquablement ordonnée.

C'est dire avec quel fruit son ouvrage sera consulté par tous ceux qui veulent s'instruire en remontant aux sources.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 1er juin. — Jury : MM. Gosset, président ; Mathieu, Ombrédanne, Petit-Dutaillis. — M. Chaigneau. Contribution au traitement de la luxation récidivante de la rotule. — M. Gorodetzky. Du rôle de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse dans l'étiologie du mal de Pott de l'adulte. — M. Barbier. Contribution à l'étude des cyphoses congénitales : brachyspondylie, platyspondylie généralisée. — M. Benassy. Complications tardives des traumatismes méconnus du rachis cervical.

Jeudi 2 juin. — Jury : MM. Lenormant, président ; Terrien, Velter, Wilmoth. — M. Calvet. Fibromes utérins et occlusions intestinales. — M. Le Crom-Hubert. A propos d'un cas de prétendue trichomasie anormale. Le type Rayleigh ne contient que la variété Balfour.

NÉCROLOGIE

— M. Cauet, de Caudry, près Cambrai, victime du devoir professionnel.

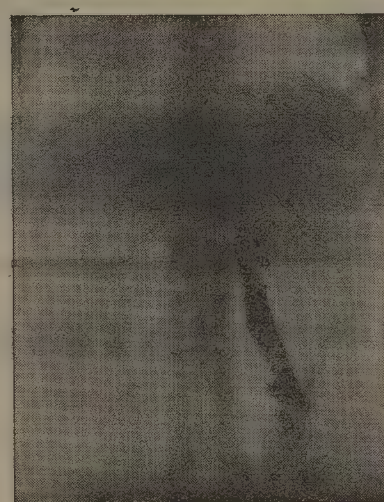
— Le professeur Otto Naegeli, de Zurich, dont on connaît les importants travaux sur les maladies du sang.

— M. Maurice Boisseau, à Libourne ; M. Octave Rémy, à Lille.

— M. Montalègre, dans la Haute-Garonne.

— M. Rouquet, premier adjoint au maire d'Alger.

— M. Paul Colombier, à Vichy.



Abcès froid exploré au "LIPIODOL"
(Collection Sicard et Forestier)

Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Sauveur de Lille. (Professeur : O. LAMBRET.)

L'ILÉITE TERMINALE

Par MM. DECOULX et BASTIEN

L'iléite terminale représente un syndrome de connaissance récente et de caractères assez mal définis. C'est une inflammation subaiguë ou chronique des parois de l'intestin grêle évoluant vers la sténose ou la perforation. Elle a été isolée en 1932 par Crohn de l'ensemble encore mal connu des inflammations primitives de l'intestin grêle. Les noms divers qu'elle a reçus : iléite ulcéreuse, iléite régionale, granulome bénin, phlegmon de l'intestin grêle, entérite cicatricielle, etc..., montrent bien la confusion qui règne encore à son sujet.

Constituée anatomiquement par une infiltration inflammatoire de toutes les couches de l'iléon et notamment de la sous-muqueuse, elle se présente cliniquement sous des aspects très polymorphes. Dans sa forme aiguë, elle simule en tous points l'appendicite. Dans ses formes chroniques on la confond aisément avec toutes les affections iléo-cœcales (tuberculose, cancer, invagination, etc...). De ce fait elle apparaît fréquemment comme une surprise opératoire et la conduite à tenir en sa présence est difficile.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer une iléite terminale dans le service de notre Maître, M. le Professeur Lambret.

V. G., 36 ans, entre d'urgence au service de chirurgie de l'hôpital Saint-Sauveur, le 8 février 1938. Il souffre depuis deux jours de douleurs continues dans la région appendiculaire et a présenté plusieurs vomissements. Il est constipé depuis l'apparition de ces phénomènes.

A l'examen, on met en évidence une zone douloureuse répondant au point de Mac-Burney. Cette zone présente une légère défense. Les signes du psoas et de Rosving sont positifs. La langue est saburrale. Température : 37°8. Pouls : 110. Le diagnostic d'appendicite aiguë s'impose.

L'intervention est pratiquée immédiatement sous anesthésie générale au Schleich. Incision de Mac-Burney. Dès l'ouverture du péritoine, s'écoule un peu de sérosité. L'appendice de siège rétro-cœcal présente des adhérences anciennes sans aucun caractère inflammatoire aigu. Par contre, on observe sur l'iléon terminal, à 2 centimètres de la valvule iléo-cœcale, une grosse plaque granuleuse rouge-vineux, de 6 à 7 cm. de long sur 2 cm. de large, siégeant sur le bord libre de l'intestin. L'épiploon y adhère fortement. Trois ou quatre cm. en amont de la lésion iléale siège une seconde plaque de même aspect, mais de dimensions plus restreintes. La palpation permet d'apprécier l'épaisseur considérable de ces lésions (1 cm. environ) et la présence de quelques ganglions mésentériques. Ces lésions du grêle ne semblent pas menacer la vitalité intestinale ou faire craindre une perforation. On décide de les abandonner sans les traiter, et on pratique l'appendicectomie. L'examen anatomo-pathologique de l'appendice (docteur Driessens) a montré une légère infiltration leucocytaire des parois.

Les suites opératoires sont simples. Les premières émissions gazeuses et fécales ont lieu dans les délais normaux. La défense musculaire disparaît définitivement. Les vomissements cessent. Par contre, la température persiste pendant 5 jours aux environs de 38°, et le pouls qui reste très accéléré (100-110) ne redevient normal qu'au 6e jour. Le 10e jour, on décide de faire pratiquer un examen radiographique. Le lavement opaque tenté ne peut franchir la valvule iléo-cœcale. Le malade refuse dès lors tout autre examen et sort le jour même. Nous avions le désir de le décider à subir des examens complémentaires, mais en nous rendant chez lui, nous avons appris que 5 jours après sa sortie de l'hôpital, soit 15 jours après l'intervention, en se levant, il était brusquement décédé. La rapidité de l'exitus repousse évidemment l'idée de lésion intestinale ou de péritonite secondaire. Seule l'embolie semble possible.

Notre malade présentait cliniquement un syndrome d'appendicite aiguë. L'intervention a mis en évidence des lésions iléales d'allure inflammatoire excluant toute affection néoplasique bénigne ou maligne du grêle. On pourrait nous reprocher l'absence de séro-diagnostic typhique ou paratyphique, mais il nous a semblé inutile, l'aspect des lésions n'ayant aucunement celui d'une hypertrophie des plaques de Peyer. L'aspect macroscopique éliminait également une affection bacillaire. Le seul diagnostic cadrant avec les lésions macroscopiques et le syndrome clinique était celui d'iléite terminale.

Depuis la description de Crohn, Ginzburg et Oppenheimer (1932), les travaux concernant l'iléite terminale se sont multipliés aux Etats-Unis où cette affection s'observe assez fréquemment. En Europe, et surtout en France, les cas d'iléite terminale sont beaucoup plus rares si l'on en juge d'après les publications de ces dernières années et cette maladie nouvelle qui pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques difficiles y semble assez mal connue. Les lésions de l'intestion grêle non tumorales et non spécifiques forment d'ailleurs un groupe assez confus dans lequel on rassemble diverses affections qui ne présentent peut-être entre elles que des différences de degré et dont la classification sera sans doute l'objet de bien des remaniements :

a) L'iléite régionale, épaississement simple des parois intestinales unique ou multiple. Elle répond au type que nous avons observé ;

b) Le phlegmon du grêle ou entérite phlegmoneuse où les lésions sont nettement inflammatoires, avec ulcérations et érosions de la muqueuse et petits foyers abcédés s'accompagnant souvent d'adénophlegmon mésentérique. Le phlegmon du grêle est assimilé par nombre d'auteurs à l'iléite terminale ;

c) Les ulcères simples de l'intestin grêle qui, comme le dit Lecène, ne sont pas des ulcères chroniques, mais des infections à tendance perforante. Caby dans sa thèse a pu en relever 130 cas ;

d) Les infarctus intestinaux dits « de nature indéterminée » sans grosses lésions vasculaires (thrombose mésentérique), sans origine vaso-motrice (infarctus par choc d'intolérance) où les lésions d'infarcissement sont d'origine infectieuse (Lecène).

Dans ces quatre affections les lésions histologiques sont à peu près identiques et le diagnostic clinique est également impossible. Seul l'aspect macroscopique semble différent, mais on peut observer tous les in-

termédiaires. « Il en est de l'iléite comme de l'appendicite : tous les degrés peuvent s'observer. » (Capette.)

La nature inflammatoire manifeste de la maladie de Crohn a amené les auteurs à rechercher sa cause dans un germe pathogène connu. On a incriminé le streptocoque, l'entérocoque, le bacille dysentérique, le colibacille sans pouvoir en fournir la preuve ; la réaction de Frei s'est toujours montrée négative.

Jackmann classe en 4 groupes les causes favorisant l'apparition de l'iléite terminale :

a) Causes anatomiques. — Anomalies anatomiques de l'iléon, du cœcum et de leur vascularisation, éléments qui favorisent la stase cœcale.

Lardennois insiste encore récemment sur ces causes importantes : stase de la fin de l'iléon et irrigation artérielle précaire de ce segment intestinal répondant aux branches terminales de la mésentérique.



Iléite terminale. Deux plaques inflammatoires sur la fin de l'iléon. Adénopathie mésentérique. L'appendice, rétro-cœcal, était macroscopiquement sain.

b) Causes accidentelles. — Torsion, coudure, invagination, corps étrangers.

c) Causes neuro-musculaires. — Celles de l'hypertrophie du pylore ou de la maladie de Hirschprung.

d) Causes inflammatoires : l'appendicite aiguë ou subaiguë. — Ces lésions appendiculaires subaiguës ne sont-elles pas à l'origine de l'iléite. On pourrait admettre que cette appendicite ait occasionné des lésions vasculaires ascendantes de l'artère mésentérique à sa terminaison et que ces lésions aient déterminé une plaque de sphacèle sur le bord libre du grêle. La localisation de la lésion à la fin de l'iléon, son siège au bord libre de l'intestin renforcent cette opinion, d'autant plus que ce processus explique certaines lésions des parois cœcales (typhlites appendiculaires de Fiolle). Mais dans nombre d'observations l'appendice était sain. Cette pathogénie peut donc être repoussée.

D'ailleurs Lardennois propose d'éliminer toutes les iléites secondaires, c'est-à-dire répondant à une lésion de voisinage : foyer inflammatoire appendiculaire, annexiel, sigmoïdien, péritonite plastique post-appendiculaire, périviscérite, etc...

En ce qui concerne l'iléite primitive les lésions macroscopiques sont d'aspect très différent suivant les cas et le degré d'évolution de l'affection. La plaque d'iléite, d'aspect granuleux, rouge, œdémateuse, siège aux abords de la valvule iléo-cœcale. Ses dimensions varient en longueur de quelques cm. à 1 m. 80 (Peters). Elle se localise généralement au début sur le bord libre du grêle, mais peut devenir circulaire et sténosante.

La perforation peut se produire, mais elle est souvent limitée par des adhérences et donne naissance à des fistules intestinales complexes cutanées, coliques (Konig) ou vésicales (Kropweld) (Ten Kate). Lardennois vient de signaler une fistule iléo-transverse de cette origine.

Dans certains cas le cœcum présente des lésions analogues à celles qu'on observe sur l'iléon. L'atteinte des ganglions mésentériques est presque constante. Parfois même des collections purulentes peuvent se développer dans le mésentère. (Capette.)

Généralement la plaque d'iléite est unique. On n'observe que très rarement, comme dans notre cas, des lésions multiples.

Histologiquement, il s'agit de lésions ayant le caractère d'inflammation banale sans spécificité. Les tuniques intestinales sont très infiltrées, notamment la sous-muqueuse. La muqueuse présente souvent des signes inflammatoires ou des végétations polypeuses. (Peters.)

L'iléite terminale se présente cliniquement sous des aspects très variables.

Dans sa forme aiguë, elle simule en tous points l'appendicite et l'intervention seule réforme le diagnostic. Cette forme abandonnée à elle-même évolue soit vers la résolution spontanée, soit vers la perforation en péritoine libre, soit vers la chronicité.

Les formes chroniques sont fréquentes.

La forme occlusive se caractérise par des phénomènes de subocclusion s'installant progressivement. Les examens cliniques et radiologiques décèlent une sténose iléale qu'on attribue généralement à une néoplasie maligne.

La forme diarrhéique, beaucoup plus rare, s'accompagne de selles fréquentes, le plus souvent sanglantes. Dans cette forme, l'état général est souvent touché. L'examen de la fosse iliaque droite met en évidence une masse douloureuse qui semble en rapport avec une tuberculose iléo-cœcale, une invagination chronique ou un cancer. Capette vient de rapporter à l'Académie de Chirurgie deux cas de cette forme diarrhéique.

Dans la forme fistuleuse, c'est l'apparition de fistules au niveau de la paroi abdominale antérieure qui attire l'attention. Ici encore la palpation révèle une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. L'observation de Lardennois (*Bull. Acad. Chir.*, 1937) pourrait être rapprochée de cette forme fistuleuse de l'iléite régionale. La fistulisation peut également se produire dans un organe creux (côlon, vessie).

L'examen radiographique fournit dans les formes chroniques d'intéressants renseignements. Il montre

le défaut de remplissage de l'iléon et du cœcum, le caractère anormal du contour de la dernière anse iléale, la stase de l'iléon. Mais le seul signe qui puisse permettre de rattacher la sténose iléale à une iléite terminale est le signe de Kantor. Ce signe consiste en un rétrécissement très allongé en ficelle de l'iléon terminal. Sur sa constatation certains auteurs ont pu porter le diagnostic avant l'intervention.

En présence de formes cliniques aussi diverses les indications opératoires seront très variables.

1) Dans les formes aiguës.

L'abstention s'imposerait, car nombre de cas évoluent vers la guérison spontanée. Mais le diagnostic habituel d'appendicite conduit à l'intervention.

Le diagnostic opératoire n'est pas toujours facile. En présence d'un syndrome abdominal aigu, quand on ne trouve rien à l'appendice ni à l'estomac, il faut examiner l'iléon terminal qui peut montrer des lésions d'iléite ou de diverticulite de Meckel. (Sénèque.) Sur la vue de telles lésions quelle décision pourra prendre le chirurgien ? Plusieurs solutions sont possibles.

a) Réintégration simple sans traitement des lésions du grêle. — Le chirurgien compte sur la résolution spontanée et l'effet du traitement médical ultérieur. Bien que la guérison soit habituelle dans de tels cas, ce n'est pas sans inquiétude que l'opérateur abandonnera dans l'abdomen cette anse où les risques de perforation ne sont pas négligeables. Landois a dû réintervenir le lendemain pour réséquer l'anse qu'il avait cru pouvoir réintégrer.

b) Entérostomie à la Witzel. — Cette conduite semble paradoxale au premier abord quand il n'existe pas d'occlusion intestinale. Elle a pour but de mettre au repos le segment enflammé, mais ne peut avoir aucune action sur l'évolution ultérieure et les récidives. Elle reste une opération de nécessité qui a donné à Capette et Boutron de bons résultats immédiats.

c) Résection intestinale. — Qu'elle soit faite en un temps (anastomose termino-terminale avec au besoin entérostomie de décharge sus-jacente) ou en deux temps, elle impose au malade un risque important ou un traitement prolongé. La résection s'impose dans les cas où la lésion est profonde, étendue ou perforée, mais tous les cas intermédiaires posent un problème opératoire délicat. Ce sera là une question d'espèce impossible à résoudre à l'avance.

2) Dans les formes chroniques.

a) Formes avec subocclusion, fistules ou syndrome diarrhéique.

La résection iléale ou iléo-cœcale complétée par une iléo-transversostomie est le traitement de choix.

b) Formes occlusives. Une entérostomie précédera la résection.

La résection ne met pas toujours à l'abri d'une récidive.

Koster sur 75 résections note 10 à 15 % de récidives. Nombre de ces cas furent réopérés avec succès. Les rechutes peuvent d'ailleurs s'observer très tardivement.

Jackson opéra pour appendicite aiguë en 1909 une femme qui présentait un épaississement considérable de l'iléon terminal. En 1929 la malade est réopérée pour phénomènes occlusifs. La fin du grêle montre des lésions typiques d'iléite régionale (vérification histologique). L'opérateur pratique une résection. En 1935 de nouveaux phénomènes occlusifs obligent à réintervenir. La récidive s'est produite sur le cœco-ascendant. Elle nécessite une hémicolectomie droite. La malade se trouve actuellement en parfaite santé.

On voit la difficulté du choix d'une technique adaptée à chaque cas. C'est pourquoi les lésions d'iléite terminale sont intéressantes à rechercher et à étudier pour tendre à clarifier des notions encore imprécises.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL de la LÈPRE

L'expérience des léprologues du monde entier vient de nous être exposée au Congrès international de la lèpre, au Caire, en mars dernier.

L'intérêt des communications qui ont été lues se rapporte à tous les chapitres que pose le problème de la maladie.

Les réactions et méthodes qui permettraient de poser un diagnostic précoce ainsi que l'étude des divers traitements retiennent le plus l'attention.

Auparavant, notons plusieurs mémoires importants sur la tendance à croître ou à régresser de la maladie, sur la gravité de l'évolution selon l'influence de l'âge, du sexe, de la race, sur l'incubation, la contagion, l'immunité.

***

Géographie. — En Europe, la lèpre est nettement en déclin. Disparue complètement en Pologne, il n'y a eu aucun nouveau cas, depuis 1933, en Suède, où se trouvent 10 lépreux, au total. Même régression en Islande, depuis 1926 en particulier, puisqu'il n'y a eu que 3 nouveaux cas en 1933, 2 en 1934, 1 en 1937.

En est-il de même hors d'Europe ? La lutte efficace ne peut progresser que très lentement dans certains pays, tels les Indes, le Cambodge, etc., tant que le niveau de la vie et de l'hygiène restera médiocre.

En Egypte, où nous ne devons plus croire, selon A. Bloom, à la réputation de l'ancienneté de la maladie remontant au temps de Moïse et des Pharaons, il n'y a pas encore de comparaison possible avec d'anciennes statistiques. Il en est de même pour l'Iran, où la lutte ne fait que commencer sur des bases officielles. Pour le même motif, ne doit-on pas s'étonner de trouver au Congo belge des lépreux de plus en plus nombreux, puisque, le fait remarquer A. Dubois, on les recherche davantage.

Au Brésil, H. Souza de Araujo considère qu'il y a 75 lépreux sur 100.000 habitants.

***

Sensibilité. Evolution. Classification. — Chez les Pygmées, R. Vanbreuseghem pense que, si la lèpre touche beaucoup d'individus, elle ne développe que très rarement, plus rarement que chez les noirs des autres races, des lésions graves, tubéreuses ou mutilantes ; la proportion des lépreux est de 3 hommes pour 2 femmes.

Au Brésil, la sensibilité au virus demeure égale pour l'Européen transplanté et pour l'indigène.

Nelson de Souza Campos et Lauro de Souza Lima considèrent que les formes tuberculoïdes de l'enfant régressent spontanément ou sous l'influence du traitement.

D'une manière générale, il semble que, dans les pays cultivés ou de moyenne culture, les formes nerveuses soient plus fréquentes que les formes cutanées : 7 nerveuses pour 3 cutanées en Suède, 40 pour 22 à Assiut, en Egypte, à Madras, à São-Paulo du Brésil.

Cette classification en formes « nerveuse » ou « cutanée », mal définie, prête encore à discussion, puisque certains auteurs tels que R.-G. Cochrane et Paul Raj (Madras), considèrent que les lésions hypopigmentées, mal définies, de l'enfance doivent être rangées dans les formes cutanées, dont elles annoncent souvent l'éclosion.

Mac Dowell et de Moura Costa (Rio de Janeiro) rapportent deux observations de lèpre nerveuse, sans le moindre trouble de la sensibilité, avec uniquement des troubles moteurs dus à l'amyotrophie des extrémités.

Dans le but d'éviter ce manque de clarté, S.-W. Chatterji (Bengale) propose une classification internationale ainsi conçue : *a*) troubles sensitifs ; *b*) troubles cutanés ; *c*) concentration de bacilles dans les lésions cutanées.

A. Rotberg apporte une classification basée sur la notion d'anergie et d'allergie, d'après l'examen de tests à la léproline, chez 1.529 lépreux et individus sains.

Incubation. — L'accord demeure sur la longueur de l'incubation. En faveur de cette assertion, citons l'âge de onze ans du plus jeune lépreux, dépisté à Assiut, en Egypte, et l'absence de tous signes cliniques ou bactériologiques relevés par Estève Georges, au Cambodge, chez 14 femmes cohabitant intimement, depuis des années, avec des lépreux.

Flandin et Ragu décrivent une période prédermatologique de la lèpre qu'ils distinguent en forme hectique, arthralgique ou pseudo-palustre, selon la prédominance des symptômes.

Clinique. — Plusieurs auteurs étudient les complications oculaires de la lèpre. Les cas graves, pour S. Huizinga (Chine), se basant sur 500 observations, sont plus des localisations secondaires que primitives du bacille de Hansen. Quant à Mahmoud Riad Bey (Caire), il n'a jamais pu déceler, sur 110 cas, une lésion du fond d'œil, alors que toutes les autres parties de l'organe visuel peuvent être atteintes.

Contagion. — Cette question si importante ne trouve pas toujours de réponse précise, pour la lèpre humaine. Personne ne met en doute la contagion, mais nombreux sont les auteurs qui croient au peu de contagiosité : Estève Georges, d'après les faits cités antérieurement, des quelques cas de cohabitation de longue durée de femmes demeurant indemnes avec leurs maris lépreux ; Kirsche, qui pense que l'isolement des lépreux est surtout d'ordre moral et sentimental, car le lépreux fait peur. « Il semble que la lèpre soit contagieuse », dit-il. Lee-S. Huizenga (Chine) demande que l'on démontre de manière catégorique le danger de la contagion avant d'obliger les malades à quitter leurs affaires et leurs habitations pour la cure de traitement.

P.-H. Lampe (Batavia) considère que plus grand est le nombre de personnes en contact avec une source d'infection, plus nombreuses se rencontrent les conditions qui favorisent l'éclosion de nouveaux cas de lèpre.

De même, Kœslan (Java) constate le parallélisme entre la morbidité et les occasions de contact :

Au domicile, la morbidité atteint 104 p. 1000 ; dans les villages, 1,778 p. 1.000 ; dans les agglomérations plus grandes, 0,634 p. 1.000. Les individus dont le contage avec des lépreux ne peut être prouvé donnent un pourcentage de morbidité de 0,295 p. 1.000.

Souza Campos remarque la fréquence des formes tuberculoïdes de la lèpre chez les enfants qui ont été en contact avec des formes cutanées, et pense à la grande contagiosité de celle-ci.

La contagion indirecte, par les mouches, semble très vraisemblable pour Marchoux et Chorine.

D'autre part, ces auteurs, d'après les expériences faites sur le rat, montrent que le bacille de Stéfansky peut traverser les muqueuses intactes (conjonctives, amygdales, muqueuses digestive et génitale), pour se multiplier dans tout l'organisme : quelques bacilles déposés sur la conjonctive provoquent une infection qui s'étend rapidement au ganglion orbitaire interne, à la glande de Harder et aux ganglions sous-maxillaires.

Les Japonais Ota et Sato, de leur côté, ont inoculé 8 poulets avec des suspensions de bacilles lépreux, murins et humains. Leurs résultats paraissent identiques pour l'un ou l'autre bacille et pourraient donner, disent-ils, quelques renseignements sur la première génération des microbes.

Allergie. Immunité. — Toujours sur le plan expérimental, Marchoux et Chorine constatent qu'une deuxième inoculation de bacilles de Stéfansky, même si on la fait dix mois après la première, ne donne jamais lieu au phénomène de Koch, et que les surinfections provoquent *in situ* le même processus histologique. Reider Melsom (Bergen), chez le cobaye réfractaire à la lèpre-maladie, a obtenu, après inoculation dans le derme de nodules lépreux humains broyés, des intradermo-réactions à la tuberculine, très fréquemment positives, avec nécrose même. Cette sensibilité a persisté un an. L'autopsie des cobayes n'a jamais montré de lésions macroscopiques ou microscopiques tuberculeuses ; d'ailleurs, Melsom avait pris la précaution d'ensemencer les émulsions sur milieux de Lowenstein, de Besredka et de Patroff, mais sans succès.

Marchoux et Tanguy, avec du matériel lépreux murin inoculé sous la peau des cobayes, constatent la sensibilité des animaux à la tuberculine (au moyen de cuti-réactions), tant que persistent, au point d'inoculation, les bacilles injectés.

Dans la lèpre tuberculoïde de l'enfant, très distincte de celle de l'adulte, pour Souza Campos (São-Paulo), le fait des guérisons spontanées, ou après traitement, démontre le pouvoir élevé de l'immunité des enfants.

Diagnostic. — Les efforts portent sur le diagnostic établi par :

a) La constatation du bacille de Hansen, ou

b) L'examen histopathologique, ou

c) La lecture de diverses réactions.

a) C. Lombardo (Pise) recommande de rechercher, par des injections de bleu méthylène, la présence des bacilles *in vivo*. Il ajoute que la coloration peut être obtenue aussi, dans certains cas, par les tissus capables de produire une réduction.

F.-M.-A. Legendre (Phnom-Penh) rapporte, par le procédé de la goutte épaisse, prise après scarification au vaccinostyle, 107 cas positifs, sur 344 lépreux ou suspects. En l'absence d'examen histopathologique préférable, dit-il, mais délicat, il recommande ce procédé, si on a le soin de prendre la goutte au niveau des lésions suspectes de la peau et non à la pulpe du doigt, comme le préconisent Sardjito et Sitanala-Kirsche pense aussi que la meilleure méthode est le prélèvement au niveau des lésions, en attendant le recours aux biopsies.

Conrad Birkhaug a présenté une critique des soi-disant cultures de bacilles lépreux.

Dubois, se basant sur son matériel congolais, ne croit pas qu'il soit possible de trouver toujours des bacilles, ainsi que Lie l'affirme ;

b) Cet auteur ne pense pas non plus qu'une structure spécifique ou, en tout cas, assez caractéristique puisse apporter chaque fois une confirmation importante au diagnostic. L'opinion inverse est partagée par Wade d'une part, Lefrou et Querangal des Essarts, d'autre part.

Il semble d'ailleurs que l'accord ne pourra se faire immédiatement par l'examen histopathologique, tant qu'une entente internationale ne viendra déterminer, de façon précise, les mots que l'on emploie. Dans ce sens, de Souza Araujo apporte une communication où il montre qu'une grande confusion provient, à son avis, du mauvais usage de *globi* et *globies*.

Globi (Neisser) signifie un élément histopathologique ; *Globies* (Marchoux) signifie un élément bactériologique, un élément zoogléique. Lui-même ne fait pas de distinction entre les globies, constitués par les bacilles de Hansen, et les amas, dus aux bacilles de Stéfansky.

D'autre part, Ermakowa, dans le service de Kedrowsky, signale que, dans les formes tuberculoïdes, on rencontre parfois des fantômes de bacilles acido-résistants, mais quand on colore au violet de gentiane, d'après la méthode de Much, on constate la présence de nombreux bacilles de Hansen.

c) **Réactions.** — Ch. Flandin et Y. Ragu, par injections intradermiques, à la dose de 1/10 à 3/10 de centimètre cube de diverses substances (solutions salines, iso, hypo ou hyper-toniques, huiles, etc.), constatent un phénomène double chez les lépreux : 1° la persistance de la papule souvent plus étalée et plus infiltrée ; 2° l'afflux local des bacilles de Hansen.

En intradermo-réactions encore, Rabello junior, Thiers Pinto et Gilberto G. Villela ont obtenu, en utilisant la fraction non lipide, extraite de tissu lépreux, un antigène de valeur au moins égale à celui de Mitsuda. Les plus fortes réactions s'obtiennent dans les lèpres tuberculoïde et maculeuse ; les plus faibles ou l'absence de réactions dans la forme lépromateuse.

L'isolement, par épuisement successif de substances actives, dans le lépreme du rat, pour la réaction de déviation du complément avec le sérum de lépreux, a permis les conclusions suivantes aux docteurs Marchoux, Machebœuf, Chorine et M. Lévy :

L'extrait éthéré ne possède aucune activité ; l'extrait méthylique, aucune spécificité ; l'extrait acétonique, peu actif, spécifique pour le sérum de lépreux tubéreux, ne répond pas toujours à la lèpre nerveuse. L'extrait éthylique à chaud présente, d'un échantillon à l'autre, de grandes variations d'activité qui dépendent probablement du degré d'extraction méthylique. L'extrait aqueux, inactif après traitement des lépromes par l'alcool, renferme, au contraire, les substances actives, si l'alcool ne les a pas préalablement retirées.

Les extraits des lépromes humains leur ont donné des résultats identiques.

Row et Dalal et Kamala Bhagwat, avec un antigène, obtenu par lysat de cultures de bacilles tuberculeux, notent des résultats positifs forts, dans la lèpre nodulaire. Leurs réactions se divisent en trois catégories, suivant le type des lésions, plus ou moins riches en bacilles : cutané, tuberculoïde ou nerveux.

Rabello junior, Machade et Thiers Pinto signalent aussi une différence des résultats avec la réaction de Wetebsky-Klinginstein-Kuhn selon les formes cliniques de la lèpre nerveuse :

68 p. 100 positives : formes nerveuses pures ;
60 p. 100 positives : formes maculeuses simples ;
25 p. 100 positives : formes tuberculoïdes.

Moacyr de Souza Lima (Sâo-Paulo) confirme l'étude de Lefrou et Auffret touchant la constitution biochimique du sang des lépreux, en ayant examiné chez eux le rapport

sérines-globulines. Sur 250 cas, il n'y a que 6 p. 100 d'erreurs. Il note, dans les formes actives de l'infection, une inversion, précoce, du rapport. Le retour à la normale se fait progressivement avec la rémittence de la maladie.

Traitement. — En l'absence de remèdes spécifiques, Muir insiste sur la nécessité d'une bonne hygiène générale.

La crainte des réactions dues aux dérivés *iodés* ne doit pas en faire rejeter l'usage, pour cet auteur, car on peut les éviter en certains cas. Goldfeim résume les propriétés physico-chimiques de la *chlorophylle* et l'action physiologique de ce produit chez la plante normale et malade, chez l'animal et l'homme sains, chez le lépreux.

La *vitamine B* synthétique, en injections quotidiennes, a donné des améliorations évidentes dans les cas de lèpre nerveuse, entre les mains de Villela et Recha.

Mais c'est surtout le chaulmoogra, qui reste encore le grand médicament contre la lèpre, utilisé sous forme d'huile ou d'éthers, sans préférence évidente pour l'une ou l'autre de ces formes, mais à doses plus fortes que celles généralement employées. Martin Vegas (Vénézuela) voudrait des conditions permettant de comparer les expériences des léprologues du monde entier.

Cole et Cordosa, au Brésil, discutent diverses méthodes d'analyse des huiles de chaulmoogra et les moyens d'éviter les réactions irritantes dues aux éthers.

Le Querrec conclut à l'inactivité totale de l'insaponifiable huile de chaulmoogra.

De Moura Costa obtient des résultats remarquables avec de fortes doses d'éthers « aniodized » (3 injections de 10 centimètres cubes par semaine). Jolly, Adyer et Auffret, avec un traitement poursuivi sans interruption pendant des années, rapportent les résultats qu'ils obtiennent avec de l'huile de chaulmoogra totale, préparée selon la méthode de Lefrou et Auffret, par élimination de l'acidité libre de l'huile, au moyen de lavages successifs à l'alcool, qui abaisse le taux de l'acidité aux environs de 2 p. 100, en acide oléique, sans entraîner de modifications des autres caractères de l'huile.

Pierre Baranger montre le pouvoir d'association du cholestérol et des édifices aminés à caractère lipoïdiques. L'application aux dérivés chaulmoogriques permet d'obtenir une solution injectable dans les veines, que Ch. Flandin et Jean Ragu ont étudiée : tolérance de doses élevées d'extraits chaulmoogriques 0 cgr. 04 à 0 cgr. 20) sans réaction générale dangereuse et sans altération des veines, d'une part ; action sur les poussées fébriles, rapidement enrayées, d'autre part, et disparition des bacilles dans les sécrétions, tant que le malade est sous l'influence du traitement.

D'autres méthodes de traitement associé sont préconisées : de Souza Araujo pratique, depuis dix ans, le traitement éclectique physico-chimique.

Montel considère le bleu de méthylène comme adjuvant très utile du traitement chaulmoogrique.

Gass a recours aux tartrates d'antimoine et de potasse, au mercurochrome, au trypanbleu, au venin de cobra, aux injections de lait, à la diathermie, à la décapsulation des nerfs, à la chirurgie pour la nécrose des os.

Le professeur Paldrock (Esthonie) affirme guérir la lèpre par la mise en jeu d'une auto-immunité, dont il développe le mécanisme.

Le côté social est envisagé à peu près sous le même angle, dans les continents, par l'existence de dispensaires et cliniques, et par l'isolement des lépreux, parfois même obligatoire.

Lee S. Huisenga donne la préférence aux cliniques, bien organisées, et pense que le dépistage serait aussi plus exact.

Aux Indes hollandaises, Sitanala montre tout le bien qu'on peut attendre de l'isolement volontaire et d'une coopération entre malades et bien portants.

Santra (Inde) indique comment la propagande est organisée pour instruire la population.

Un essai de colonie agraire lépreuse, ouverte en 1931, au Congo belge, semble très intéressant. A São-Paulo, l'administration de l'hôpital des lépreux comporte, nous informe de Salles Gomes, le moins possible d'individus sains. Au Brésil, les organisations privées, sous autorité technique, aident à la lutte antilépreuse, par la protection des enfants sains de lépreux, l'assistance aux victimes de la lèpre et à leurs familles, l'aide à la sortie des hôpitaux, etc.

Souza Lima fait passer un film qui montre l'effort considérable fait au Brésil, dans l'Etat de São-Paulo, pour lutter contre la lèpre.

Une exposition de ce qui est entrepris dans tout le Brésil est impressionnante.

CONCLUSIONS

Le Congrès s'est terminé par la discussion de résolutions portant sur la classification, le traitement, l'épidémiologie. Il a été décidé que le prochain Congrès se tiendrait à Paris, en fin juin 1943, avec le concours de la Société internationale de la lèpre, dont le Dr Marchoux a été nommé président.

Association de la Presse médicale française.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA LIBERTÉ DE PRESCRIPTION

La loi de 1930 prescrivait qu'il serait établi une liste des spécialités pharmaceutiques seules susceptibles d'être remboursées aux Assurés sociaux.

A peine cette liste était-elle commencée que la tentative fut étouffée, si bien que, jusqu'en octobre 1935, il n'en fut plus question.

A ce moment parurent les néfastes décrets-lois dont le Corps médical ne surveilla pas suffisamment la rédaction et négligea les conséquences. Ce fut, pour les Caisses, qui, elles, s'en étaient fort activement occupées, l'occasion de reprendre sous une formule nouvelle la limitation de la liberté de prescription : les diverses spécialités pharmaceutiques pourraient être soumises à des tarifs de responsabilité particuliers, donc différents.

A ce moment, fonctionnait encore, dans la Région parisienne, une commission paritaire qui permettait de discuter directement avec les Caisses les points litigieux d'application de la loi. Cette question fut naturellement évoquée ; mais, malgré le recours à des compétences particulières, on dut bientôt renoncer à un projet que, par ailleurs, nos conseils juridiques considéraient comme fort dangereux.

Aussi ne conçoit-on guère que cette idée ait été resssuscitée et que, dans le plus grand mystère, ce qui était peut-être plus commode, mais ce qui risquait aussi de prêter à critique, une commission ait établi une liste des spécialités pharmaceutiques avec des coefficients de remboursement différents.

Cette pratique consiste essentiellement à attribuer à ces spécialités une valeur fixée pour un traitement déterminé, absolue et exclusive pour les unes, moitié moindre pour les autres, presque nulle pour les dernières ; une telle conception qui, qu'on le veuille ou non, découle de cette discrimination, est contraire à toute notion médicale, car elle revient à n'envisager que la maladie et à faire abstraction du malade : elle se rapproche de celle des empiriques anciens, lors de leur décadence, car elle en arrive fatalement, elle aussi, à s'attacher davantage à la connaissance des médicaments qu'à celle des maladies ; ainsi on s'éloigne encore

plus de ce qui est et demeure primordial en médecine, le malade.

Non seulement on s'en éloigne, mais il se trouve pénalisé, si, d'aventure, il tolère mieux un médicament remboursé à un taux inférieur qu'un autre remboursé au maximum.

Ce qui aggrave encore l'erreur ainsi commise, c'est que la différence établie arbitrairement entre les diverses spécialités pharmaceutiques est considérable ; quatre catégories ont été instituées : la première avec remboursement de 80 p. 100, la seconde de 80 p. 100 jusqu'à 25 francs et de 60 p. 100 au delà, la troisième de 40 p. 100 et la quatrième de 10 p. 100.

S'il est admis que tel produit est remboursé à 80 p. 100 et tel autre à 40 p. 100, cela ne peut correspondre qu'à une différence parallèle de valeur thérapeutique : en effet, dans une affaire intéressant la santé publique, c'est la seule valeur qui puisse raisonnablement être prise en considération.

Sur quoi alors a bien pu se baser la commission pour établir une telle différence ? Comment n'a-t-elle pas pensé aux malades dont les réactions et la tolérance vis-à-vis des médicaments est si variable ?

Nous ne savons encore quelles peuvent bien être les spécialités qui ne bénéficient que d'un remboursement de 10 p. 100 ; mais si, parmi elles, se trouvaient des médicaments que certains malades pourraient seuls tolérer, si pour ces malades exceptionnels ils présentaient une valeur thérapeutique certaine, ceux-ci seraient pénalisés de 70 p. 100 par rapport à la première catégorie.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, il n'en reste pas moins que la liberté de prescription du médecin praticien se trouve singulièrement diminuée. Il est bien certain que, sous ce singulier régime, ceux qui voudront soigner des Assurés sociaux devront se cantonner dans les spécialités bénéficiant du remboursement maximum ; sans quoi les malades ne manqueront pas de leur reprocher de ne pas avoir tenu mieux compte de leurs intérêts matériels, et cela d'autant que, s'ils se plaignent aux Caisses de l'insuffisance du remboursement, celles-ci tiendront toutes prêtes des listes de praticiens ne prescrivant que les spécialités de la première catégorie. En fait, c'est la caporalisation de la thérapeutique.

Mais il est un autre point de vue qui, pour ne pas être seulement médical, n'en mérite pas moins d'être envisagé. Actuellement, l'industrie des spécialités pharmaceutiques est une des rares qui permettent d'exporter avantageusement des produits français.

Or, encore une fois, qu'on le veuille ou non, lorsqu'une liste officielle aura catalogué ces spécialités suivant les coefficients de 80, 40 et 10 p. 100, il est hors de doute qu'un discrédit sera apporté à celles qui auront les coefficients inférieurs ; les étrangers n'auront pas plus de raison que la Commission d'accorder une valeur supérieure à leur coefficient à celles qui auront été ainsi discréditées. On peut même penser que ce discrédit risquera fort de rejaillir sur l'ensemble, car les services de propagande étrangers ne manqueront pas de souligner une telle dévaluation officiellement proclamée par les nationaux eux-mêmes. Et la désaffection qui s'ensuivra ne pourra qu'atteindre indirectement la médecine française.

Il apparaît que les travaux de la Commission qui a abouti à de telles erreurs ne sont avantageux ni pour la médecine, ni pour le pays.

A. HERPIN.

Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (infarctus viscéraux), par Raymond GRÉGOIRE et Roger COUVELAIRE. Un vol. de 182 pages. Prix : 50 fr., chez Masson et Cie. 1937.

CROISIÈRES

Croisière de « Bruxelles Médical » dans les mers arctiques. — Notre excellent confrère *Bruxelles Médical* organise pour cet été (19 juillet au 12 août) une croisière en Norvège et au Spitzberg avec retour par le Danemark. Prix depuis 5.500 francs français en 1re classe et 2.500 fr. français en classe touriste, sur un paquebot français de 15.000 tonnes.

Programme et inscriptions : *Bruxelles Médical*, 141, rue Belliard, Bruxelles.

Un circuit-croisière vers l'U.R.S.S. — Du 3 au 20 août, un voyage médical est organisé par l'Intourist (Berlin, Varsovie, Kiev, Moscou, Leningrad). Retour de Leningrad à Anvers par le S.S. *Smolny*.

Prix, tout compris : 5.200 francs. Inscriptions et renseignements à l'Intourist-France, 12, rue Auber, Paris.

Une Croisière internationale de l'hygiène (sous le patronage des grandes associations françaises et internationales de l'hygiène), aura lieu à bord du S/S *Hellas*, du 5 au 22 août 1938. (Venise, Dubrovnik, Delphes, Athènes, Mt Athos, Istambul, Delos, Santorin, Olympie, Venise). — Renseignements : le Voyage en Grèce, 4, rue de l'Echelle, Paris. Tél. : Opéra 61-21.

PRATIQUE MÉDICALE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ANÉMIE GRAVE PAR CARENCE MARTIALE ET NOTAMMENT PAR HÉMORRAGIE

d'après les professeurs G FONTÈS et L. THIVOLLE (1)

Dans l'anémie secondaire expérimentale, les réserves hématopoiétiques étant épuisées et le poids ayant considérablement baissé, le problème à résoudre est double : refaire de l'hémoglobine et refaire du poids.

Pour que les deux processus ne se limitent pas réciproquement, il convient de considérer la ration de base comme destinée à la réfection pondérale, la reconstruction de l'hémoglobine devant être assurée par une alimentation particulière. Or la globine est de constitution chimique très spéciale.

Il est donc logique de l'adjoindre à la ration de l'anémique en même temps que les autres facteurs de l'hématopoïèse déjà connus : fer, cuivre, tryptophane et histidine. Le calcul permet d'équilibrer tous ces facteurs et conduit à la notion de la « thérapeutique anti-anémique équilibrée et totale ».

Il est aisé de combiner le fer et le cuivre à la globine.

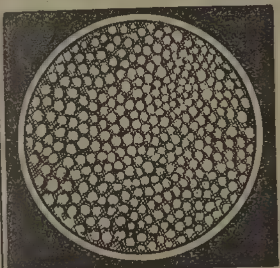
Ces combinaisons sont d'une richesse exceptionnelle en métal et, de plus, instantanément et totalement ionisables par le suc gastrique.

L'administration orale simultanée au chien anémique nourri de riz et de lait, de globine, globinates de fer, de cuivre et de manganèse et enfin de tryptophane et histidine en quantités équilibrées et sous forme de comprimés de globinofer, permet d'obtenir des résultats excessivement probants non seulement en médecine expérimentale, mais aussi dans l'anémie humaine (hépatite, anémie secondaire, anémie post-infectieuse, anémie par trichocéphales, etc.), résultats qui sont constatés par une reprise très rapide et très importante du poids, de l'hémoglobine et des hématies.

(1) Travail de l'Institut d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie de la Faculté de médecine de Strasbourg, in : *Le Sang*, G. Doin, éditeur, Paris, 1936, n° 9, tome X.

LORAGA

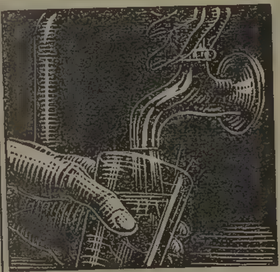
Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.

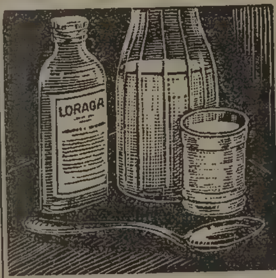
Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA

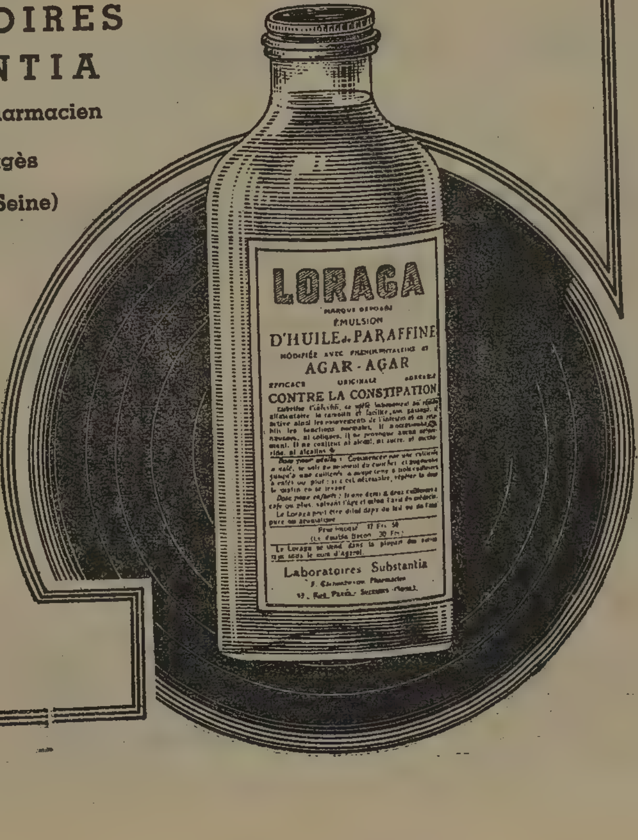
M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES STÉNOSES DU PYLORE

C'est un syndrome qui :

— Anatomiquement, répond à une diminution de calibre de l'orifice pylorique, s'opposant à l'évacuation normale du contenu gastrique dans le duodénum.

— Cliniquement, se manifeste par un signe capital : la présence *habituelle* de débris alimentaires décelables dans le liquide gastrique recueilli *à jeun*, et venant signer la stase.

DIAGNOSTIC POSITIF

Nous décrirons la forme typique de sténose *organique*, *permanente*, progressive, entraînant un état de rétention gastrique *durable*, nous réservant de décrire ensuite des formes cliniques moins franches, parmi lesquelles prendront place les formes de rétrécissement intermittents ou spasmodiques.

Le syndrome pylorique.

Son apparition est souvent masquée par les signes de la lésion en cause, et ce n'est qu'artificiellement que l'on individualise dans son évolution deux phases, conditionnées par l'état de tonicité de la musculature gastrique :

— D'hypertonie ;

— D'atonie.

A. Phase de lutte.

S. F. — Deux symptômes capitaux amènent le malade à consulter : ce sont des douleurs et des vomissements, dont l'horaire *tardif* bien particulier devra être soigneusement étudié par un interrogatoire minutieux dont on connaît toute l'importance en pathologie digestive.

a) Douleurs :

— Nettement rythmées par les repas ;

— A horaire tardif.

3 à 5 heures après le repas, à type de crampes, siégeant dans la région épigastrique, permanentes, mais d'intensité croissante jusqu'à l'apparition de :

b) Vomissements, d'ailleurs souvent provoqués par le malade, qui calme ainsi sa douleur. Fait essentiel : ce sont des vomissements *de stase*, contenant des *débris alimentaires* ingérés la veille.

S. Ph.— L'examen clinique permet à lui seul d'affirmer la sténose, par la constatation de :

a) Signes de réaction gastrique :

— *Ondulations péristaltiques*, signe de grande valeur.

Parfois spontanément visibles sous une paroi mince sous laquelle se dessine un mouvement de reptation progressant de gauche à droite.

Souvent elles demandent à être recherchées avec soin, à jour frisant, après les avoir provoquées par une percussion légère de l'épigastre.

— *Tension intermittente de l'épigastre.*

A la palpation on sent l'estomac se durcir en boule dure sous la main.

b) Signes de stase, inconstants à cette période où la tonicité gastrique est conservée ; se manifeste par l'existence de *clapotage* recherché 8 à 12 heures après le dernier repas.

Des examens complémentaires, en confirmant le diagnostic, viennent préciser le degré de la stase et donner d'utiles directions dans la recherche étiologique.

a) Tubage gastrique :

Chez un malade à jeun depuis 12 heures, pratiqué à plusieurs reprises, il permet de retirer d'une façon constante 200 à 500 cm³ d'un liquide malodorant, laissant déposer des débris alimentaires du repas de la veille, plus ou moins digérés, mais toujours *macroscopiquement* décelables.

Après repas d'épreuve ou injection sous-cutanée d'histamine, permet d'étudier le chimisme gastrique et la présence quasi constante d'acides de fermentation.

b) La radioscopie gastrique, examen fondamental, montre :

— A jeun : la présence d'une couche de liquide de stase qu'extériorise le phénomène classique de la chute de la baryte en « flocons de neige » constatée après absorption du repas.

— De plus, on observe une exagération du péristaltisme gastrique. Et, malgré des contractions gastriques violentes et intermittentes, le rythme de l'évacuation gastrique est profondément modifié :

— Le pylore semble imperméable : les passages de la baryte dans le duodénum sont courts et fragmentaires. Le bulbe duodénal ne s'injecte pas.

— 6 à 8 heures après l'ingestion, on décèle encore la présence de bouillie barytée dans l'estomac, montrant ainsi l'existence d'un retard global à l'évacuation.

Enfin, outre la possibilité de découvrir des déformations gastriques variables avec la cause de la sténose, on peut dès cette période interpréter comme premier indice de fléchissement de la paroi gastrique, *la dilatation segmentaire localisée à l'antre prépylorique*, avec affaissement en cuvette de la grande courbure.

Le diagnostic posé, on doit intervenir chirurgicalement, sinon l'évolution se fera vers la :

B. Phase de dilatation et d'atonie gastrique.

Peut succéder à la phase précédente ou survenir d'emblée. Le syndrome pylorique se modifie.

S. F. — *a*) Les douleurs s'atténuent, sous forme de sensation permanente de pesanteur gastrique.

b) Les vomissements :

Rares, espacés tous les 2 ou 3 jours.

Très abondants, véritables *vomissements de décharge*, rejetant plusieurs litres d'un liquide brunâtre et fétide.

Contenant des aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

Soulageant le malade.

S. Ph. — *a*) Il n'y a plus de signes de réaction gastrique : ni durcissement intermittent, ni ondes péristaltiques.

b) Par contre, les signes de stase sont manifestes : l'estomac, très dilaté, forme saillie sous la paroi amaigrie ; il est inerte, ptosé, clapotant *à jeun* jusque dans la région sus-pubienne.

Les épreuves paracliniques n'ont qu'une valeur de confirmation :

a) Le tubage montre une stase considérable à jeun, en retirant une grande quantité de liquide résiduel fétide avec débris alimentaires.

Il soulage le malade.

b) La radioscopie montre :

— Une évacuation considérablement retardée ; le repas baryté ingéré 6 heures auparavant dessine un estomac énorme, dilaté, dont le bas-fond, élargi en cuvette, descend bien au-dessous des crêtes iliaques.

Le liquide résiduel est très abondant.

— Une atonie gastrique absolue : ni l'excitation directe par la palpation, ni l'absorption de bouillie barytée ne provoquent de contractions.

(*A suivre.*) PASCAL VILLANOVA.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 45. — SAMEDI 4 JUIN 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital intercommunal de Créteil. — Un concours pour la nomination de trois internes titulaires et de cinq internes provisoires, s'ouvrira le lundi 13 juin 1938.

Pièces à fournir : extrait de naissance, certificat de bonnes vie et mœurs, indication de la situation militaire, certificat de 12 inscriptions au moins, *curriculum vitae*, demande d'inscription au concours avec engagement de se conformer au règlement.

Traitement de 9.000 à 9.500, plus des indemnités et des avantages en nature, logement, etc...

Renseignements et inscription avant le 6 juin 1938, au secrétariat de l'hôpital intercommunal de Créteil, 50, rue de Saint-Maur, à Créteil (Seine).

Hôpitaux de Versailles. — Un concours pour onze places d'internes en médecine (dont 5 titulaires et 6 provisoires), aura lieu le lundi 4 juillet et le mardi 5 juillet 1938.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 21 juin, à la direction de l'hôpital civil de Versailles, où l'on peut avoir tous renseignements, de 9 à 11 h., et de 14 à 16 heures, samedi après-midi, dimanches et fêtes exceptés.

Faculté de médecine de Paris. — *Examens de fin d'année.* — 1re année (nouveau régime). L'épreuve écrite aura lieu les 20 et 21 juin.

1° Le tirage au sort aura lieu 8 jours avant l'examen (les heure et lieu du tirage au sort seront indiqués en temps utile).

2° Les convocations seront distribuées au Secrétariat (guichet N° 2), les 17 et 18 juin, de midi à 15 heures.

1re année (ancien régime). L'épreuve écrite d'histologie aura lieu le 16 juin.

Les convocations seront distribuées au Secrétariat (guichet N° 2), le 15 juin, de midi à 15 heures.

2e année (nouveau régime). L'épreuve écrite de physiologie aura lieu le 15 juin.

Les convocations seront distribuées au secrétariat (guichet N° 2), le 13 juin, de midi à 15 heures.

La deuxième épreuve écrite aura lieu le 27 juin, le tirage au sort aura lieu 8 jours avant l'examen (les heure et lieu du tirage au sort seront indiqués en temps utile).

Les convocations seront distribuées au secrétariat (guichet N° 2), le 25 juin, de midi à 15 heures.

2e année (ancien régime). — Bactériologie : pratique, 25 juin ; écrit, 23 juin ; oral, 27 juin.

Physiologie : écrit, 15 juin ; oral, 20 juin.

Physique : écrit, 10 juin.

Chimie : pratique, 31 mai ; écrit, 18 juin.

N. B. — Les épreuves pratiques seront affichées cinq jours avant l'examen. Les convocations pour les écrits seront distribuées au secrétariat (guichet N° 2), de midi à 15 heures la veille de l'écrit.

Pour les dates des épreuves orales de 1re et 2e année N.R., ainsi que pour le pratique d'histologie 1re année AR et 2e année NR (voir affichage ultérieur).

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Bizard est chargé des fonctions d'agrégé et chargé d'enseignement de la physiologie.

Faculté de médecine de Lyon. — Le conseil de la Faculté vient de faire les présentations suivantes :

Pour la chaire de physique biologique et radiologie (en remplacement du professeur Cluzet) : M. Ponthus, agrégé.

Pour la chaire de pathologie interne (en remplacement du professeur Joseph Chalier) : M. Cordier, agrégé.

Pour la chaire de clinique oto-rhino-laryngologique (en remplacement du prof. Collet) : M. Rebattu, agrégé.

Pour la chaire de clinique urologique (en remplacement du prof. Gayet) : M. Cibert, agrégé.

Ecole de médecine de Poitiers. — Par décret en date du 23 mai 1938, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, il est créé, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, une deuxième suppléance de physique et chimie.

Le ministre de l'Education nationale est chargé de l'exécution du présent décret, qui aura effet du 1er octobre 1938.

Ecole de médecine de Rouen. — Par décret en date du 23 mai 1938, rendu sur le rapport du ministre de l'Education nationale, la suppléance de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen est transformée, à compter du 1er octobre 1938, en suppléance de pathologie et de clinique chirurgicale.

Il est créé, à compter de la même date, à cette Ecole, une suppléance de clinique obstétricale.

Académie de médecine. — L'élection d'un membre libre en remplacement de M. F. Mesnil a eu lieu mardi. Les candidats étaient ainsi classés : En première ligne, M. Justin Godart, ancien ministre de la Santé publique. En deuxième ligne, ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Armand-Delille, Godlewski, Jayle, Kling et Mme Phisalix.

Trois tours de scrutin ont été nécessaires.

Au troisième tour, *M. Justin Godart est élu par* 51 *voix* contre 33 à Mme Phisalix ; 8 à M. Armand-Delille ; 2 à M. Godlewski ; 1 à M. Kling.

Le Jubilé académique de M. d'Arsonval sera célébré le mardi 7 juin, à l'Académie de médecine. M. d'Arsonval a, en effet, été élu membre de l'Académie de médecine en 1888. Il avait alors 37 ans et était déjà professeur au Collège de France.

Légion d'honneur. — GUERRE. — Chevalier (à titre posthume) : M. Salin (Paul-Edmond-Henri), médecin sous-lieutenant : médecin traitant d'une division de contagieux à l'armée d'Orient, a fait preuve des plus hautes qualités morales et professionnelles ; a contracté une affection contagieuse grave au chevet de ses malades. Est décédé des suites de cette affection le 19 septembre 1917. A été cité.

Marine. — Le prix de médecine navale pour 1938 a été décerné à M. le médecin principal Berge, pour son étude sur le gonocoque et le diagnostic de l'infection gonococcique.

Un rappel de mention très honorable a été décerné à M. le médecin en chef de 2e classe Boudet, pour ses études historiques.

Une mention honorable a été décernée à M. le médecin en chef de 1re classe Hedere, pour ses travaux sur les gazés.

Hôpital Laënnec. — Au cours d'une cérémonie intime qui a eu lieu à l'hôpital Laënnec, les insignes de commandeur de la Légion d'honneur ont été remis au docteur Lardennois, en présence de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique, des professeurs Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine ; Bezançon, président de l'Académie de médecine ; Carnot, Nobécourt, Lereboullet, Gosset, Clerc, etc. ; des médecins généraux inspecteurs Sieur, Rouvillois, Maisonnet, et de nombreux confrères heureux de féliciter le nouveau commandeur.

Assemblée générale de la F. E. M. — La société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.) a tenu récemment son assemblée générale à son siège social, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (7e), sous la présidence du docteur A. Siredey. Après avoir annoncé que la F. E. M. célèbre cette année son 25e anniversaire, le président retrace un bref historique de l'œuvre et de son développement. Il rappelle le beau succès du 12e bal de la médecine française, qui permettra de secourir les veuves et orphelins de médecins.

Il termine par un chaleureux appel à tous les médecins de France qui, pour une si minime cotisation (membres participants : 25 fr. par an et par personne) voudront assurer à leurs femmes et à leurs enfants, en cas de détresse, une aide matérielle et morale très précieuse (les médecins peuvent apporter leur contribution personnelle (membres honoraires : cotisation, 25 ; perpétuée, 250 ; membres bienfaiteurs, 500). Il souhaite que dans un élan de solidarité, les inscriptions viennent nombreuses, afin que l'action de la F. E. M. soit toujours plus puissante.

CHRONIQUE

UN HOMMAGE NATIONAL AU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Deux journées vont être consacrées, à Lyon, à honorer le Service de santé militaire.

Le Dimanche de la Pentecôte, après la célébration de services religieux des trois cultes, le Président du Conseil, entouré du Président de la Chambre, maire de Lyon, et des ministres de la Défense nationale inaugurera le monument élevé par souscription publique à la mémoire des membres du Corps de santé militaire de l'active et de la réserve, tombés pour la France. Est-il nécessaire de rappeler que pendant la seule dernière guerre, 148 médecins, pharmaciens, dentistes de l'active, sont morts, sur un effecttif de 1.600.

1.200 médecins, pharmaciens de réserve sont tombés, sur un effectif de 18.000.

Sur les 558 élèves de l'Ecole de Lyon, 133 sont tombés, auxquels il faut ajouter les officiers d'administration, les sous-officiers, les 9.000 brancardiers, les 600 infirmiers, les 70 aumôniers militaires.

Tous les confrères, de près ou de loin, se recueilleront en pensant à leurs camarades disparus.

***

— Le lundi de la Pentecôte, aura lieu la célébration du cinquantenaire de l'Ecole de Lyon. Avant 1870 existait à Strasbourg une école célèbre, à laquelle reste attaché le nom de Sédillot. Cette école avait succédé aux hôpitaux d'instruction de la première moitié du XIXe siècle (1).

De 1870 à 1888, les élèves du Service de santé sont dispersés dans les Facultés, avant de devenir stagiaires au Val-de-Grâce. En 1888 enfin, est fondée l'Ecole de Lyon. Son premier directeur fut, si je ne me trompe, M. Kelsch. L'Ecole, dont le drapeau porte la croix de guerre et la croix de la Légion d'honneur, a continué les grandes traditions du Service de santé ; elle mérite pleinement l'hommage qui va lui être rendu.

F. L. S.

(1) Nous conservons précieusement à la *Gazette des hôpitaux*, les prix que Maillot, qui préconisa la quinine contre le paludisme, remporta à l'hôpital d'Instruction de Metz.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

L'année 1937, du fait de l'Exposition, a été le siège de journées orthopédiques qui ont eu lieu les 7 et 9 octobre, et dont nous avons donné le compte rendu (Voir Gaz. des Hôpitaux, *n° 87, 30 octobre, p. 1378).*

A la XIXe réunion annuelle de la Société française d'orthopédie et de traumatologie, le 8 octobre, deux sujets ont été exposés et discutés: les transplantations tendineuses dans le traitement des pieds bots paralytiques, *et* la coxalgie double, *ainsi que de nombreuses questions particulières. (Voir notre compte rendu,* Gazette des Hôpitaux, *n° 86, 27 octobre 1937, pp. 1360-1365.)*

GENERALITES

Ostéolyse progressive de la main gauche d'origine indéterminée. (Dupas, Babelon et Daydé. Rapport : Albert Mouchet, Académie de chirurgie, 12 février 1936.)

Ostéolyse du bassin d'origine indéterminée. (Albert Mouchet, *idem*, séance du 3 mars 1937. Bull. et Mém., pp. 277-286.)

Ostéolyse étendue du fémur gauche. (André Richard, *idem.*, séance du 17 mars 1937. Bull. et Mém., pp. 352-354.)

A propos des ostéolyses d'origine indéterminée. (René Leriche, *idem*, 7 avril 1937, pp. 412-421. — Albert Mouchet, *idem*, 21 avril 1937, pp. 510-511.)

A signaler ces curieux cas dans lesquels on voit un ou plusieurs os disparaître progressivement sans cause apparente. R. Leriche rattache ces cas aux ostéoporoses post-traumatiques, et conseille de les traiter par sympathectomie. Albert Mouchet objecte que dans la première observation la sympathectomie péri-humérale a été effectuée de manière précoce et correcte sans résultat.

La survenue d'un sarcome ostéogénétique au cours de la maladie de Paget. (T. B. Davie et W. E. Cooke. *The British J. of Surgery.*)

Le développement d'un sarcome ostéogénétique au cours d'une maladie de Paget est un fait connu. Coley et Sharpe (*Archiv. of Surgery*, déc. 1931) ont pu en réunir 91 observations. Tavernier estime qu'elle survient dans 1/10 des cas, proportion considérable.

Davie et Cooke en rapportent deux observations nouvelles. Ils discutent ensuite les rapports des deux affections. Il ne peut s'agir, comme on l'a soutenu, d'une simple coïncidence. D'abord la fréquence de la complication est trop grande. Le sarcome ostéogénétique isolé est l'apanage des jeunes, alors que chez les pagétiques on l'observe après 50 ans (71 sur les 91 cas de Coley et Sharpe), et la maladie évolue en général depuis de longues années. Le sarcome frappe les os les plus déformés. Il peut produire plusieurs foyers sur des os différents, ce qui ne se voit pas dans le sarcome ostéogénétique. Mais, au contraire de celui-ci, on n'observe pas de métastases viscérales.

Les auteurs ont trouvé dans les deux cas un sarcome fibrocellulaire. Ils représenteraient des figures histologiques intermédiaires entre le sarcome et la maladie de Paget.

Ils décrivent aussi des lésions histologiques du corps thyroïde et des parathyroïdes chez leurs deux malades, qui seraient à la base de la maladie de Paget.

Tous les cas de sarcome chez les pagétiques ont eu une issue fatale. La radiothérapie n'a d'autre action que de calmer les douleurs.

RACHIS

Fractures et dislocations de la colonne cervicale. (S. M. Roberts (Boston), *The J. of bone and joint Surgery*, janvier 1937, vol. XIX, n° 1, p.. 199 et 211, et avril 1937, pp. 477-495, 24 fig.)

Luxation d'une vertèbre cervicale. Traitement chirurgical. (E. W. Ryerson (Chicago), *J. of the Am. Med. Ass.*, vol. 108, n° 6, 6 févr. 1937, pp. 468-470, 4 fig.)

Contribution à la connaissance des luxations et subluxations des vertèbres cervicales (atlas excepté). (C. Spampinato (Milan), *Il policlinico* (sezione chirurgica), 15 févr. 1937, pp. 95-120, 11 fig.)

Des accidents tardifs après les traumatismes méconnus du rachis cervical et de leur traitement chirurgical. (D. Petit-Dutaillis, *Revue méd. française*, an. 18, n° 5, mai 1937, pp. 413-421.)

Les lésions traumatiques du rachis cervical et de la moelle chez les plongeurs. (P. Lombard (Alger), *L'Algérie chirurgicale*, juin 1937, pp. 279-289, 3 fig.)

Le traitement des fractures-dislocations des vertèbres cervicales par la traction squelettique et l'ostéosynthèse). (W. Corre et W. G. Turner (Montréal), *The J. of bone and joint Surg.*, juillet 1937, pp. 584-602, 12 fig.)

Luxation et luxation-fracture des vertèbres cervicales inférieures. (James Pierce Cole, *Archiv. of Surgery*, vol. 35, n° 3, sept. 1937, pp. 528-547, 5 fig.)

Technique de réduction des fractures du rachis. (P. Mallet-Guy, *Presse médicale*, 22 janvier 1938, p. 131.)

Depuis plusieurs années, à la suite des travaux de Davis, Watson Jones, Böhler, un gros progrès a été réalisé dans le traitement des fractures du rachis dorsal et lombaire.

On s'applique maintenant, comme le prouvent les nombreux travaux parus en 1937, à faire profiter les lésions traumatiques du rachis cervical des nouvelles techniques. Mais au cou, le problème est bien plus complexe.

Au rachis dorsal et lombaire, il s'agit presque toujours de fractures par tassement, et le progrès a consisté à montrer qu'on devait se comporter là comme ailleurs dans toute fracture : réduire d'abord, et ensuite maintenir réduit, moyennant quoi on obtenait des consolidations valables.

Au rachis cervical, le problème est plus complexe, car les lésions sont variables : fractures, luxations sans fractures, et fractures avec luxations. Les travaux ci-dessus nous apportent sur ces lésions des données intéressantes.

Le travail de Roberts est basé sur 37 observations comportant 18 fractures, 19 luxations dont 9 avec fracture. Corre et Turner, sur 36 fractures, ont été amenés à opérer dans

12 cas. Spampinato donne 5 observations personnelles suivies pendant plus de 5 ans, et il réunit dans la littérature médicale 130 observations qui lui ont paru les plus complètes.

Pierce Cole donne les observations de 18 opérés au N. Y. Hospital en l'espace de 10 années. Les autres publications sont des cas isolés d'un grand intérêt.

Il ressort de ces travaux un certain nombre de points importants.

Tout d'abord, il existe au rachis cervical, comme dans le reste du rachis, un grand nombre de fractures latentes et facilement méconnues. Mais cette méconnaissance présente une particulière gravité. Le déplacement progressif peut se traduire par deux ordres de symptômes : des douleurs à type radiculaire dans la tête, le cou, les épaules, le membre supérieur, ou des phénomènes paralytiques. Ces derniers ne se produisent pas toujours lentement, et telle fracture de la base de l'odontoïde de l'atlas peut entraîner tardivement une brusque quadriplégie, comme dans le cas de Petit-Dutaillis, voire la mort subite.

Ces compressions médullaires ne se produisent pas seulement au niveau des premières cervicales, mais aussi au niveau des dernières cervicales, comme le prouvent les 5 cas de compressions médullaires du travail de James Pierce Cole, ou le cas de Lombard de fracture-luxation de la 5e cervicale, siège habituel des fractures des plongeurs. Le diagnostic de ces fractures est pourtant possible, en raison de la situation relativement superficielle du rachis cervical. L'attitude de la tête, la limitation des mouvements, la recherche précise des points douloureux, enfin et surtout la prise de radiographies sous des angles variés s'imposent. Et c'est sur leur interprétation, parfois difficile, que repose en fin de compte un diagnostic précis.

Dans les cas de fractures et fractures-luxations avec déplacement d'emblée et phénomènes de compression nerveuse immédiats, le diagnostic devra être posé d'urgence. C'est que, en effet, les fractures et les luxations du rachis cervical avec symptômes graves d'emblée ne doivent plus être considérés comme désespérés. Les publications ci-dessus sont des plaidoyers en faveur de l'intervention dans tous les cas. Ils doivent être, dit Roberts, réduits et traités comme les lésions analogues dans toute autre partie du corps. Les fractures sont plus graves, plus souvent mortelles, en raison de l'importance des lésions médullaires (écrasements, hématomyélie). Les luxations sont, au contraire, très rarement mortelles et leur réduction n'est pas dangereuse et sans grand danger de rechute si le traitement a été bien conduit.

La réduction peut être effectuée selon deux techniques différentes.

Soit la réduction en un temps, soit la réduction progressive par extension continue.

La réduction en un temps peut être une réduction manuelle sous anesthésie générale (avertine) — comme le préconisent Roberts, Spampinato, — ou réduction par traction et hypertension de la tête au moyen d'un dispositif d'appui direct sur l'axe sous-occipital, comme le fait P. Mallet-Guy.

Dans tous les cas, une radiographie de contrôle est indispensable, ainsi que la mise immédiate en corset minerve, dans la position de réduction.

Corre et Turner procèdent autrement. Ils pratiquent une traction au moyen de deux vis implantées dans le crâne et réunies par un étrier monté sur pivot (ce qui permet au malade une certaine mobilité de la tête). La traction est faite en hypertension avec des poids. Quand la réduction est obtenue, une minerve plâtrée est faite et seulement ensuite l'extension est enlevée.

Le corset minerve doit être longtemps porté — 2 mois (Roberts), 6 mois (Corre et Turner).

Le traitement orthopédique, même rigoureusement appliqué, est insuffisant dans un certain nombre de cas, et le traitement opératoire doit intervenir. Pour les cas récents, Corre et Turner donnent les indications suivantes : 1° les fractures multiples ; 2° les fractures de l'odontoïde avec reproduction du glissement après traitement orthopédique ; 3° les fractures des premières cervicales ayant entraîné des signes de compression médullaire.

Pour les accidents tardifs, Pierce Cole le réclame dans les compressions radiculaires consécutives aux luxations-fractures, et pour les compressions médullaires.

La fixation par ligature avec fils métalliques des apophyses épineuses ou des arcs postérieurs, employée seule, est insuffisante, comme le montre l'observation de Petit-Dutaillis, l'os finit par couper ; il faut la compléter par l'apposition de greffons sur les lames dénudées.

Corre et Turner ont opéré 12 fois sous anesthésie locale, en combinant la pose de greffons et la fixation par fils métalliques, avec de bons résultats. Pierce Cole préfère l'ankylose vertébrale selon la méthode de Hibbs.

Dans le cas de compression médullaire, une laminectomie de décompression devra précéder la fixation. Dans les glissements de l'atlas et axis en avant, la compression peut s'exercer par le bord postérieur du trou occipital, dont la résection complète la laminectomie (Petit-Dutaillis).

Cf. Fractures et luxations de la colonne cervicale. Premiers secours et transports. (Brookes, *The J. of the Am. Med. Ass.*, V. 109, n° 1, 3 juillet 1937.)

Luxations-fractures dans la région de l'atlas et de l'axis ; manifestations neurologiques tardives et caractères radiographiques. (G. A. Schwartz et R. S. Wigton, *Radiology*, t. 28, n° 5, mai 1937, pp. 601-607, 1 fig.)

Torticolis par subluxation vertébrale secondaire à une infection rhino-pharyngée. (Prof. Z. Zurria (Catane), *La Chirurgia degli org. di mov.*, vol. XXIII, fasc. I, octobre 1937, pp. 26-37, 17 fig.)

Subluxation atloïdo-axoïdienne par arthrite post-angineuse. Réduction. (Présentation de malade.) (M. Lance, *Soc. de Pédiatrie de Paris*, 21 déc. 1937 ; Bull. et Mém., déc. 1937, pp. 661-665, 2 fig.)

Après les angines, il n'est pas très rare de voir se produire brusquement, avec température et phénomènes douloureux, une déviation latérale de la tête et torsion du cou ; mais le sterno-cleido-mastoïden n'est pas contracturé. L'opinion classique (Lannelongue, Kirmisson, Broca) était qu'il s'agissait d'une arthrite aiguë cervicale, avec déviation due à la contracture des muscles profonds du cou. Il y a plusieurs années, les auteurs allemands ont avancé que ces torticolis étaient dus à des adénopathies latéro-pharyngiennes, et Grisel (*Presse médicale*, 11 janvier 1930) admet cette origine, et que le déplacement osseux que révèle la radiographie est une subluxation résultant de cette contracture musculaire. Cette opinion n'a pas été admise par tous. Delgoffe (*Revue d'Orthopédie*, janvier 1934) revient à la théorie de l'arthrite. Zuria, dans 4 observations nouvelles, montre que la théorie de Grisel ne suffit pas à expliquer tous les phénomènes observés. En tout cas, l'arthrite était manifeste chez 3 de ses malades. Il en est de même dans l'observation de Lance. Et le glissement a été non pas latéral, mais il y a eu une véritable subluxation de l'atlas sur l'axis directement en avant. Il s'agit vraisemblablement d'une arthrite aiguë, car elle est survenue au cours de manifestations articulaires multiples (hanches, genoux, cou-de-pied). La réduction a pu être obtenue, et s'est maintenue depuis.

Algies de la région sacro-lombaire : sciatiques par hernies nucléaires postérieures.

PITKIN et PHEASANT. Les algies d'origine sacrée. *J. bone and joint Surg.*, XVIII, janv. 1936, p. 111. — *Idem*, avril 1936, p. 365. — *Idem*, juillet 1936, p. 706.

PITKIN. *Idem*, octobre 1936, p. 10008, et janvier 1937, p. 169.

J. S. BARR. Sciatique causée par des hernies du disque intervertébral. *The J. of bone and joint Surg.*, avril 1937, pp. 323-342, 3 fig.

Paul C. WILLIAMS. Lésion de la colonne lombo-sacrée, *idem*, année 1937, pp. 343-363, et juillet 1937, pp. 690-704.

Th. A. WILLIS. Etude des anomalies de la région lombo-sacrée, *idem*, pp. 745-748.

Edw. L. COMPÈRE. Traitement opératoire des algies sacro-lombaires, *idem*, pp. 749-758.

Al. DEFOREST-SMITH. Résultats de la fasciotomie dans le traitement de la sciatique, *idem*, pp. 765-769.

J. GRAFTON LOVE et J. D. CAMP. La douleur radiculaire résultant de l'effraction intraspinale du disque intervertébral, *idem*, pp. 776-804.

HOWARD L. PRINCE. Les lésions de la région sacro-lombaire du point de vue des assurances, *idem*, pp. 805-809.

GOLDTHWAIT. Conclusions du Président, *idem*, pp. 810-813.

BLADGLEY C. E. *Am. J. Roentgenol.*, XXXVII, p. 454, 1937.

HODGES F. J. and FECK *W. S.*, *idem*, p. 461, 1937.

CHIASSERINI A. Compression de la 6e racine cervicale droite par hernie du nucléus pulposus, *Il Policlinico*, N. XIV, 1937.

PALTRINIERI M. Sciatique paralysante par hernie postérieure d'un disque lombaire dégénéré, *La Chir. degli org. di mov.*, vol. XXII, fasc. 2, 1936, et oct. 1937, pp. 97-101, 2 fig.

Pierre GLORIEUX. La hernie postérieure du ménisque intervertébral et ses complications nerveuses, un vol. 102 p. 100 fig., Masson, édit.

Dans le cours de ces dernières années, le problème de l'origine et du traitement des algies de la région lombo-sacrée a été l'objet de multiples publications aux Etats-Unis. Le sujet a été discuté au Congrès annuel de l'Académie américaine des chirurgiens orthopédistes, à Cleveland, en janvier 1937, et les articles ci-dessus constituent la majorité des communications. Elles nous montrent les variations multiples des opinions au sujet de l'éticlogie. Elles nous apportent aussi des faits nouveaux très importants.

Les anomalies de la 5e lombaire et de la 1re vertèbre sacrée (sacralisation, lombalisation), les anomalies des articulations sacro-iliaques semblent avoir perdu beaucoup de leur importance dans la genèse des algies lombosciatiques et des névralgies sciatiques. Badgey, examinant plusieurs centaines de malades se plaignant de telles douleurs, a trouvé des anomalies de la région dans 26 p. 100 des cas. Mais, au même moment, Hodges et Peck, prenant les radiographies du même nombre d'individus n'ayant pas souffert des lombes, trouvent les mêmes anomalies chez 27 p. 100 d'entre eux.

On a aussi attaché aux Etats-Unis , pour l'origine de ces douleurs, une grande importance aux subluxations des articulations sacro-lombaires et sacro-iliaques.

Toute l'histoire de ces douleurs sciatiques dues à des lésions sacro-iliaques est très longuement exposée dans les cinq articles de Pitkin. Ses conclusions thérapeutiques sont que la réduction des déplacements doit être obtenue au moyen de manipulations qu'il décrit et qui ont fait la réputation des ostéopathes. Il faut ensuite obtenir une stabilité suffisante au moyen d'appareillage. Si celui-ci se montre insuffisant, on aura recours à la double arthrodèse sacro-iliaque au moyen d'un long greffon tibial.

De l'étude d'un millier de cas de ces malades, Williams conclut que les douleurs résultent le plus souvent de lésions traumatiques portant sur le disque entre la 5e lombaire et le sacrum. Parfois il s'agit d'un traumatisme violent ayant créé un écrasement du disque pouvant entraîner une hernie dans le canal rachidien, mais le plus souvent des subluxations des apophyses articulaires, avec arthrite déformante progressive et signes de funiculite. Les signes radiographiques et cliniques de ces lésions sont exposés en détail. Le traitement devra d'abord être conservateur : redressement par un corselet plâtré fait en flexion lombo-sacrée, séjour au lit cuisses et tête relevées, puis reprise de la marche avec une ceinture contre la lordose. Si le traitement conservateur échoue, il faut opérer. Dans ce cas, Williams conseille l'arthrodèse lombo-sacrée, comprenant non seulement la soudure des apophyses épineuses par greffe, mais aussi l'avivement des facettes articulaires (facetectomy) des articulations sacro-lombaires malades.

Dans un second article, Williams étudie les mêmes lésions, mais causées non par un traumatisme violent, mais par des traumatismes légers répétés dus à des vices de posture, en particulier à la lordose lombaire, conséquence des diverses variétés de dos rond. Les symptômes sont peu différents. Le traitement conservateur est analogue au précédent, mais comporte en plus des exercices destinés à développer les muscles abdominaux, fessiers, ischio-jambiers, pour lutter contre la lordose. L'opération d'Ober, la section du fascia lata, celle de Heyman, le détachement de l'épine iliaque postérieure et supérieure, constituent des adjuvants qui agissent dans le même sens. Un corset spécial, décrit par l'auteur, maintiendra le redressement de la lordose. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on aura recours à l'arthrodèse dans ces cas.

S'appuyant sur la statistique des chirurgiens de l'Université de Chicago, Compère traite des indications du traitement opératoire dans ces cas. Il discute les indications et contre-indications de l'ostéosynthèse lombo-sacrée, sacro-iliaque, la combinaison des deux (trisacral fusion), la facetectomie, la section du fascia lata (Ober), du muscle pyramidal (Freiberg), la désinsertion sous-cutanée du grand fessier (Heyman). Il insiste sur la nécessité d'obtenir un redressement des déformations rachidiennes avant de faire la fixation, et pour cela recommande les vigoureux redressements forcés et manipulations sous anesthésie avant l'opération. Il avoue que le choix des indications est encore difficile, et que, sur les 76 malades ayant été opérés, au moins 5 l'ont été inutilement.

Il est certain que l'on a, aux Etats-Unis, fait un abus de l'acte opératoire chez ces malades. Si, comme le montre Deforest Smith, l'opération d'Ober, la section du fascia lata dans la névralgie sciatique, bien que son action reste inconnue, donne 75 p. 100 de bons résultats, il n'en est pas toujours de même des opérations de fusion.

Prince, au Congrès de Claveland, examinant la question au point de vue des assurances, montre par ses statistiques combien souvent des cas portés comme guéris sont revus plus tard, se plaignant des mêmes douleurs, sinon accrues. Il montre le danger de ces opérations et plaide, au point de vue assurances, au retour aux méthodes conservatrices. C'est aussi la conclusion du Président Goldthwait qui résume la discussion.

Mais le fait le plus saillant et le plus important mis en lumière par ces discussions est la fréquence insoupçonnée

chez nous du rôle joué par les hernies intra-rachidiennes du disque intervertébral dans la genèse des névralgies sciatiques et lombaires. C'est ce que font bien ressortir les deux articles de Barr et de Love et Camp. Alors que, jusqu'ici, on avait publié quelques cas isolés de compressions médullaires avec des signes neurologiques rappelant ceux des tumeurs intrarachidiennes, Barr publie 40 cas de rupture du disque intervertébral causant une compression de la queue de cheval, vérifiés par l'opération, au Massachusetts General Hospital de Boston, entre 1927 et novembre 1936, et il faut remarquer que la progression des cas décelés a été bien plus forte à mesure que le diagnostic est plus serré, puisque les dix derniers mois ont permis d'en révéler 20 cas dans un hôpital de moyenne activité.

Love et Camp, de leur côté, apportent la statistique de la clinique Mayo, qui comporte 50 opérations pour hernie d'un ou plusieurs disques intervertébraux pour compression radiculaire ou médullaire. Mais ici encore la progression est nette, puisqu'avant 1935 on ne trouve que 11 cas, alors que de 1935 à novembre 1936 on en trouve 39, et de novembre 1936 à juin 1937 45 nouveaux cas qui ne figurent pas à la statistique ont été opérés.

La rupture du disque peut se produire à tous les étages du rachis ; à la région cervicale inférieure elle n'est pas exceptionnelle, mais son siège de beaucoup le plus fréquent est la région lombaire inférieure. Barr remarque que c'est surtout le disque entre les 4e et 5e lombaires qui est atteint (75 p. 100 des cas), alors que le disque entre la 5e et le sacrum l'est beaucoup moins (30 p. 100).

Les auteurs incriminent le traumatisme. Barr le relève dans 77,5 p. 100 des observations, et dans 52,5 p. 100 le traumatisme a été suivi d'impotence immédiate, et dans 15 p. 100 après quelques jours. Love et Camp y ajoutent les cas possibles de blessure du disque par ponction lombaire malheureuse. Il s'agit donc bien d'une hernie nucléaire telle que Schmorl l'avait décrite, et non de disposition congénitale, ou de tumeurs (fibrome, fibro-chondrome, etc.).

Les symptômes, douleurs, attitudes vicieuses, rigidité dorsale, modifications des réflexes, n'offrent aucun caractère net permettant d'assurer le diagnostic.

Celui-ci repose sur trois données. Tout d'abord, l'échec de toutes les indications de traitement habituelles. Ensuite la ponction lombaire révèle une élévation des protéines totales, aux environs de 60 à 100 milligrammes par centimètre cube, mais ce signe n'est pas constant, car la ponction peut avoir été faite au-dessus de l'obstacle. Enfin l'exploration au lipiodol est la clef du diagnostic. Sa technique est longuement exposée par Love et Camp. La radioscopie et la radiographie sont combinées. Les épreuves radiographiques montent au niveau de la hernie une encoche arrondie absolument caractéristique. La thérapeutique consistera dans la laminectomie large avec extirpation de la partie herniée du disque, qui peut s'opérer par voie extra-duremérienne si la hernie est très latérale, le plus souvent avec ouverture de la dure-mère. Une simple laminectomie décompressive serait inefficace. Barr, craignant l'affaiblissement consécutif du rachis, complète l'opération par une ostéosynthèse.

Les résultats se sont montrés dans l'ensemble bons. Sur ses 40 opérés, Barr a eu un décès, par continuation des phénomènes de paraplégie ; dans tous les autres cas sauf un, la douleur a disparu.

Love et Camp, sur 50 opérés, relèvent la disparition complète des symptômes dans 33 cas, 15 sont seulement améliorés et 2, opérés trop tardivement, n'ont tiré aucun bénéfice de l'intervention.

Mais, comme l'ont fait remarquer Willis et ausi Goldthwait, il faut bien constater que le diagnostic de ces lésions ne peut être entrepris que par des neurologistes de carrière, que l'intervention, peut-être plus délicate que celle d'ablation de tumeurs, ne peut être confiée qu'à un neurochirurgien spécialisé. Enfin, dans bien des cas, le résultat est discutable, car si les douleurs ont disparu, il persiste une faiblesse du rachis, une impotence qui rend l'opéré incapable d'exercer la profession qu'il avait auparavant, ce qui, au point de vue assurances, ne peut pas être négligé.

En dehors de ces nombreuses publications américaines, il faut signaler celles de Paltrinieri qui, sur un matériel clinique d'environ 2.000 sciatiques observées à l'Institut Rizzoli, à Bologne, a pu relever 18 observations de sciatique avec phénomènes paralytiques, portant surtout dans le domaine du sciatique poplité externe. La compression se fait par la hernie du disque entre les 4e et 5e lombaires, parfois du disque lombo-sacré. La compression peut cependant siéger à la région cervicale, comme le prouve l'observation de Chiasserini, mais c'est exceptionnel.

On trouvera enfin, dans le beau volume publié par P. Glorieux, l'histoire complète de ces hernies nucléaires, avec 13 observations inédites dont 12 personnelles. L'auteur conclut que ces hernies du disque constituent la cause principale des sciatiques radiculaires dites essentielles.

Cf. La douleur du bas du dos et la sciatique. (A. GURNEY KIMBERLEY, *Surgery Gyn. and Obst.*, août 1937, pp. 195-216.)

Rétrécissement des trous intervertébraux comme cause de douleur pseudorhumatismale. (Albert OPPENHEIM, *Annals of Surgery*, septembre 1937, pp. 428-440.)

L'angiome vertébral. (Mario PALTRINIERI (Institut Rizzoli, Bologne), *La Chirurgia degli org. di mov.*, décembre 1937, vol. XXIII, f. 2, pp. 141-153, 12 fig.)

Travail d'ensemble très complet. L'auteur met bien en évidence ceci : la rareté des cas présentant des signes cliniques (24 cas publiés) et surtout chez des sujets jeunes ; leur fréquence considérable, au contraire (1/10), aux autopsies de sujets âgés porteurs d'ostéoporose sénile la présence de l'angiome n'ayant déterminé aucun symptôme.

L'auteur conclut, avec de nombreux auteurs, qu'il faut distinguer deux lésions différentes : une télangiectasie sénile, hyperplasie localisée, non extensive ; un néoplasme, bénin mais extensif, qui se voit chez des sujets jeunes porteurs souvent d'autres localisations angiomateuses (peau, viscères, etc.). L'article est illustré de 5 observations nouvelles d'angiome vertébral. Les deux premières observations sont de type sénile, sans signes cliniques, ce sont des découvertes radiographiques. La troisième présentait des signes cliniques légers ; les deux dernières ont présenté des paraplégies. L'un d'eux, opéré par le professeur Putti, est mort d'hémorrhagie.

L'angiome vertébral frappe surtout le sexe féminin (70 p. 100). Il siège surtout à la région dorsale ou lombaire. Les foyers sont multiples dans 1/3 des cas, soit au rachis, soit ailleurs.

Le début des symptômes remonte presque toujours à un traumatisme. Dans 1/3 des cas les premiers signes sont des douleurs radiculaires, dans 2/3 des cas des signes de compression médullaire.

L'auteur insiste sur l'aspect radiologique, qui est typique. Cependant, il faut que la tumeur soit assez étendue pour être visible. Lorsque les lésions sont discrètes, le cliché reste muet.

Le diagnostic est à faire surtout avec le mal de Pott, la maladie de Paget à début vertébral, les myélomes, la maladie de Hodgkin.

Dans les formes sans symptômes, le traitement sera nul. Dans le cas de douleurs ou compression médullaire, la radiothérapie doit être employée. On n'interviendra qu'après échec de la radiothérapie et paralysie menaçante, car, sur

13 cas opérés par laminectomie, 4 seulement ont été améliorés, 8 sont morts d'hémorrhagie opératoire (60 p. 100).

Comparaison des résultats du traitement du mal de Pott de l'adulte sans ostéosynthèse ou avec ostéosynthèse. (G. K. MAC KEE, *British Journ. of Surg.*, XXIV, p. 456, janvier 1937.)

L'auteur compare les résultats obtenus dans 100 cas traités sans opération et 50 cas opérés. Il s'agit de sujets au-dessus de 16 ans au début de l'affection. Les lésions siégeaient dans la région dorsale ou lombaire. Dans les deux séries les affections ont été observées dès le début, et soignées dans le même établissement. Les malades traités sans opération ont été immobilisés 18 mois, les opérés ont été immobilisés 12 mois.

Dans le groupe des non opérés, 62 p. 100 ont montré un bon résultat radiographique, 70 p. 100 un résultat clinique satisfaisant, et 4 p. 100 la formation d'abcès tardifs. Dans celui des opérés, les bons résultats radiographiques sont de 38 p. 100, les bons résultats cliniques 32 p. 100, et les abcès tardifs 40 p. 100.

L'auteur conclut que l'opération faite pendant la durée d'activité du mal de Pott retarde la cicatrisation. L'opération n'est indiquée que dans un stade terminal de l'affection, avec une action sur la correction de la difformité.

Analogie entre la dégénérescence du disque intervertébral et la méniscite du genou. (Mario PALTRINIERI, *La Chirurgia degli org. di mov.*, vol. XXIII, fasc. 2, pp. 161-167, 10 fig.)

Le professeur Putti a décrit (XXVIe Congrès de la Société italienne d'Orthopédie, Bologne, 1935), le syndrome de la dégénérescence du disque intervertébral, consécutif en général à des défauts de statique mécanique, ou à des suites de traumatismes. Il se révèle par une triade radiographique : 1° pincement de l'espace ; 2° opacification par sclérose de la superficie des corps vertébraux au contact du disque ; 3° réaction des bords de la vertèbre du côté ventral, sous forme de becs.

La traduction clinique consiste en douleurs radiculaires plus ou moins étendues, contractures, et déviation rachidienne à court rayon.

Le traitement consiste en immobilisation prolongée et corset rigide et hyperémie.

L'auteur montre que la méniscite chronique primitive du genou, telle que Morasca l'a décrite (Congrès de la Soc. int. d'Orth., Bologne, sept. 1936), présente un tableau identique. Consécutive à des déviations de l'axe du genou ou à des traumatismes, elle se traduit par une diminution de hauteur de l'interligne articulaire, calcification parfois du ménisque, condensation de la spongieuse des deux os en bordure du ménisque atteint, réaction marginale des os sous formes de becs osseux. L'affection est justiciable aussi de l'hyperémie active et l'immobilisation.

Ces exemples illustrent le rôle capital joué par les déviations statiques et les altérations cartilagineuses consécutives dans la genèse des arthrites déformantes.

MEMBRE INFERIEUR

Hanche

Coxa vara congénitale. Résection cunéiforme de l'angle cervico-diaphysaire. Remise en place après retournement du coin réséqué. Excellent résultat. (E. SORREL, *Acad. de chir*,. séance du 26 mai 1937 ; *Bull. et Mém.*, tome 63, n° 18, pp. 739-748, 4 fig.)

Sur le traitement de la coxa vara congénitale en évolution. (F. POUZET, *Soc. chir. de Lyon*, 1er juillet 1937 ; *Bull.* janvier-février 1938, pp. 107-111, 2 fig.)

Traitement de la coxa vera par l'ostéotomie sous-trochantérienne. (NOVÉ-JOSSERAND, *Soc. de chir. de Lyon*, 17 février 1938.)

La coxa vara de l'enfance, dans laquelle la radiographie révèle, en dehors du cartilage de conjugaison, une deuxième zone claire, à direction verticale, est en général considérée comme congénitale. La zone claire est considérée comme une dystrophie, un arrêt de développement de la partie bulbaire du col.

Son traitement opératoire a donné lieu à de multiples méthodes, que Sorrel ramène à trois groupes : 1° les ostéotomies, qui ne visent qu'à redresser la déformation ; 2° les enchevillements par greffes, vrillages, résection de la partie du col dystrophié, qui visent à consolider le col sans le redresser ; 3° l'opération imaginée et exécutée par lui, qui vise à réunir deux indications.

Comme le fait remarquer Pouzet, cette classification est inexacte, car elle ne tient pas compte de ce que, dans ces dernières années, de très nombreux auteurs ont montré que le simple redressement obtenu par l'ostéotomie amène dans la suite une consolidation du col, obtenue à la fois par l'ossification de la fente verticale du col et l'ossification prématurée du cartilage de conjugaison. C'est ce qu'ont observé Scholder (1927), Gocht (1928), Heynemann (1928), Lasserre (1931), Walter (1933), Sœur (1935), Vigano (1935, 10 guérisons sur 11 opérés), Albonese (1935), Losio (1935), Barr (8 cas), Fairbank (9 cas avec 8 guérisons), Schanz. Pouzet en apporte lui-même une observation, ainsi que M. Nové-Josserand.

Comment interpréter cette action de l'ostéotomie ? La plupart des auteurs admettent que c'est la modification statique, la mise en charge de la lésion qui amène son ossification. Elle ne serait pas alors d'origine congénitale. M. Nové-Josserand et M. Pouzet ne croient pas cette interprétation exacte, car l'ossification prématurée du cartilage de conjugaison qui se produit dans ces cas implique une viciation congénitale de ce cartilage. M. Nové-Josserand pense plutôt que l'ostéotomie agit en modifiant le régime circulatoire de la tête et du col — ce qui permettrait d'étendre l'application de l'ostéotomie à d'autres affections dystrophiques.

Coxa vara de l'adolescence (Epiphysiolyse)

Epiphysiolyse ou coxa anteverta épiphysaire. (Henry MILCH, *The J. of bone and joint Surg.*, vol. 19, n° 1, janvier 1937, pp. 97-116, 8 fig.)

L'importance d'un diagnostic précoce dans le traitement de l'épiphysiolyse fémorale. (Léon MAYER. *Idem*, octobre 1937, pp. 1046-1051, 6 fig.)

De l'examen des radiographies aux différents stades de l'affection, Milch conclut que le glissement de l'épiphyse est secondaire. La lésion primitive est une torsion progressive du col en avant et en dehors, d'où le nom de coxa anteverta qu'il donne à la lésion. La fracture cervico-épiphysaire n'est que la conséquence de cette lésion. La thérapeutique découle de cette conception : on pourra éviter l'épiphysiolyse en faisant porter un appareil pelvipedieux métallique à courroies, assurant la rotation interne forcée du membre. Si l'épiphysiolyse s'est produite, il faut pratiquer la réduction suivie de la contention. La guérison est assurée par l'ossification prématurée du cartilage de conjugaison. C'est là l'avantage de l'emploi de l'enchevillement par greffon, ou mieux des vrillages après la réduction. Milch emploie la radiothérapie pour activer l'ossification prématurée du cartilage de conjugaison.

Leo Mayer insiste aussi sur l'importance du diagnostic de l'épiphysiolyse à la période « avant le glissement ». Ce diagnostic s'appuie sur des signes radiologiques et cliniques,

A la radiographie, de face, le renflement que présente normalement l'extrémité inférieure du col, juste au-dessous du cartilage de conjugaison, a disparu, tandis qu'au contraire le bord supérieur du col fait une saillie à ce niveau. Ceci traduit un double déplacement du col en avant, en bas et en arrière de la tête. La radiographie de profil montre nettement l'angulation produite. Cliniquement, on note une limitation de la rotation interne et de l'abduction. A cette période, que l'on emploie un clou de Smith-Petersen, un greffon osseux, l'impaction, ou la méthode des vrillages, on obtiendra, ainsi que l'auteur le montre, la fusion osseuse entre le col et la tête, et la progression du glissement sera arrêtée.

Insuffisance du toit ostéoplastique dans certains cas de subluxations congénitales invétérées et compliquées d'arthrite douloureuse. (Guilleminet, *Soc. de chir. de Lyon*, séance du 11 février 1937 ; *Lyon chir.*, p. 468. Discussion : Laroyenne.)

Résultats éloignés des butées ostéoplastiques dans les subluxations congénitales de la hanche. (Tavernier et Trillat. *Idem*, séance du 25 février ; *Lyon chir.*, p. 490.)

Résultats du toit artificiel dans les subluxations congénitales de la hanche. (G. Nové-Josserand, séance du 4 mars ; *Lyon chir.*, p. 494.)

Butées ostéoplastiques dans les subluxations congénitales de la hanche. (Trillat. *Thèse*, Lyon 1937.)

M. Guilleminot présente à la Société de chirurgie de Lyon un cas de butée bien faite pour subluxation de la hanche. Après sédation des douleurs, celles-ci réapparurent. M. Laroyenne fait remarquer que sur une seule radiographie de face on ne peut juger si l'appui est suffisant.

A propos de cette communication, et s'appuyant sur les 69 observations réunies dans la thèse de Trillat, MM. Tavernier et Trillat exposent les résultats éloignés obtenus par la constitution d'un toit artificiel dans la subluxation congénitale de la hanche. Pour eux, cette opération est faite dans trois conditions différentes :

1° A titre préventif, avant l'apparition des douleurs de type statique ;

2° Lors des douleurs de type statique disparaissant par le repos ;

3° Pour les cas avec arthrites, dans lesquels les douleurs sont permanentes et accompagnées de contractures.

Dans les deux premiers cas, le résultat est fonction de la qualité anatomique du toit. S'il a été réalisé trop haut, ne recouvrant pas la totalité de la tête, le résultat est imparfait ou nul. Si le toit est bien adapté, le résultat est bon.

Dans les cas avec arthrite, les résultats, même avec un toit bien adapté, sont inconstants. Cependant, 4 malades ont été améliorés sur 10. La méthode n'est donc pas à rejeter.

Les auteurs insistent sur ce fait que la butée doit être faite sans chercher à abaisser la tête fémorale par l'abduction. Le raccourcissement est en effet négligeable dans la subluxation, et si l'on abaisse la tête fémorale, la mise en tension des muscles empêche la correction de l'abduction ou, si celle-ci se produit, on voit se produire des troubles dystrophiques de la tête et du cotyle, une vraie arthrite chronique post-opératoire, qui met 3 ou 4 années à guérir.

M. Nové-Josserand souscrit à ces conclusions. Il ne faut pas, dans la subluxation, chercher à abaisser la tête fémorale. Le toit doit être fait en bonne place et perpendiculairement à l'os iliaque. Mais il pense que les bons résultats ne dépendent pas uniquement de la perfection du toit. Il faut, pour obtenir un bon résultat, que le cotyle ait

une bonne profondeur. Si le cotyle est inexistant, la tête appuyée uniquement sur le toit sera éloignée du centre du bassin avec des muscles à direction modifiée, et des déformations secondaires peuvent se produire.

Le toit artificiel est un bon moyen de remédier aux troubles mécaniques, s'il est exécuté avec une technique parfaite et des indications bien posées. Mais ce n'est pas une médication radicale, elle est seulement palliative, parce que l'articulation reste déformée et dystrophique, du fait de sa malformation primitive.

Contribution à l'étude de la coxa plana (travail du service du professeur Ombrédanne). (R. STÉRIN, *Thèse* Paris, 1937, L. Arnette, éditeur.)

Ce travail constitue, après la thèse de Mérine (1919) et celle d'Ingelrans (1924), le travail d'ensemble le plus complet sur l'ostéochondrite de la hanche. Elle apporte 44 observations inédites, appuyées de nombreux calques et reproductions radiographiques. Plusieurs de ces observations sont fort intéressantes, parce que les malades ont pu être suivis depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Elles montrent que même dans les cas traités la *restitutio ad integrum* est l'exception ; l'ostéochondrite laisse le plus souvent des déformations importantes. Mais l'état fonctionnel, malgré ces déformations de la tête, reste satisfaisant, parce qu'il se constitue une remarquable adaptation de la forme du cotyle à celle de la tête fémorale.

L'abaissement du grand trochanter dans la paralysie du moyen et du petit fessier dans la poliomyélite. (PICETTI-GIOVANNI, *La Chirurgia degli org. di mov.*, vol. XXIII, f. 2, pp. 190-195, 5 fig.)

La paralysie, souvent incomplète, des muscles moyen et petit fessiers dans la poliomyélite, est exagérée par les mauvaises conditions mécaniques où ils se trouvent : distension résultant de la bascule du bassin, déformation en coxa valga du col, laxité articulaire, attitude vicieuse en rotation externe du membre.

Après avoir passé en revue les différentes méthodes employées pour remédier à ces défauts, l'auteur montre celle employée couramment dans le service du professeur Maragliano, à Gênes : détachement du grand trochanter avec les fessiers, réinsertion du fragment plus bas et plus en arrière sur la diaphyse mise en abduction. On obtient ainsi une mise en tension des muscles qui diminue la bascule du bassin, augmentation de la longueur du bras de levier, lutte contre la rotation externe du membre et la tendance à la subluxation.

L'intervention est simple et efficace.

Sur la nécrose secondaire de l'épiphyse après fracture du col du fémur chez des sujets jeunes. (Asger NAERAA, *Acta chirurgica scandinavica*, vol. LXXX, f. III, décembre 1937, pp. 238-250, 13 fig.)

L'auteur rapporte deux observations de jeunes gens de 16 et 18 ans qui, après fractures du col du fémur à sa partie moyenne, correctement réduites et guéries, ont fait une nécrose secondaire de l'épiphyse. Ils citent 15 cas analogues dans la littérature.

Cette lésion apparaîtrait une fois sur trois chez les fracturés âgés de 15 à 16 ans. On peut l'observer entre 11 et 17 ans. Le degré d'invalidité varie de 20 à 50 p. 100.

L'auteur, s'appuyant sur les recherches de Nussbaum sur la vascularisation des jeunes sujets, pense que la lésion n'est pas due autant à la fracture elle-même qu'à la blessure concomitante de la capsule articulaire.

Il en tire le conseil, chez les sujets jeunes atteints de fracture du col du fémur, d'être immobilisés longtemps, soustraits longtemps à un gros effort, et surveillés pendant un an.

Sur la technique du forage du col et de la tête du fémur. (Aage BERNTSEN, *Acta chirurgica scandinavica*, vol. LXXX, fasc. I, novembre 1937, pp. 82-92.)

L'auteur décrit le mode de repérage radiographique employé, et sa technique opératoire.

Il a pratiqué le forage dans 29 cas d'arthrite déformante douloureuse de la hanche, et 27 avaient cessé de souffrir lors de leur sortie. 5 seulement ont plus tard présenté une récidive.

Technique simplifiée pour l'arthrodèse extra-articulaire de la hanche par greffon tibial dans la coxalgie : type 37. (H.-L. ROCHER, *J. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, CXIV, 69, 1937.)

L'auteur expose une technique très simplifiée qu'il appelle arthrodèse type 37, et qui est particulièrement recommandable dans les cas de coxalgie.

Incision antérieure de Smith-Petersen, découverte de l'intervalle entre le fascia lata et le couturier. Une deuxième incision longitudinale découvre le grand trochanter. Le grand trochanter est perforé avec une mèche qui, passant au-dessus du col, en dehors de l'articulation, vient émerger dans la première incision. Dénudation de la fosse iliaque et creusement d'un lit pour le bout du greffon. Le greffon tibial remplace alors la mèche et, après avoir traversé le trochanter, vient s'implanter dans l'aile iliaque.

L'ostéopathie juvénile de la rotule (travail du service du professeur Parisel). (WILLY-SMETS, *Revue d'orthopédie*, n° 5, septembre 1937, pp. 479-502, 5 fig.)

L'ostéopathie juvénile de la rotule. A propos de 7 nouvelles observations. *Bulletin de la Soc. belge d'orthopédie*, n° 8, novembre-décembre 1937, pp. 354-362, 4 fig.)

L'ossification de la rotule. *idem*, pp. 362-368, 4 fig.)

En 1921, Sven Johansson et Sinding Larsen ont décrit une affection consistant en l'apparition d'un point douloureux à la pointe de la rotule. La radiographie montre la présence d'un croissant osseux isolé, homogène ou fragmenté, à la pointe de la rotule.

Depuis lors, 23 cas ont été publiés. A l'occasion d'une observation personnelle, Smets donne une étude d'ensemble de cette affection. Elle apparaît toujours entre 9 et 14 ans, sans prédilection de sexe. Bilatérale dans la moitié des cas, elle se produit le plus souvent en dehors de tout traumatisme. Elle s'accompagne parfois d'une légère hydarthrose et d'un peu d'atrophie musculaire.

Le diagnostic est à faire avec la patella bipartita, la fracture de la pointe de la rotule et la maladie de Köhler. Celle-ci est caractérisée par un aspect pommelé de toute l'étendue de la rotule, qui semble rétractée.

Depuis la publication de cet article, Smets a eu coup sur coup l'occasion de voir 2 nouveaux cas. Etonné, il a examiné 81 radiographies de genoux d'enfants dans le service, et a trouvé parmi eux 4 fois l'aspect radiologique de la maladie de Sven Johansson-Sinding Larsen.

Reprenant alors l'étude des aspects radiographiques de l'ossification normale de la rotule, l'auteur constate qu'elle évolue en quatre stades : 1° avant 2 ans 1/2 la rotule est entièrement cartilagineuse ; 2° de 2 ans 1/2 à 4 ans 1/2 apparaissent plusieurs points d'ossification ; 3° de 5 à 11 ans ces points osseux tendent à se réunir et forment ainsi un noyau à aspect pommelé avec des bords mal nets ; ce noyau n'occupe qu'une partie de la rotule et paraît contracté, c'est l'aspect de la maladie de Köhler ; 4° enfin, de 6 ans 1/2 à 16 ans, les travées osseuses se régularisent et il apparaît des points osseux complémentaires marginaux,

en particulier un centre apical trouvé par l'auteur dans 8 cas sur 81 radiographies, et 30 fois sur 242 enfants par Hellmer.

La maladie de Sinding Larsen, de même que toutes les autres épiphysites de croissance, ne constitue donc qu'un trouble passager de l'ostéogénèse normale (ostéogénèse paranormale, dit Smets) chez l'enfant entre 9 et 14 ans.

Le tibia vara, osteochondrosis deformans tibiae. (W. P. Blount, *The J. of bone and joint Surgery*, vol. XIX, n° 1, janvier 1937, pp. 1-29, 26 fig.)

L'auteur ajoute aux 15 cas collectés dans la littérature 13 nouveaux cas de cette affection, qu'il pense être moins rare qu'on ne le suppose.

Elle consiste dans une angulation brusque du tibia en varus et rotation interne au-dessous du cartilage de conjugaison. La déformation se produit progressivement soit chez l'enfant, soit à l'adolescence. Dans les deux cas, on ne trouve rien qui rappelle le rachitisme.

Dans le type infantile, les lésions consistent surtout dans un défaut de croissance du cartilage épiphysaire et de la croissance de l'épiphyse et diaphyse à leur partie interne. La région métaphysaire forme secondairement un bec sous l'épiphyse, et au-dessous de cette proéminence des aires de raréfaction, des îlots de cartilage sont visibles à la radiographie. L'examen histologique montre des lésions de chondrodysplasie analogues à celles de l'ostéochondrite de la hanche. C'est pourquoi Blount se range à l'opinion des auteurs qui font de cette lésion une ostéochondrite.

Le type de l'adolescent est différent. Il semble dû à un arrêt local de développement de l'épiphyse plutôt qu'à une dysplasie.

Le seul traitement possible est une ostéotomie. Mais, si l'on veut éviter une rechute, il faut attendre que l'angulation ait fini de s'accroître.

Préluxation et pieds bots. (R. da Costa Bomfin (Institut Rizzoli, Bologne), *La Chirurgia degli org. di mov.*, vol. XXIII, fasc. 2, pp. 181-189, 11 fig.)

L'auteur rappelle la campagne menée par le professeur Putti pour le traitement des luxations congénitales de la hanche dans les premiers mois de la vie, au stade de « préluxation ». Traitées à cet âge, on obtient 95 p. 100 de guérisons anatomiques et fonctionnelles, tandis que, traitées plus tard, après la marche, le traitement ne donne plus que 40 à 50 p. 100 de guérisons. Mais la difficulté consiste dans le dépistement précoce des luxations. Examinant les 364 cas de préluxations traités à l'Institut en 10 ans, l'auteur montre qu'on trouve 200 cas associés avec des pieds bots (54,67 p. 100), dont 69 cas de talus valgus (34,5 p. 100), 66 d'équino-varus (35 p. 100), 38 de metatarsus varus (19 p. 100) et 27 cas varus d'un côté, talus de l'autre (13 p. 100). Dans les cas de préluxation unilatérale et de pied bot unilatéral, les malformations peuvent être de côté opposé.

On trouve en plus d'autres déformations associées dans 31 cas, et surtout (21 fois) la rigidité congénitale plus ou moins étendue des membres inférieurs.

L'auteur discute longuement les diverses opinions émises sur ces associations. Il ne faut donc pas croire qu'elles sont exclusives aux cas de luxations tératologiques, luxations du stade embryonnaire, dont la gravité est connue. Ici on les retrouve dans la préluxation de type ordinaire.

L'auteur conclut à l'importance qu'il y a, en cas de pied bot à la naissance, de rechercher toujours la coexistence de préluxations ; c'est un moyen de mettre sur le chemin de ce diagnostic.

MEMBRE SUPERIEUR

Lésions de l'épiphyse supérieure humérale succédant à l'opération de Kleinberg dans la paralysie obstétricale. (J. I. Kendrick, *The J. of bone and joint Surgery*, avril 1937, vol. XIX, n° 2, pp. 473-476, 3 fig.)

L'opération de Kleinberg, dans la paralysie obstétricale, consiste à lutter contre la rotation interne forcée du membre, par la désinsertion sous-périostique de la capsule articulaire des rotateurs internes et externes de l'épaule. L'humérus libéré est alors tourné en dehors, et le lambeau capsulaire et les muscles réinsérés le plus en dedans possible.

Les résultats fonctionnels immédiats sont très bons. Mais Kendrick a pu revoir à distance deux de ces opérés qui revenaient se plaignant de raideur dans l'épaule et de perte de la fonction. L'examen montre que l'attitude de correction a persisté, mais il s'est produit des lésions atrophiques et déformantes du noyau épiphysaire, les mouvements, en particulier l'abduction, sont très limités.

Cette publication ne fait que confirmer la supériorité incontestable de la correction extra-articulaire par l'ostéotomie avec dérotation humérale de Mencière, sur toutes les méthodes intra-articulaires.

Etude comparative du traitement orthopédique et du traitement sanglant des fractures des deux os de l'avant-bras. (Huguier. Rapport : A. Schwartz. Discussion : E. Sorrel, P. Mauclaire, *Acad. de chir.*, séance du 24 février 1937 ; *Bull. et Mém.*, pp. 228-235.)

Ce travail, basé sur l'étude de 31 cas, confirme les conclusions de M. Auvray (*Acad. de chir.* 27 mars 1935) : supériorité du traitement orthopédique. La réduction sanglante n'a que des indications assez rares, et comme le remarque E. Sorrel, l'ostéosynthèse métallique, dont on a abusé, ne doit être employée que si la contention ne peut être obtenue autrement.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies de la nutrition, par F. Rathery, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine (1).

Ce petit livre s'adresse aux débutants, comme tous ceux de cette collection. Ils y trouveront la mise au point actuelle de nos connaissances sur toutes les maladies de la nutrition, principalement sur les troubles du métabolisme (le diabète en particulier), dont l'étude a été très poussée au cours des dernières années.

La pratique de la cure insulinique et les diabétiques (en dehors des grandes complications), par F. Rathery, professeur à la Faculté de médecine, médecin de la Pitié, membre de l'Académie de médecine (2).

L'auteur n'a pas eu dans ce volume la prétention de faire une étude complète de l'insuline et de l'insulinothérapie. Il a volontairement laissé de côté les complications du diabète. Dans deux autres monographies de la collection, il a exposé le traitement de la gangrène et du coma diabétique.

Le but qu'il s'est efforcé d'atteindre est l'étude de la question de pratique médicale thérapeutique.

(1) Un volume de 174 pages. Prix : 22 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

(2) Un volume de 100 pages, avec figures. Prix : 25 francs. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 46. — MERCREDI 8 JUIN 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de médecin des hôpitaux.* — Epreuve de consultation écrite MM. Kaplan, 19,63 ; Albeaux-Fernet, 19,72 ; Moussoir, 19,81 ; Derot, 19,45.

Epreuve clinique : MM. Albeaux-Fernet, 19,18 ; Moussoir, 19,90 ; Kaplan, 19,27 ; Derot, 18,81.

Classement des candidats : 1er M. Moussoir, 39,71 ; 2e ex aequo, MM. Kaplan et Albeaux-Fernet, 38,90 ; 4e, M. Derot, 38,26.

A la suite d'une épreuve supplémentaire pour la deuxième place, le concours s'est terminé par la nomination de MM. Moussoir et Kaplan.

Concours de médecin de l'assistance médicale à domicile. — 1re séance de lecture. — MM. Laforge : 9+10=19 ; Gachon : 9+10=19 ; Mollard : 10+13=23 ; Kreis : 13+17=30 ; Wayntal : 7+9=16 ; Billard : 12+16=28 ; Mlle Gauthereau : 9+12=21.

2e séance de lecture. — Mlle Huguet : 15+16=31 ; MM. Friedmann : 10+18=28 ; Kipfer : 11+17=28 ; Sliesberg : 8+11=19 ; Fouquier : 9+11=20 ; Catinat : 13+16=29 ; Rambert : 11+14=25 ; Seta : 7+9=16.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de clinique médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 5 décembre 1938 devant la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Guerre. — Le médecin-colonel Millous, de la direction du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, est nommé directeur par intérim des services sanitaires militaires de l'Indochine.

Union des médecins mutilés de guerre. — La séance du conseil d'administration de l'Union des médecins mutilés de guerre a eu lieu le mardi 24 mai 1938, à 20 heures, sous la présidence du docteur de Parrel.

Le conseil s'est occupé d'abord de la participation du groupement aux Journées nationales du Service de santé militaire, Journées des 4, 5 et 6 juin 1938. MM. O'Followell, Constantin, Garnier-Claudon et Masmonteil représenteront la société. Le conseil s'est aussi occupé de la question de l'élargissement des cadres de la société et a envisagé d'accepter, non seulement les mutilés, mais aussi tous les blessés et réformés de guerre ; en somme, tous ceux qui, ayant servi dans les cadres de l'armée, ont souffert de la guerre.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Fernand Masmonteil, secrétaire général, maison de santé chirurgicale, 23, rue du Landy, Saint-Ouen.

COURS ET CONFÉRENCES

Hygiène urbaine et protection contre les gaz de combat. — Sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, inspecteur général des Services techniques d'hygiène à la Préfecture de police, assisté de MM. Marcel Clerc et Ph. Navarre, et le haut patronage de M. le général Keller, inspecteur général de la Défense antiaérienne du territoire, un enseignement spécial sur la protection contre les gaz de combat sera donné à la Faculté de médecine, du 15 au 30 juin 1938, avec la collaboration de MM. Perrier, directeur de la Défense passive de la Seine ; le médecin général Paitre, directeur du Val-de-Grâce ; le médecin colonel Cot, de l'état-major de l'Inspection générale de la Défense antiaérienne du territoire ; le médecin commandant Moynier ; le médecin capitaine Sohier, professeur agrégé du Val-de-Grâce ; le médecin capitaine Genaud, docteur ès sciences ; M. Kohn-Abrest, chef du Laboratoire de toxicologie de la Préfecture de police ; le pharmacien colonel Bruère ; le pharmacien capitaine Peronnet, licencié ès sciences.

Les conférences, démonstrations pratiques et exercices tactiques auront lieu à 9 heures du soir, au grand amphithéâtre de la Faculté (entrée : 12, rue de l'Ecole-de-Médecine).

S'inscrire ou écrire au Laboratoire d'hygiène, 125, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). L'inscription est gratuite.

Réunions médico-chirurgicales de morphologie. — La prochaine réunion médico-chirurgicale de morphologie aura lieu : à 21 heures précises, le mercredi 15 juin prochain, sous la présidence de M. le docteur Thooris, à la Bibliothèque de la Maison de santé Velpeau, 7, rue de la Chaise, à Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INDÉPENDANCE MÉDICALE ET LE PROJET DE NATIONALISATION DES HÔPITAUX

Il y a quelques mois, à propos de la tentative de mise à la retraite de M. Mourier, je montrais ici même (1) à quel danger, venait, grâce au Sénat, d'échapper le corps médical.

Le danger de la centralisation à outrance des hôpitaux de France et, par suite, de la fonctionnarisation des médecins n'est pas écarté. J'ai eu l'occasion, il y a quelques semaines, de le démontrer à la *Fédération corporative des médecins de la région parisienne*. Il n'est pas inutile d'y revenir ici.

La nationalisation des hôpitaux reste toujours à l'état de menace non seulement pour l'autonomie communale, mais aussi pour les médecins.

Les partisans de l'étatisme à outrance considèrent, en effet, que le pouvoir donné à une municipalité d'administrer ses malades et ses pauvres, confère à celle-ci une autorité morale dangereuse. Autant de communes, autant de petites républiques dressées en face des bureaux ministériels. Et ceux-ci ne veulent plus de cette indépendance communale.

Le jour où tous les hôpitaux de France passeraient sous le sceptre du ministre de la Santé publique, on pourrait prévoir l'importance du budget de ce dernier. Ce budget considérable totaliserait tous les chapitres des budgets municipaux actuellement consacrés aux hôpitaux de Paris et de province. Ce serait une spoliation opérée par l'Etat dans tous les hôtels de ville de France, car les capitaux, les immeubles et les propriétés terriennes appartenant aux déshérités de notre pays passeraient tous dans les mains de l'Etat. On a même envisagé la possibilité de mettre la main sur *les formations de charité libres et privées*.

Dans certains milieux, on reproche à l'hygiène sociale d'avoir en France beaucoup trop de têtes et on voudrait un seul chef ; aussi M. Sellier, récemment encore ministre de la Santé publique, avait-il voulu créer ces *Centres de santé*, dont le but essentiel eût été d'assurer une relation et une entente entre les formations sanitaires *publiques* et *privées*. On aurait pu ainsi préparer progressivement leur mise sous séquestre.

Le ministre voulait pouvoir commander à une armée de fonctionnaires parfaitement hiérarchisés. Pour cela, un des principes républicains essentiels devait disparaître, je veux parler de l'autonomie communale et départementale. Par ce moyen, l'Etat devenait le maître absolu de nommer le personnel *médical* et *administratif* de toutes les formations sanitaires de France : crèches, dispensaires, hôpitaux, préventoria, sanatoria, maisons de repos, de cure, de santé, hospices, asiles, etc...

De là *à mettre la main sur tous les établissements thermaux*, il n'y avait qu'un pas à franchir.

Les partisans des mesures étudiées par M. Sellier disent que le ministère ne connaît pas les médecins, administrateurs et économes de la plupart des hôpitaux, dont les maires sont abusivement les maîtres ! Ils reprochent aux Commissions administratives des hospices leur incompétence. Le choix des médecins, disent-ils, est laissé à la faveur politique. Vain prétexte, qui a pour but de supprimer l'indépendance médicale. Quand les médecins d'hôpitaux seront fonctionnaires d'Etat, ils auront un statut uniforme et des obligations à remplir ; s'ils ne s'y soumettent pas, des sanctions pourront être envisagées contre eux.

Le danger est assez grave pour que nous attirions sur lui l'attention du corps médical qui peut, un matin, se trouver en face du fait accompli. MAURICE MORDAGNE.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, du 15 décembre 1937.

NÉCROLOGIE

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort, à l'âge de 87 ans, du professeur Gabriel Pouchet, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, vice-président honoraire du Conseil supérieur de France, membre titulaire de l'Académie de médecine depuis 1897 dans la section des sciences biologiques, physiques et chimiques. M. Pouchet était commandeur de la Légion d'honneur.

Nous apprenons également la mort du docteur Pierre Dibos, décédé à 61 ans, à Mont-de-Marsan. Il était président de la Confédération des Syndicats médicaux français.

LES DYSPEPSIES SECONDAIRES DANS LES NÉPHRITES CHRONIQUES

Par MM. MAURICE LOEPER et PIERRE PERREAU

Il y a plus de cent ans que sont connus et décrits les troubles gastriques secondaires survenant chez les brightiques. En France, en Allemagne, en Angleterre ou en Amérique, de nombreuses recherches sur ce sujet ont été publiées dans ces dernières années, dont nous citerons celles de Goyena, de Surmont, de Castaigne, de Guttmann, de Mathieu et Roux, de Lemierre et Piédelièvre.

Aux excitations anormales, infectieuses, toxiques, mécaniques ou réflexes, l'estomac répond par quelques types de réactions toujours assez semblables à elles-mêmes : simple gêne après les repas, météorisme plus ou moins accentué, véritable douleur même, plus ou moins tardive, survenant 2 ou 3 heures après l'ingestion des aliments, et simulant parfois la douleur de l'ulcus ; enfin vomissements plus ou moins abondants et répétés. Ce dernier symptôme, associé à de violentes douleurs peut, quelquefois, atteindre une si haute intensité que l'on porte le diagnostic de crise gastrique tabétique. Enfin dans d'autres cas, encore, des troubles dyspeptiques, peu accentués, mais constants, progressifs, qui vont de pair avec une cachexie marquée se compliquant d'une hématémèse, et le tableau rappelle le cancer. A ces différents symptômes cliniques, il convient d'ajouter les phénomènes chimiques que révèlent le tubage et l'analyse du suc gastrique : hyper ou hypochlorhydrie, diminution de la pepsine, mucorrhée et même résidus alimentaires à jeun.

Avant de citer quelques observations de gastralgies chez les brightiques, nous rappellerons que leur pathogénie est différente de celle de la lithiase rénale, des tumeurs, voire des hydronéphroses. Elle n'est pas mécanique ou réflexe mais toxique, et la variation du taux des chlorures, de l'urée, des bases aminées, auxquelles se joint l'hypertension artérielle en font les frais.

Nous étudierons d'abord les troubles par *chlorurémie.*

Voici une première observation qui a trait à de véritables *crises d'hyperchlorhydrie*. Elle concerne un homme de 30 ans soigné à Saint-Antoine, il y a 3 mois. Il avait autrefois, à la Pitié, après une scarlatine bénigne, présenté déjà de l'albumine et un léger œdème malléolaire ; mais le taux d'urée sanguine n'était que de 0,40 gr.. La perméabilité rénale au bleu de méthylène était à peine diminuée et la tension artérielle atteignait seulement à 16/8. De temps en temps, ce malade souffrait d'une céphalalgie, qui d'ailleurs disparaissait entièrement après quelques jours de régime lacté, et aussi quelques vomissements qui s'atténuaient de même. Il y a trois mois les malaises s'accentuent : le malade se plaint de brûlures gastriques assez tardives, et de vomissements aqueux qui surviennent trois heures après les repas. Par ailleurs, un peu d'œdème, d'albumine, une légère hypertension artérielle, en un mot une atteinte rénale évidente dont la traduction gastrique était de type hyperchlorhydrique avec des douleurs soulagées par les vomissements. Dans le liquide vomi, le taux du NaCl atteignait 7,10 gr. par litre, taux plus élevé même que celui des chlorures sanguins (6 gr.). Quant au HCl libre, il atteignait 2,10 et l'acidité totale 3.50. Voilà certes un type discret mais très caractérisé.

Les réactions peuvent être plus intenses et revêtir la forme *pseudo-ulcéreuse*. Il en était ainsi dans les deux observations typiques publiées par Surmont, dans l'*Echo Médical du Nord* dès le 31 juin 1914 : l'une qui relate le cas d'un malade de 33 ans, atteint de crises gastralgiques 3 ou 4 heures après les repas, à peine calmées par les alcalins, et accompagnées de vomissements très acides ; crises se produisant la nuit comme le jour et si intenses même la nuit que le malade était obligé de les calmer par des bouillottes d'eau brûlante. L'autre observation concerne un malade qui présentait aussi des crises très douloureuses, 4 à 5 heures après les repas, que soulageaient des vomissements aqueux, très salés et très acides.

De tels symptômes, de telles douleurs si tardives, si violentes, caractérisent vraiment une forme pseudo-ulcéreuse ». Mais il est des réactions beaucoup plus atténuées et d'ailleurs plus précoces, malaises ou flatulences qui rappellent le type de « *dyspepsie sensitivo-motrice* » de Mathieu. Apparaissant peu après les repas, elles s'accompagnent de tension pénible, d'éructation et le tubage révèle souvent aussi l'hyperchlorhydrie. Goyena, d'autre part, a décrit une forme plus atténuée encore.

La relation de ces différents troubles avec le chlorure de sodium est patente puisqu'ils disparaissent sous l'influence d'un régime déchloruré ou reparaissent avec l'alimentation chlorée. Voici une observation probante de ces variations alimentaires : Un malade de 36 ans ressent, après chaque repas, une sensation de pesanteur et de gêne gastrique, parfois même il a de véritables nausées. Sa langue est saburrale ; on constate du tympanisme, de l'aérophagie et du clapotage ; par ailleurs une légère albuminurie, un peu d'œdème et une azotémie presque normale. Goyena, qui l'a observé, supposait que ces troubles étaient en rapport avec l'hyperchlorémie. Il fait le dosage de suc gastrique et trouve 2,19 gr. d'acide total, 1,31 gr. d'acide chlorhydrique libre, et 7,1 gr. 0/00 de chlore. Devant ces chiffres assez élevés, il met son malade au régime hypochloruré et a la satisfaction, au bout de quelques jours, de voir le taux de l'acide chlorhydrique libre s'abaisser à 1,24, l'acidité totale revenir à 1,60 et le chlore total à 3,80 %. Puis il fait l'expérience inverse, il « rechlorure » son malade et constate une ascension nouvelle à 3,60 pour l'acide chlorhydrique, et 5,23 0/00 de chlore total, tandis que les troubles dyspeptiques reparaissent.

Cette observation quasi cruciale dont les travaux de Widal, de Castaigne offrent d'autres exemples, prouve que, même avec une chlorémie normale, puisque le chlore total du sang était à peine modifié et que le rapport du chlore globulaire au chlore plasmatique était de 0,53, l'élimination excessive du chlore par l'estomac est possible, qu'elle conditionne chez le rénal des troubles évidents et qu'elle se peut atténuer par la déchloruration.

Cette influence du régime a été niée par Einer (1930) mais elle est confirmée par Castaigne, en 1912, dans un article du *Journal de Médecine de Paris.* Voici cette nouvelle observation si intéressante aussi : « Un homme de 43 ans se plaignait depuis trois ans de troubles gastriques, de brûlures violentes survenant 2 ou 3 heures après les repas et provoquant parfois l'insomnie. Ces douleurs étaient calmées par l'ingestion de lait et d'alcalins. Le dosage du suc gastrique, après tubage, montrait un excès considérable d'acide chlorhydrique libre. Non amélioré par le régime et le traitement classique, le malade se fait faire, pendant 10 jours, des injections d'un demi-litre d'eau de mer. Le 3e jour, léger œdème malléolaire et palpébral ; le 10e jour, grande crise d'œdème aigu, qui nécessite l'hospitalisation. A l'examen, signes évidents de néphrite chronique : œdèmes, albuminurie, pas de rétention azotée, pas de troubles de l'élimination du bleu de méthylène, mais rétention chlorurée certaine. Le régime déchloruré strict fait disparaître tous les signes d'hyperchlorhydrie. Par contre l'épreuve de la chlorurie alimentaire d'Achard et Loeper (ingestion de 10 gr. de NaCl pendant 4 jours) fait reparaître, dès le 2e jour, les signes de dyspepsie hyperchlorhydrique.

Voilà donc bien la dyspepsie gastrique par élimination excessive de chlorure de sodium.

Comment peut-on comprendre que parfois, dans des cas rares évidemment, on obtienne des effets inverses, et que l'administration de chlorure de sodium puisse faire disparaître les accidents gastriques, alors que, dans les observations précédentes, il les fait apparaître ? Rathery et Van Caulaert ont pensé que la chloropénie pouvait amener des vomissements, et comme Van Caulaert l'a signalé, les vomissements semblent exagérer l'anachlorémie, et c'est un cercle vicieux. A deux de leurs malades, ces auteurs ont administré 10 grammes de sel, et ont arrêté les vomissements. Il y a là un paradoxe. J'avoue que, à la lecture de ces observations, je vois que ces malades sont de grands azotémiques, et je me demande alors si l'azotémie ne prime pas l'hypochlorémie. Néanmoins la rechloruration les peut atténuer parce qu'elle atténue au moins momentanément l'azotémie.

***

Nous arrivons ici aux troubles de l'*azotémie*. Ils sont nombreux, variés et plus graves. Les troubles dyspeptiques qu'on y observe affectent l'allure de douleurs duodénales, de crises pyloriques, de cachexie cancéreuse. Voici une boulangère qui vint me voir, il y a 7 ans, se plaignant de troubles gastriques depuis un an environ sans trop de préoccupation parce qu'elle les attribuait à un abus de pain qu'elle avait excellent et de pâtisserie qu'elle aimait. Des vomissements se manifestaient fréquemment, bilieux et aqueux, alimentaires aussi. Parfois une légère réaction fébrile, une petite douleur dans l'hypochondre droit. On pensa au foie et on donna de l'extrait hépatique et des cholagogues sans succès. En octobre 1927, elle se plaignit encore de gonflement gastrique après les repas, et d'une sensibilité très nette à la palpation. Le diagnostic radiologique de périduodénite fut alors porté par le docteur Beclère, le traitement hépatique continué, avec un peu de belladone, mais sans aucune modification marquée. Enfin, en mai 1928, les douleurs se produisent, s'accentuent, violentes, 2 heures après chaque repas, et des vomissements les accompagnent chaque fois. Le nombre des hématies est de 2.800.000 et plus tard de 1.900.000. J'envisageai l'hypothèse d'un néoplasme ; mais bientôt le diagnostic d'une lésion rénale s'imposa du fait d'une légère albuminurie et d'une élévation du taux de l'urée sanguine à 1,40 gr. et d'une hypertension de 23/15. L'ascension de l'urée fut progressive et la malade mourut bientôt avec des crises convulsives dans le coma. Voilà certes une erreur de diagnostic, mais bien pardonnable. Signes si légers, si bénins d'abord, que l'on répugne à les rapporter à une cause grave, puis persistant avec une forte anémie simulant le cancer, puis enfin toute la triade brightique signant la maladie.

Je relève une observation semblable dans la thèse de l'un de nous et que nous résumons brièvement : une malade de 29 ans entre à l'hôpital en janvier 1936, pour vertiges, asthénie, et diminution de l'acuité visuelle ; son faciès est blafard. Elle a une forte albuminurie, 3 gr. 50, et une azotémie élevée (2 gr. 50). Depuis quelque temps, elle se plaint d'anorexie, de vomissements, de douleurs gastriques et de troubles digestifs. Sa tension artérielle est 22/14. Le tubage gastrique, après repas d'épreuve, donne les chiffres suivants : acide chlorhydrique libre, 0,90 gr.; acidité totale, 1,60 gr., qui sont des chiffres à peu près normaux.

Ses troubles gastriques et ses vomissements ont certainement l'azotémie pour origine. Dans tous ces cas il n'est pas toujours facile de faire un diagnostic. Certes, quand le malade se plaint d'accidents respiratoires, lorsqu'il présente un gros cœur, un bruit de galop net, à défaut même d'une azotémie caractéristique, le diagnostic est assez aisé ; mais quand l'anorexie, la cachexie, les vomissements, l'hématémèse même priment de beaucoup les accidents rénaux, on est fort excusable de penser à un néoplasme. Alors, le dosage de l'urée sanguine et l'analyse des urines peuvent orienter, d'une façon définitive, le diagnostic. L'observation suivante, de Rathery, montre encore comment une erreur peut être évitée : un homme de 52 ans, peintre en bâtiment, présente quelques accidents polynévritiques, de l'aréflexie et une certaine paresse des membres inférieurs, comme quelques saturnins ; en même temps il est éthylique. Ses troubles digestifs consistent en une certaine anorexie pour les viandes et les graisses, de la diarrhée, des vomissements et même du meloena ; il a beaucoup maigri, et il est très anémique (globules rouges : 1.500.000). On pense naturellement au cancer, d'autant plus qu'il n'y a ni œdème, ni bruit de galop ; mais au bout d'un certain temps, une légère dyspnée s'installe, chose curieuse, non du type Cheyne-Stokes, mais du type Küssmaul ; et les œdèmes s'installent ; dans la bouche apparaissent quelques petites taches hémorragiques spécialement à la face interne de la lèvre inférieure. La diarrhée est profuse, l'abdomen reste souple. Dans le sang, l'urée atteint successivement les taux de 2,15 gr., 2,90 gr. et 3,75 gr., la réserve alcaline est de 21,5 et tombe à 16,1, le chlore plasmatique monte de

3,91 gr. à 3,97 gr. le chlore globulaire s'abaisse de 1,40 gr. à 1,12 gr. Dans les urines il y a 6 à 7 gr. d'albumine par litre. Le malade meurt dans une dyspnée progressive, et l'autopsie révèle une « néphrite chronique glomérulo-tubulaire parcellaire ». Là, encore, il était difficile de poser un diagnostic exact dès le début de la maladie et de rapporter l'anorexie, les douleurs gastriques et l'anémie de ce malade, à sa néphrite chronique plutôt qu'au saturnisme, à l'éthylisme, même au cancer. Insistons sur la chloropénie très marquée, l'acidose, mais encore surtout sur l'accroissement considérable de l'urée du sang.

Cette recherche de l'urée sanguine date de 1886 et c'est Charcot et Grehant qui ont fait le premier dosage ; puis Debove et Dreyfous en firent aussi chez des hystériques anuriques ; nous-mêmes, avec M. Achard, M. Paisseau, avons constaté des chiffres plus élevés et jusqu'à 4 grammes. On sait l'importance que Widal a donnée à ces dosages. Cette urée passe d'ailleurs dans les vomissements. Paisseau, Simisi, Vladesco et Popesco (Archives Dig. 1929) croient qu'une partie seulement de l'urée produite dans l'organisme passe dans le suc gastrique où l'on trouverait pourtant encore beaucoup d'ammoniaque. Pour Lemierre, cette transformation en ammoniaque est constante et c'est surtout l'ammoniaque que l'on dose. Il y a vraiment de l'urée. Chez un de nos malades, nous avons trouvé 0,46 gr. 0/00 d'urée dans ses vomissements, à côté d'une quantité très appréciable d'ammoniaque.

Les vomissements d'un sujet normal peuvent contenir de l'ammoniaque. Ceux des néphrétiques contiennent de l'urée à l'état de pureté.

***

Voilà donc des accidents gastriques dus aux variations du taux des chlorures ou de l'urée. Il en est d'autres qu'on peut attribuer à l'*hypertension*. Cette hypertension peut chez les brightiques donner naissance à des crises paroxystiques, à tel point qu'on pense à une crise tabétique. Tel est le cas de cet homme de 40 ans, que j'ai observé avec le docteur Loisel de Rouen, dont la tension artérielle s'élevait à 24/15. Les urines contenaient un peu d'albumine et quelques cylindres ; l'azotémie était de 0,60 gr., bien insuffisante certes à provoquer les accidents dont il se plaignait. Les crises consistaient en un ballonnement considérable avec vomissements incoercibles et constipation opiniâtre. Elles avaient un début brutal, sans cause apparente, et faisaient monter la tension à 27, 28 et même 32. Leur durée était, en moyenne, de deux jours, puis tout rentrait dans l'ordre, les vomissements cessaient, la constipation disparaissait et la tension artérielle s'abaissait alors à 20. Il semble bien que, chez ce brightique, les crises gastriques aient été la conséquence des crises hypertensives. Une explication analogue est, sans doute, valable aussi pour une malade de notre service, qui a des vomissements violents chaque fois que sa tension artérielle s'élève, et n'en présente plus quand elle cesse. Elle est aussi néphrétique, a un peu d'albumine et un excès d'urée, mais elle est plus hypertendue que néphrétique.

Est-il possible de préciser la fréquence respective de chacun de ces types classiques : dyspepsie, douleurs, crises paroxystiques, vomissements ?

La dyspepsie existe dans les néphrites chroniques, dans 60 % des cas. Au début il s'agit d'hyperchlorhydrie dans 80 %. Plus tard, dans les néphrites anciennes, elles sont plus rares et en général azotémiques et hypochlorhydriques. Sur 18 cas d'hyperchlorhydrie d'abord mal déterminés, cinq ont pu être rattachés à une néphrite chronique.

Au début, l'intégrité des glandes stomacales est la règle. A la période terminale elle est l'exception.

Elles sont peu douloureuses au début ; plus cachectisantes ensuite. Là elles simulent l'ulcus, ici le cancer.

Dans le prochain chapitre, nous décrirons les lésions anatomiques et aussi, grâce à la gastroscopie, l'aspect de cette muqueuse. Nous dirons quelle part respective, dans la pathogénie des accidents, revient à la rétention chlorurée ou uréique, aux corps aminés, au système nerveux, à la pepsine, à l'hypertension, toutes notions qui peuvent être à la base d'une thérapeutique rationnelle.

(*A suivre.*)

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LES LOIS DU PROFESSEUR ESCUDERO (DE BUENOS-AIRES)

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Le prof. Escudero a formulé quatre lois relatives à l'alimentation du nourrisson :

1° **Loi de la quantité.** — L'alimentation doit être administrée en quantité suffisante pour couvrir les exigences caloriques de l'organisme et le maintenir en équilibre.

2° **Loi de la qualité.** — Elle doit contenir tous les principes nécessaires à l'organisme.

3° **Loi de l'harmonie.** — Les quantités de ces divers principes doivent affecter, entre elles, des proportions déterminées.

4° **Loi de l'adaptation.** — Les aliments doivent pouvoir être adaptés par l'organisme.

Voici, au sujet de ces lois, les explications que fournissent MM. C. P. Montagna et A. A. Rimold, dans un article intitulé : *Alimentacion non especifica del lactante en su primer Semestre*, et publié par les *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos-Aires* (t. III, N° 1, 1937).

***

Rien de spécial à dire en ce qui concerne la *loi de la quantité*. Pour la *loi de la qualité*, il est indispensable que le régime alimentaire du nourrisson comprenne tous les éléments qui entrent dans la constitution de son organisme, et, surtout, ceux qui contribuent à son développement normal. Pour atteindre ce but, on s'adresse au lait de vache, qui se rapproche sensiblement, par sa composition, du lait de femme, bien qu'il soit pauvre en fer, en cuivre et en vitamines C. Quant à la *loi de l'harmonie*, elle se propose de déterminer les proportions relatives des glucides, des lipides et des protides.

Mayer et Nassau se sont surtout occupés des proportions respectives des *glucides* et des *lipides*. Pour eux, étant donné l'antagonisme qui existe entre ces substances dans le mé-

tabolisme organique, l'alimentation artificielle, sous forme de mélange lacté, doit contenir deux fois plus de glucides que de lipides, ainsi qu'il en est pour le lait de femme, où les protides figurent pour 1, les lipides, pour 3,5, les glucides, pour 7. Pour les auteurs argentins, l'argument n'est pas péremptoire, puisque le lait de vache est souvent mal supporté par le nourrisson, bien que les lipides et les glucides y soient sensiblement dans les mêmes proportions que pour le lait de femme.

Passons à *l'équilibre des protéines*. On sait que la protéine du lait de femme possède une valeur calorique totale moindre que celle du lait de vache, mais, en échange, est beaucoup plus riche en lactalbumine qu'en caséine. Celui-ci contient 2,5 à 3,5 p. 100 de protéines, dont 0,50 à 0,80 de caséine, tandis que celui-là n'en contient que de 1,10 à 1,80 p. 100, dont 0,30 à 0,50 de caséine.

Les dilutions de lait, quelles qu'elles soient, ne peuvent jamais modifier ces proportions : aussi n'est-ce pas sur elles que l'on peut se fonder pour faire un mélange lacté capable de remplacer le lait de femme.

Quant au *pourcentage des composants du lait*, nous avons vu les chiffres relatifs au lait de femme. Pour le lait de vache, les auteurs argentins admettent : glucides, 4,8 ; protides, 3,5 ; lipides, 3,2. Les deux possèdent donc une valeur calorique comparable et un coefficient lipides : glucides semblable. La différence fondamentale réside dans le pourcentage calorique de la protéine, qui va de 8,2 pour le lait de femme à 22,5 pour le lait de vache.

Le mélange classique, en Argentine : lait de vache et mucilage ââ, 5 p. 100 de sucre, semble meilleur que le lait de vache, parce qu'il contient une plus grande quantité de glucides, ce qui diminue beaucoup le pourcentage des protides. Mais il se montre inférieur au lait de femme, parce que sa valeur calorique est moindre et que le coefficient lipides : glucides y est très élevé.

La *loi d'adaptation* veut qu'on donne le mélange dans le premier semestre, réservant pour le second la soupe de Czerny.

Le prof. Escudero, pour satisfaire à la loi de proportion, recommande un *mélange de lait de vache* dilué à moitié et auquel on ajoute 3 p. 100 de mucilage, 4 p. 100 de sucre et 2 p. 100 de beurre.

La préparation en est simple. On prend de l'orge perlé, de l'avoine ou du riz glacé, préalablement lavés à grande eau, et on en fait bouillir 30 g. dans un litre d'eau, à feu lent, pendant une heure. Filtrer et ajouter quantité suffisante d'eau bouillie pour compléter le litre.

A un demi-litre de lait bouilli, ajouter 20 g. de beurre sans sel et 40 g. de sucre commun.

Mélanger ce lait avec un demi-litre de mucilage ; faire bouillir trois minutes ; filtrer.

Pour le second semestre, les auteurs argentins conseillent la *soupe de Czerny*, modifiée par Escudero et appelée *Besamela*, parce qu'elle dérive de la sauce dite Béchamel. Elle comprend 30 g. de farine, 33 de beurre, 33 de sucre, 750 d'eau et 250 cm³ de lait.

Pour la préparer, on fait 1° fondre le beurre, à feu doux, et on continue jusqu'à ce que les bulles aient fini de se former à la surface ; 2° cuire la farine dans une poêle, à feu modéré ; 3° préparer l'eau sucrée ; 4° bouillir le lait.

Dans le récipient où a fondu le beurre, on verse peu à peu la farine cuite, en remuant continuellement avec une cuillère et en veillant à ce que le feu ne soit pas trop ardent. Laisser refroidir ce mélange et ajouter peu à peu l'eau sucrée préparée de façon à avoir une pâte de couleur crème, onctueuse, un peu granuleuse, pourtant homogène et bien liée, qu'on chauffe et qu'on mélange peu à peu au lait bouilli, en remuant constamment avec une cuillère, jusqu'à ébullition, qu'on maintient de deux à trois minutes. On obtient ainsi un liquide blanchâtre, à peine visqueux, qui est le besamela. Les résultats fournis par ces deux aliments à la consultation d'assistance sociale, ont été très favorables, non seulement pour les enfants normaux, mais aussi pour les hypotrophiques.

***

Les médecins européens se sont, depuis longtemps, occupés de ces questions. En ce qui concerne la loi de la quantité, ils admettent, en général, qu'il faut au nourrisson normal 100 calories par kilog (Heubner), soit, par kilogramme, 150 g. de lait de femme, 140 de lait de vache. Ils observent la loi de qualité en variant, au plus tôt, l'alimentation du nourrisson et en y introduisant des jus de fruits ou de légumes, de petites purées, des compotes, des croûtes de pain, des bananes, du fromage blanc. Ils ont consacré beaucoup de recherches à la notion d'équilibre, depuis que Mme Randoin, M. Simonnet et M. R. Lecoq leur ont appris que les aliments doivent, sous peine de troubles graves chez ceux qui les absorbent, être équilibrés entre eux, l'équilibre devant exister non seulement entre protides, glucides et lipides, mais encore entre chaque variété de ces trois aliments ; entre les sels minéraux et le reste de la ration ; entre les diverses vitamines ; entre vitamines, d'une part, protides, glucides et lipides, de l'autre ; entre l'eau et les aliments solides. Ils n'ont jamais négligé la loi d'adaptation. N'empêche que, fondés sur des données indiscutables, les travaux du prof. Escudero sont du plus grand intérêt et qu'ils aboutissent à une conclusion pratique : mélange lacté pour les trois premiers mois, aliment dérivé de la soupe de Czerny pour les trois suivants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 MAI 1938)

Sur la nature chimique et sur les propriétés biologiques de l'antigène Vi du bacille typhique. — M. André BOIVIN et Mme Lydia MESROBEANU.

(SÉANCE DU 16 MAI 1938)

Nouvelle réaction de la cystine applicable à son dosage et à sa recherche immédiate dans les calculs et concrétions urinaires. — M. Georges DENIGÈS.

Le rôle du système réticulo-endothélial dans le métabolisme azoté. — M. Emile-F. TERROINE et Mlle Berthe NATAF.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 31 MAI 1938)

L'orientation de l'enfant. — M. RIBADEAU-DUMAS. « La commission de l'orientation de l'enfant, après lecture de la lettre adressée par notre collègue, le Recteur Roussy, président de la commission nommée par le conseil supérieur de l'instruction publique, décide de reporter la discussion à la fin de l'année scolaire, M. Roussy s'offrant à apporter à ce moment à la commission, les résultats de l'enquête poursuivie dans les écoles et lycées. Mais, dès maintenant, la commission estime que la participation du médecin est nécessaire dans toute orientation.

Aussi la commission émet le vœu que tout effort d'orientation doit être en principe positif.

La commission se montre, d'autre part, défavorable à tout essai d'orientation trop précoce.

Enfin, elle émet le désir de connaître et de discuter le projet retenu avant toute décision définitive. »

L'Académie adopte le vœu.

L'électreucéphalogramme de la région précentrale chez l'homme à l'état normal et pathologique. — M. SOUQUES présente cette note au nom du regretté G. MARINESCO et de ses collaborateurs MM. O. SAGER et A. KREINDLER.

Les auteurs sont enclins d'admettre, à la suite de leurs recherches dans la sclérose latérale amyotrophique et de celles qu'ils ont faites sur le lapin, qu'il existe un rythme propre de toute l'écorce cérébrale, rythme sur lequel se superposent d'autres fréquences. C'est-à-dire qu'ils peuvent mettre en évidence sur toute la surface de l'écorce cérébrale un rythme compris entre 9 et 11 Hertz. Sur ce rythme se superpose, particulièrement dans la région précentrale, un autre compris entre 15 et 30 Hertz (rythme β). Ce dernier rythme est donné par les couches III et surtout V de l'écorce cérébrale. Le rythme propre de toute l'écorce cérébrale est contrôlé par la région visuelle et dans la région précentrale, il ne dépend pas de l'intégrité anatomique des couches III et V, intégrité qui paraît indispensable pour la production du rythme β.

Action du poumon sur les germes microbiens du sang circulant. — MM. LÉON BINET et Ch. JAULMES, rapportant des résultats d'expériences, montrent qu'un poumon de chien aseptiquement isolé, perfusé et placé dans des conditions physiologiques, est capable d'agir sur des germes microbiens ajoutés au sang de la perfusion. Cette action est manifeste au bout d'une heure (80 à 95 p. 100 des germes ont disparu du sang au bout de ce délai) et s'accentue par la suite. L'addition d'encre de Chine au sang circulant atténue ou retarde considérablement l'action du poumon sur les germes microbiens.

Le budget du ministère de la Santé publique. — M. G. ICHOK, professeur à l'Institut de statistique de l'Université de Paris, attire tout d'abord l'attention sur le fait que, dans le budget général, dont le montant atteint environ 55 milliards, le ministère de la Santé publique ne dispose à peu près que d'un milliard et demi. Si l'on examine ses diverses rubriques, on constate qu'elles se consacrent principalement à l'assistance sous ses diverses formes, et la première place est occupée par l'encouragement national aux familles nombreuses : 380 millions.

L'auteur déplore que les difficultés financières empêchent de transformer le budget du ministère de la Santé publique en caisse de lutte rationnelle et préventive, contre la maladie évitable et la mort prématurée.

Le poison phalloïdien. — MM. GUÉTROT et MEITES apportent les résultats des expériences concernant l'empoisonnement et le poison phalloïdiens, effectuées dans le laboratoire de M. le prof. C. JEANNIN (clinique Tarnier).

Le traitement de l'empoisonnement phalloïdien, causé par les amanites mortelles, a fait, depuis 1936, des progrès très importants, vraisemblablement décisifs, grâce à une méthode curative nouvelle basée sur les réactions humorales du sang, et qui a été appliquée par : 1° d'abord MM. les docteurs Binet et Marek, au moyen de leur solution hyperglucosée (40 p. 1.000) ; 2° M. le docteur Le Calvé, de Redon, au moyen de sa solution décachlorurée (NaCl à 10 pour 100). Ce dernier traitement a été le but d'expériences exécutées sur des lapins, à la clinique Tarnier, pendant quatre mois, l'hiver dernier, parce que : 1° il paraît avoir, par l'emploi de NaCl, base du plasma-sérum, des conséquences thérapeutiques plus générales ; 2° il n'avait pas encore été expérimenté au laboratoire.

Les résultats principaux sont les suivants :

I. La solution décachlorurée (méthode de M. le docteur Le Calvé), expérimentée en clinique et au laboratoire, paraît être, en pratique, le traitement le plus simple, le plus rapide et vraisemblablement le plus efficace pour faire cesser l'empoisonnement phalloïdien.

II. Cette solution décachlorurée occasionne une surchloruration plasmatique temporaire importante (15 à 20 p. 100) et fait remonter à la normale le glucose.

La solution hyperglucosée (méthode de MM. les docteurs Binet et Marek), expérimentée seulement au laboratoire, cause très probablement un résultat analogue.

Ces deux faits semblent confirmer complètement l'hypothèse de M. le docteur Guétrot, disant que le poison phalloïdien est non pas un poison vrai, un toxique postulant son antidote, mais un poison par carence, un toxicoïde ; 2° l'empoisonnement phalloïdien est d'abord et essentiellement un drame du sang, plus précisément du plasma-sérum, dû surtout à une cause physique d'hypotonicité, qui est la rupture de l'équilibre normal du plasma-sérum.

III. Le poison phalloïdien paraît être chimiquement un polypeptide qui, notamment par son très fort pouvoir hypoglycémiant, est à rapprocher du groupe des insulinoïdes.

Election d'un membre libre, en remplacement de M. MESNIL, décédé.

Voici le résultat des trois tours de scrutin qui furent nécessaires :

	1er tour	2e tour	3e tour
MM. Justin Godart	41	46	51 ELU
Kling	7	1	1 voix
Godlewski	13	11	2 —
Mme Phisalix	17	19	33 —
M. Armand Delille	17	17	8 —

ACADEMIE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 MAI 1938)

Un tétanos à incubation très courte. — M. L. BAZY rapporte cette observation due à MM. PINSAN et MAUREL ; une jeune femme se fait une plaie de l'éminence thénar ; vingt-neuf heures après le traumatisme, apparition d'abord de crises de contracture limitées au membre supérieur puis généralisées ; traitement anti-tétanique énergique. Guérison. Il convient de faire remarquer que la malade avait reçu, dix heures après l'accident, une injection préventive de sérum.

Luxation fracture du col du fémur. Fracture du cotyle. Reposition sanglante et résection modelante. — Rapport de M. MATHIEU sur une observation de M. LUZUY (Blois). Accident d'automobile ; luxation du fémur avec fracture du col ; en raison de l'état de shock et des contusions des parties molles, on ne peut intervenir qu'au bout d'un mois ; le cotyle doit être creusé péniblement, car il est en partie comblé ; modelage de la tête pour pouvoir la réintroduire dans la cavité cotyloïde ; fixation du fragment supérieur par un clou de Smith-Petersen. Résultat excellent.

M. MAUCLAIRE a observé un cas de luxation de la tête du fémur avec fracture du cotyle. Reconstitution du toit cotyloïdien.

M. BASSET a observé deux observations analogues à celles de M. Luzuy. Dans un cas, il a été obligé de faire un butoir sus-cotyloïdien pour empêcher une récidive de la luxation.

A propos des accidents de l'ostéosynthèse (importance du facteur électrolytique). — Rapport de M. MÉNÉGAUX sur ce travail de MM. PERVÈS et DAMAMY (Marseille). Onze mois après une ostéosynthèse pour fracture des deux os de l'avant-bras, les auteurs ont vu apparaître des troubles cutanés (cyanose) et d'augmentation considérable du volume des diaphyses au niveau des plaques. L'ablation des plaques fait cesser les troubles et amène une reconstitution progressive de la structure normale des diaphyses. Par des études expérimentales, les auteurs se sont efforcés de mettre en évidence le rôle des actions électrolytiques dans la genèse de ces accidents.

M. ROUHIER croit que les accidents secondaires aux ostéosynthèses ne sont pas toujours uniquement en rapport avec le matériel ; un facteur personnel intervient et l'auteur en rapporte une observation suggestive.

M. BASSET croit qu'il faut enlever à peu près systématiquement les plaques d'ostéosynthèse.

M. MATHIEU redoute la fragilité des nouveaux métaux dits inoxydables ; des vis en nicral D se sont cassées spontanément.

Sur le traitement des abcès subaigus du cerveau. — M. Clovis VINCENT rappelle tout d'abord les étapes du développement des abcès du cerveau : après une phase initiale d'œdème cérébral, le tissu fond en certains points, expliquant ainsi la possibilité fréquemment constatée du développement simultané de plusieurs abcès. Cet œdème cérébral entraîne d'autre part des troubles importants de la circulation cérébrale. L'évolution dépend du degré de virulence de l'infection, de l'état de vaccination du malade. Lorsque celui-ci est encore en vie au bout du cinquième jour, on peut espérer qu'il y aura enkystement de l'abcès et qu'on pourra lui appliquer la méthode de temporisation et d'exérèse secondaire défendue par l'auteur.

Le drainage immédiat, tel que l'ont pratiqué les auteurs classiques, s'avère a priori insuffisant pour lutter contre l'œdème du lobe cérébral et la multiplicité des foyers.

M. Clovis VINCENT a opéré 12 malades et n'a observé que deux décès ; les contre-indications de la méthode qu'il préconise sont : les formes suraiguës de l'abcès du cerveau, les formes qui ne peuvent pas s'enkyster (formes très superficielles au voisinage de la corticalité) ; enfin certains abcès siégeant dans les zones capitales du cerveau (couche optique par exemple).

M. DE MARTEL craint que la temporisation n'ait des inconvénients ; l'ablation en masse d'un abcès du cerveau doit créer des délabrements considérables.

M. PETIT-DUTAILLIS croit qu'il faut, comme l'a souligné M. Vincent, séparer les abcès d'origine otitique et les abcès cryptogénétiques. Le drainage est applicable aux premiers ; pour les seconds, l'auteur se rallie à la méthode de M. Vincent, compte tenu de la valeur fonctionnelle de la région où siège l'abcès.

(SÉANCE DU 11 MAI 1938)

Traitement du cancer du corps utérin par l'association Radium-Chirurgie. — M. MARQUIS (de Rennes), vient plaider la cause de cette association ; la curiethérapie n'arrive pas à atteindre toutes les lésions ; l'hystérectomie seule a également des inconvénients. M. Marquis insiste sur les difficultés du diagnostic, sur la nécessité d'un curetage biopsique. Au cours de ce curetage, on place immédiatement un tube de radium intra-utérin. Si l'examen histologique montre qu'il s'agit d'une métrite hyperplasique, le radium n'est laissé que peu de temps ; en cas de cancer, on le laisse 8 à 10 jours. Hystérectomie secondaire. M. Marquis n'a observé sur 29 cas aucune métastase après deux ans ; 16 malades sont vivantes et en bon état après trois ans.

Traitement des coxarthries graves par la résection arthroplastique (statistique de 45 cas). — M. MATHIEU précise tout d'abord les indications de la résection arthroplastique ; toutes les formes avec déformations articulaires importantes en constituent l'indication majeure et a fortiori, lorsque les lésions sont bilatérales.

Au point de vue des résultats et de la mortalité, 4 décès pour 49 opérations. Les complications post-opératoires sont rares, la plus fréquente étant l'hématome.

Les résultats sont infiniment moins bons dans les arthrites bilatérales ; sur 20 cas de coxarthries bilatérales, 57 p. 100 de bons résultats. On a intérêt à opérer les deux côtés, si on peut l'obtenir des malades.

Dans les formes unilatérales, le pourcentage de bons résultats atteint 78 p. 100, et M. Mathieu souligne qu'aucune intervention ne saurait donner des résultats comparables dans les cas en présence desquels on se trouve.

Quelques points de technique sont intéressants : section économique du col fémoral, ce qui rend plus facile l'extraction de la tête fémorale ; prise du lambeau de fascia lata du même côté, en se contentant d'un petit lambeau. Nécessité de garder un moignon de col très long, ce qui permet une mobilisation précoce (au bout de 1 mois) de la hanche. Présentation d'un remarquable film en couleur de la technique opératoire du prof. Mathieu.

La réduction par manœuvres externes des interpositions de l'épitrochlée dans l'interligne articulaire du coude. Deux nouveaux cas réduits sans intervention sanglante. — M. FÈVRE a réussi sept fois cette réduction sur 8 cas et il estime qu'on doit toujours commencer par essayer cette réduction par manœuvre externe. Les résultats éloignés sont excellents et au moins égaux à ceux que l'on obtient par réduction sanglante.

M. SORREL croit que la réduction par manœuvres est aveugle et anatomiquement difficile dans certains cas. L'intervention sanglante permet d'autre part de vérifier l'état du nerf cubital.

M. FÈVRE n'a jamais observé des interpositions aussi importantes que celles signalées par M. Sorrel.

Plaie du poumon traitée par suture. — M. MÉNÉGAUX rapporte cette observation de MM. Pergola et Cordebar. Après thoracotomie, suture de la plaie pulmonaire. Fermeture. Guérison, grâce à une pleurotomie d'évacuation nécessitée par un épanchement pleural secondaire.

M. Ménégaux en rapproche une observation analogue due à M. Baumann ; la suture a permis d'obtenir la guérison d'une plaie du lobe supérieur du poumon.

(SÉANCE DU 18 MAI 1938)

A propos de la conservation des ovaires dans l'hystérectomie. — M. CHEVRIER précise les conditions de cette chirurgie conservatrice.

Rupture traumatique de la rate. — M. SÉNÈQUE rapporte cette observation due à M. DUCASTAING. L'intérêt de cette observation réside surtout dans l'étude très minutieuse des suites opératoires et des examens de sang successifs qui ont été faits. Cependant, le délai d'observation (3 mois) est encore un peu court pour juger de l'avenir de ces malades.

M. GRÉGOIRE, dont l'expérience repose sur plus de deux cents splénectomisés, précise les conditions de cet avenir ; elles dépendent avant tout de la raison pour laquelle on a fait la splénectomie. En tout cas, l'exérèse de la rate ne

semble pas avoir d'influence sur le développement des sujets.

Rétrécissement essentiel de l'extrémité inférieure de l'œsophage. — M. Sénèque rapporte cette observation de MM. Milhiet et Jarry, observée chez une femme de 35 ans ; grosse atteinte de l'état général ; troubles fonctionnels classiques. Au cours de l'intervention, on constate que le rétrécissement mesure environ 5 centimètres. Opération de Heller. Résultat post-opératoire excellent.

L'action d'une greffe de tissu élastique au contact d'une résection osseuse partielle. Possibilité de remplacer un périoste par un lambeau de tunique moyenne d'une aorte quelconque. — Travail de MM. Crétin et Pouyanne, rapporté par M. Fredet. Partant de l'idée que le tissu élastique intervient puissamment dans l'ossification, les auteurs ont fait des études expérimentales, montrant l'intérêt d'interposition de tissu élastique dans un foyer de fracture.

La prévention du tétanos. — M. Ramon précise dans sa communication les méthodes de prévention du tétanos. La sérothérapie faite même immédiatement après l'accident ne met pas toujours à l'abri de tétanos à incubation prolongée se manifestant 15 jours ou 3 semaines après. Cela tient à la rapidité d'élimination de l'antitoxine tétanique ainsi produite. Il convient de rappeler d'autre part la fréquence relative des accidents post-sérothérapiques.

La vaccination par l'anatoxine antitétanique présente de sérieux avantages : innocuité absolue ; l'immunité n'est pas immédiate et demande un certain délai pour se produire, mais cette immunité est durable ; un an après la vaccination, 95 p. 100 des sujets conservent encore un pourcentage élevé de pouvoir antitoxique dans leur sérum. Ce pourcentage est remarquablement stable, comme l'ont montré Sacquépée et Jules.

On a montré d'autre part que la séro-vaccination (association d'anatoxine et de sérum) amenait une immunité aussi durable ; elle revêt son indication chez les sujets blessés et non encore vaccinés.

Quant à l'infection de rappel d'anatoxine, elle détermine en 4 jours une augmentation considérable du pouvoir antitoxique du sérum, même lorsque la vaccination a été effectuée plusieurs années auparavant.

S'il est encore difficile d'établir, sur des statistiques humaines, la valeur de la vaccination antitétanique, on peut tout au moins rappeler qu'elle est indiscutablement établie chez les chevaux sur lesquels la vaccination est appliquée systématiquement depuis des années. On n'a jamais observé un cas de tétanos sur les animaux vaccinés et ayant reçu au moins une injection de rappel.

Au point de vue pratique, M. Ramon propose les conclusions suivantes :

a) Individu non vacciné blessé : injection aussi précoce que possible de sérum, en y conjuguant si possible la vaccination : on fera les deux injections de sérum et d'anatoxine simultanées à quelque distance l'une de l'autre. 15 jours et 3 semaines après, deuxième et troisième injections d'anatoxine.

b) Individu vacciné antérieurement et blessé : injection de rappel d'anatoxine.

En cas de blessures très étendues et multiples ayant entraîné d'abondantes hémorragies, il peut être prudent d'y associer une injection de sérum.

MM. Petit-Dutaillis et Ledoux-Lebard. — Présentation de radiographies. Exploration lipiodolée d'un abcès sous-phrénique fistulisé : injection de tout l'arbre bronchique.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 MARS 1938)

Drainage après hystérectomie subtotale. — M. J. Lanos. A la suite de la présentation du film de M. Le Gac, l'auteur se déclare adversaire résolu du drainage, par tube de caoutchouc, après l'hystérectomie subtotale. A son avis, le drainage, si on le juge nécessaire, doit être fait largement : drain et mèches par le vagin ou sac de Mikulicz par l'abdomen.

Présentation d'un appareil pour insufflation tubaire kymographique. — M. L. Bonnet.

L'incision de Pribram dans la chirurgie des voies biliaires. (Film.) — T. P. Le Gac. Ce film montre la technique d'une incision faite au-dessus du rebord costal pour les plans superficiels et le grand oblique ; au-dessous du rebord costal pour les plans profonds. Cette incision donne un jour excellent, est peu hémorragique et se répare facilement sans exposer à l'éventration ; en raison de la disposition en chicane de la suture musculaire profonde et de la suture superficielle, elle se prête admirablement à la chirurgie de la vésicule et du cholédoque sur tout son trajet : sus-rétro pancréatique, et duodénal. Avec elle, on n'est jamais trop bas.

Hémicolectomie gauche pour cancer de l'angle splénique. — M. P. Le Gac.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 MARS 1938)

Le traitement novarsenical massif par instillation intraveineuse goutte à goutte. (Son intérêt comme traitement d'épreuve.) — MM. A. Tzanck, Duperrat, S. Lewi signalent qu'outre son intérêt prophylactique, la méthode qui consiste à injecter 1 gr. 50 de novar dilué dans 150 cc. de sérum, goutte à goutte, et trois jours de suite, représente un précieux moyen de diagnostic. Un exemple démonstratif est fourni par le cas de cette dame de 63 ans, spécifique, chez qui on trouvait une grosse ulcération du col, sans présence de tréponèmes. La biopsie était refusée par la malade.

Or, sous l'effet du traitement massif, on obtint une amélioration considérable en trois jours, suivie en quelques jours de cicatrisation. Plusieurs faits semblables ont été observés, et montrent ainsi l'intérêt de cette thérapeutique en tant que traitement d'épreuve.

La thérapeutique des chloro-anémies du premier âge. — MM. Maurice Lamy et Georges Sée signalent le caractère illusoire de certains traitements qui, bien que d'un emploi général, sont en réalité dépourvus de toute action sur les anémies du premier âge : ni les extraits hépatiques, ni les préparations organiques d'arsenic ne possèdent d'efficacité réelle.

Dans leur très grande majorité, les chloro-anémies du premier âge relèvent d'une carence alimentaire. Les prescriptions diététiques et la thérapeutique martiale doivent constituer la base du traitement. La restriction de la ration de lait, l'établissement d'un régime alimentaire correct, équilibré, riche en vitamines, et surtout l'administration de fer et d'acide ascorbique permettent d'obtenir en quelques semaines une guérison complète.

La carie dentaire, cri d'alarme de la morbidité infantile. — M. Georges Rosenthal conclut, de trente années de médecin des écoles de Paris, que l'enfant, sorti de la phase de

nourrisson, entre dans la pathologie par la carie dentaire. Celle-ci est le premier phénomène simple et facile à constater, qui jette le cri d'alarme. En particulier, la carie de la 5e dent de première dentition crée un danger de mauvaise nutrition par la douleur de la mastication, comme d'infection par les déglutitions putrides et par la contamination de contact de la 6e dent, toujours dent de deuxième dentition. La carie dentaire indique une mauvaise nutrition générale ; il faut y attacher la même valeur morbide générale qu'à la cuti-réaction, devenant positive, signe de primo-infection bacillaire.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Pour la dixième fois, la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille vient d'organiser des *Journées médicales.* Elles ont eu lieu les 6, 7 et 8 mai ; elles ont obtenu plus de succès que jamais, aussi bien par l'intérêt et la qualité des travaux que par l'affluence des auditeurs. Jamais nous n'avions vu les amphithéâtres plus garnis, l'exposition pharmaceutique mieux achalandée et plus assidûment fréquentée. Félicitons ceux de nos collègues qui ont organisé ces splendides manifestations de leur effort et plus encore de leur persévérance ; réjouissons-nous des heureux résultats qu'ils obtiennent et souhaitons-leur de trouver, l'an prochain, le même empressement unanime.

Le vendredi 6 mai, le professeur Lepoutre, doyen de la Faculté, inaugurait les stands d'une exposition de spécialités, fort bien aménagée dans le hall, faisait un bref discours dans le grand amphithéâtre et déclarait ouverte la Xe session des *Journées médicales.* Immédiatement se tenait la séance extraordinaire de la *Société médicale et anatomoclinique,* devant un auditoire particulièrement brillant, parmi lequel nous voulons au moins citer le colonel Fontan, directeur du Service de santé de la première région. Il ne fut pas possible d'épuiser l'ordre du jour, qui comprenait dix-huit communications, la séance s'acheva par un film opératoire dû à l'habileté technique du docteur Bataille et relatif à des interventions pratiquées par le professeur Courty, dans son service de l'hôpital Saint-Philibert.

Le samedi matin, 7 mai, séances dans les hôpitaux. A la Charité, dans le service de médecine, le professeur Langeron donnait une leçon sur les péricardites ; en chirurgie, le professeur Camelot faisait une laminectomie lombo-sacrée et une thyroïdectomie. A Saint-Antoine, le professeur Deherripon faisait une conférence clinique de médecine infantile, tandis que le professeur Billet opérait plusieurs malformations congénitales. A Saint-Philibert, même activité : interventions chirurgicales par le professeur Lepoutre, le professeur Courty et le docteur Callens.

Durant l'après-midi, conférences données à la Faculté : par le professeur d'Halluin sur la syncope ; par le professeur Parturier sur les syndromes hépato-parathyroïdiens ; par le professeur Bernard sur le diagnostic précoce du cancer de l'estomac. Puis une charmante séance récréative était donnée dans la grande salle de la Maison des Etudiants ; le programme comprenait des scènes du *Médecin malgré lui* et de *Knock*, fort bien interprétées par les jeunes auteurs, des poésies composées par des médecins, et des chœurs remarquablement donnés par un groupe d'étudiants aux voix bien timbrées.

Dimanche matin, 8 mai, on s'écrasait littéralement dans le grand amphithéâtre, pour les conférences de nos collègues parisiens. Le docteur Marcel Ombrédanne, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, parlait du vertige de Ménière et de son traitement chirurgical, illustrant son exposé d'un excellent film en couleurs. Puis, M. Louis Ombrédanne, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Paris, précisait avec une sobre éloquence « les indications chirurgicales chez les hermaphrodites ». Sa parfaite connaissance du sujet, son abondante documentation, la qualité et la quantité des clichés qu'il présenta, lui valurent tous les suffrages et toute l'admiration de son auditoire.

A l'issue de ces conférences, les congressistes furent reçus dans les salons de l'Hôtel Académique par Mgr Lesné, recteur de l'Université catholique. Puis eut lieu le banquet traditionnel, fine manifestation gastronomique, à laquelle participaient 160 convives, animés de la plus franche gaîté. A l'heure des toasts, le professeur Lepoutre, doyen de la Faculté, remercia délicatement les organisateurs et les conférenciers ; il fit en outre allusion à la Fondation missionnaire « Ad Lucem » qui honore, au Cameroun, la médecine française et l'Université catholique. Le professeur Ombrédanne lui répondit en termes exquis : s'il ne connaissait pas les bâtiments de la Faculté libre de médecine, il savait du moins toute la valeur de ceux qui y enseignent ; il admire profondément la cordialité des rapports entre maîtres et disciples, l'intimité qui ne cesse d'exister avec les anciens ; il rend hommage à cette « Maison » où l'on cultive les plus belles qualités de l'esprit et du cœur, où l'on garde intactes les vieilles et nobles traditions de la véritable médecine.

Dans un élan spontané, l'assistance se lève entière, pour chanter le *Vivat flamand*, émouvante manifestation de gratitude et d'espoir, qui clôt dignement ces festivités.

Dr A. DAVID.

(*Association Presse médicale française.*)

PRATIQUE MÉDICALE

LES BASES PURIQUES EN THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

par MM. VAN DOOREN et J. VAN HEERWYNGHELS (Bruxelles) (1)

Parmi les bases puriques, trois sont d'un emploi tout à fait courant en thérapeutique cardio-vasculaire : la caféine, la théobromine et la théophylline.

La caféine est la plus anciennement connue : son action diurétique est faible, son action cardiaque se traduit, à faible dose, par une accélération du rythme. Enfin, elle excite le centre respiratoire et stimule le système nerveux central.

La théobromine a une action diurétique très nette, mais elle n'agit ni sur le cœur, ni sur le centre respiratoire, et n'a qu'un très léger effet d'excitation sur le système nerveux central.

La théophylline est utilisée en association avec l'éthylène-diamine : c'est l'aminophylline, spécialisée sous les noms de caréna, euphyllin, deriphyllin, corphylamin. Son action diurétique est tout à fait remarquable ; elle est particulièrement active dans les cas d'oligurie s'accompagnant d'œdèmes. Sur la tension artérielle, elle agit comme hypotenseur. Point particulièrement important, elle augmente en même temps le débit coronarien et le tonus myocardique. Enfin, elle excite le centre respiratoire et le système nerveux central, mais à un degré moindre que la caféine.

Les auteurs rappellent ensuite qu'une abondante littérature médicale en faveur de la théophylline-éthylène-diamine en fait la substance du groupe purique la plus efficace, précieuse dans le traitement des douleurs angineuses et d'autant plus facile à utiliser qu'elle est dénuée de toxicité aux doses thérapeutiques.

(1) *Gazette médicale de France*, 15 février 1938, n° 4, p. 179.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES STÉNOSES DU PYLORE (1)

Aux examens successifs, on note l'absence de tout passage pylorique.

S. G. — L'état général ne tarde pas à être profondément altéré :

— L'amaigrissement, la sécheresse de la peau, la soif témoignent de la déshydratation.

— Le subictère atteste l'atteinte hépatique.

— La tachycardie, l'hypotension précèdent la défaillance cardiaque.

— L'oligurie et souvent l'azotémie traduisent l'atteinte rénale.

Ce sont donc des sujets extrêmement fragiles, aux émonctoires insuffisants, et il est absolument nécessaire, si l'on doit intervenir chirurgicalement, de préparer médicalement le malade, quelle que soit la cause de la sténose. On devra :

Procéder à des lavages d'estomac dans les jours précédents.

Désinfecter la cavité buccale.

Remonter l'état général, tonifier le cœur.

Réhydrater le malade (sérum sous-cutané, goutte à goutte rectal glucosé...).

Enfin, sous anesthésie locale, procéder à l'intervention la plus simple, la moins choquante qu'est la gastro-entérostomie, seule intervention capable d'éviter une évolution fatale.

En effet, abandonnée à elle-même, la sténose du pylore conduit à la mort par :

Cachexie.

Affections intercurrentes : broncho-pneumonie, néphrites ou complications : tétanie, anurie, coma dyspeptique, acidosique.

FORMES CLINIQUES

A. Les sténoses organiques ne réalisent pas toujours une telle marche lente et progressive. C'est ainsi que l'on décrit :

α) Des *sténoses serrées brusques* ou très rapidement progressives. L'évolution est aiguë en quelques semaines. Elle se manifeste par des douleur vives,

Des vomissements très précoces, peu abondants, fréquents,

Véritable état d'intolérance gastrique dont le diagnostic est souvent très difficile, car le signe capital de la sténose : la rétention, manque complètement du fait de l'incoercibilité des vomissements.

β) Des *sténoses légères, incomplètes.*

Seuls les examens complémentaires permettent de les déceler :

1. Le tubage à jeun ramène :

— Tantôt un liquide clair, contenant quelques rares débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu. Cette stase macroalimentaire constatée à plusieurs reprises permet d'affirmer une sténose légère.

— Tantôt un peu de liquide clair hyperacide, sans débris alimentaires visibles. L'hypersécrétion domine la stase. On n'affirmera la sténose *organique* que si dans des conditions identiques, à des examens répétés, d'une façon permanente :

Le liquide laisse déposer un peti culot résiduel où le microscope révèle des débris alimentaires (stase micro-alimentaire) ;

La concentration moléculaire est supérieure à 0 gr. 012.

2. A la radio on recherchera minutieusement quelques troubles de l'évacuation et surtout l'existence d'une petite dilatation prépylorique.

c) Des *formes symptomatiques*, de diagnostic difficile, car elles peuvent simuler n'importe quelle autre gastropathie :

1. Formes dyspeptiques, simulant par leur douleur solaire les ptoses, les dyspepsies.
2. Formes sans vomissements.
3. Formes gastralgiques pures.
4. Formes radiologiques.

Deux signes sont particulièrement précoces et doivent faire soupçonner la sténose :

Le péristaltisme gastrique anormal, fait d'alternatives de phases de lutte souvent sans effet et de phases de fatigue, donnant le syndrome de Barret ;

La dilatation progressive de l'antre prépylorique, avec « poussée vers la droite ».

B. Quant aux sténoses spasmodiques, elles ont donné lieu à de multiples discussions.

Elles sont liées essentiellement à un retentissement spasmodique de lésions gastriques ou extragastriques sur le sphincter pylorique.

a) *Elles réalisent le classique syndrome de Reichmann :*

S. F. — Douleurs tardives, survenant 4 heures et plus après les repas, *intenses*, calmées par les

— Vomissements, également tardifs, formés de liquide très acide, sans débris alimentaires.

S. Ph. — L'examen clinique, même en période de crise, est impuissant à faire le diagnostic. On aura recours aux :

Examens complémentaires :

a) Le tubage ramène, à jeun, 50 à 100 cm³ d'un liquide clair, acide, d'*hypersécrétion*, laissant un très léger dépôt, traduisant une rétention microscopique minime.

b) La radio est d'une importance capitale pour déceler le pylorospasme, en montrant :

— A jeun, 6 heures après le repas baryté, la présence de liquide de stase, le retard de l'évacuation iléale.

— Après absorption de baryte sous l'écran, on observe :

Après un premier passage dû à la surprise du pylore, le spasme apparaît aussitôt, le pylore semble bloqué et, malgré un hyperpéristaltisme, il n'y a pas d'évacuation gastrique. Mais le spasme est discontinu et, dès qu'il cède, l'évacuation se fait brusquement et rapidement. Cette alternative d'ouverture et de fermeture explique l'aspect paradoxal donné par les examens radiologiques en série.

Il n'existe pas de dilatation prépylorique.

b) Deux caractères différencient bien le pylorospasme de la sténose organique :

1. La variabilité de ses signes cliniques et radiographiques d'un moment à l'autre. L'évolution se fait en effet par crises (ou poussées) avec intervalles d'accalmie.
2. L'influence calmante manifeste des antispasmodiques : belladone, atropine, papaverine, bromures.

C. En réalité, la distinction entre sténose organique et spasmodique est factice.

Comme nous le verrons, une même cause peut déterminer l'une ou l'autre forme.

Nombreuses sont les formes intermédiaires, intriquées, organo-spasmodiques.

— Tantôt l'organicité lésionnelle est évidente et le spasme accessoire.

— Mais parfois l'élément spasmodique, surajouté à une lésion pylorique, domine le tableau clinique.

C'est dire la nécessité dans toute sténose, pour juger la part réelle du spasme, d'examiner les malades à plusieurs reprises après 1 à 2 semaines d'un traitement antispasmodique sérieux.

(A suivre.) PASCAL VILLANOVA.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 44, du 1er juin 1938, p. 730.


PRIMUM NON NOCERE
NEVROSTHENINE
Aucune contrindication


AMYLODIASTASE
PHOSPHATES, DIASTASES
ET VITAMINES DE
CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
ET
SIROP
THÉPENIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPENIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 47. — SAMEDI 11 JUIN 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE) PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX. — *Jury du concours de prosecteur* : MM. Braine, Capette, Quénu, Houdard, Deniker, Hallé.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Questions sorties :

Anatomie : Anatomie de la corde du tympan.

Pathologie : Cancer de l'ethmoïde. Signes, diagnostic et indications thérapeutiques.

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de La Charité (Nièvre) est actuellement vacant par suite du changement d'affectation de M. le docteur Le Guillant.

Faculté de médecine de Paris. — *Avis.* — 1re année (ancien régime). — L'épreuve pratique, écrite et orale, d'histologie aura lieu le 16 juin, au laboratoire, à 13 heures.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier* : M. le docteur Attias, à Paris.

Distinctions honorifiques. — *Officier d'Académie.* — Le docteur Couraud, à Mainsat (Creuse).

Médaille d'honneur des épidémies. — Par arrêté en date du 31 mai 1938, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à M. le docteur Cauet (Daniel), médecin à Caudry (Nord), mort victime de son dévouement.

Marine. — Ont été promus au grade de médecin en chef de 1re classe, MM. Artur et Rondet.

— Au grade de médecin en chef de 2e classe, MM. Kervella et Georges Fournier.

La vaccination antidiphtérique obligatoire. — Le Sénat, dans sa séance du 2 juin 1938, a voté la loi qui rend obligatoire en France, la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine. Cette loi avait été votée par la Chambre des députés, il y a deux ans.

Article unique

« Il est ajouté à la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, un article 6 *bis* ainsi rédigé :

« La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine est obligatoire au cours de la deuxième ou de la troisième année de la vie. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure, dont justification devra être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.

« Au cours de la première année de l'application du présent article, tous les enfants de moins de quatorze ans fréquentant les écoles, s'ils n'ont pas encore été vaccinés contre la diphtérie, seront soumis à cette vaccination.

« Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application des dispositions qui précèdent. »

Le centenaire d'Itard à Cauterets. — La célébration du centenaire d'Itard aura lieu à Cauterets, les 2 et 3 juillet prochains.

De nombreuses personnalités officielles de l'hydrologie et de l'oto-rhino-laryngologie viendront rehausser de leur présence à Cauterets, l'éclat de cette manifestation.

Académie des Arts et Sciences de Boston. — L'Académie des Arts et Sciences de Boston fait savoir que le prix septennal « Francis Amory » sera décerné en 1940 au meilleur travail sur les maladies génito-urinaires. Le montant de ce prix excède 10.000 dollars et peut être partagé.

Pour tous renseignements, s'adresser au « Amory Fund Committee, care of the American Academy of Arts and Sciences », 28 Newbury Street, Boston (U. S. A.).

Monument à la mémoire de Ch.-G. Pravaz. — Sous la présidence du maire de Pont-de-Beauvoisin (Isère), un nouveau Comité vient de se constituer, qui a réuni les ressources nécessaires pour faire élever, devant l'hôpital cantonal, un monument à la mémoire de Charles-Gabriel Pravaz, père de la méthode hypodermique. Ce monument sera inauguré dans le courant de l'été prochain.

Médaille de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon. — A l'occasion du Cinquantenaire de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, qui a été célébré le 6 juin, la Société amicale des anciens élèves du Val-de-Grâce et de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon a fait frapper une médaille commémorative. Elle est l'œuvre de M. Louis Müller, Grand Prix de Rome.

Le prix de la médaille est fixé à 40 francs.

Une liste de souscription est ouverte.

Pour tous renseignements et versement de cotisation, s'adresser au médecin général inspecteur, trésorier de l'Amicale des anciens élèves du Val-de-Grâce et de l'Ecole du Service de santé militaire (chèque postal 063.646, 277 *bis*, rue Saint-Jacques, à Paris).

Les Croisières médicales françaises (9, rue Soufflot, Paris, 5e). Tél. Odéon 20-63) organisent, du 17 au 31 juillet, une croisière vers les *îles de l'Atlantique*, Lisbonne, Casablanca, Madère, les Açores. La croisière aura lieu à bord de la *Colombie*, de la Cie Gle Transatlantique.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Hôpital Laënnec. — COURS PRATIQUE DE CHIRURGIE THYROÏDIENNE. — MM. LARDENNOIS et WELTI feront, du 13 au 18 juin, un cours pratique de chirurgie thyroïdienne, avec le concours de : MM. GUY-LAROCHE, LIAN, HUGUENIN, professeurs agrégés à la Faculté.

Chaque matin, à partir de 9 heures, plusieurs interventions seront pratiquées pour goitres divers, et une conférence sera donnée à 11 heures 1/4.

Programme des conférences : L'évolution de la chirurgie thyroïdienne. Les divers procédés opératoires et leurs indications respectives, par M. G. LARDENNOIS. — Technique chirurgicale des goitres non toxiques, par M. H. WELTI. — Diagnostic et traitement médical des goitres toxiques et de la maladie de Basedow, par M. GUY-LAROCHE. — Technique chirurgicale des goitres toxiques et de la maladie de Basedow, par M. H. WELTI. — Les cardio-thyréoses, par M. G. LIAN. — Les cancers du corps thyroïde, par M. R. HUGUENIN.

CHRONIQUE

LE QUATRIÈME CENTENAIRE DU DOCTORAT DE RABELAIS

Le 22 mai 1537, François Rabelais recevait, dans l'église aujourd'hui disparue de Saint-Firmin, le bonnet doctoral des mains de son parrain, le professeur Antoine Griffy, de l'Université de médecine de Montpellier.

Avec un léger retard de quelques mois, imposé par des détails secondaires d'organisation, la doyenne des Facultés de médecine du monde, puisqu'elle remonte au xe siècle, a commémoré cette date, si honorable pour elle, au cours d'une soirée qu'elle donnait à l'occasion du VIIIe Congrès international de thalassothérapie.

Devant un auditoire de qualité qui associait à une nombreuse représentation de personnalités scientifiques de divers pays, toutes les autorités civiles, militaires, religieuses et universitaires de la région, après un hommage à Rabelais, du professeur Jourda, présenté par M. André Brunot, de la Comédie Française, et la lecture de quelques passages choisis de Pantagruel, par Mme Dussane, sociétaire de la Comédie Française, une brillante réception, dans les pièces d'apparat de l'Ecole, réunissait, tard dans la nuit, les invités de la Faculté de médecine de Montpellier.

NÉCROLOGIE

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Jean Darier, commandeur de la Légion d'honneur, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. M. Darier était le maître très aimé et respecté de la dermatologie française.

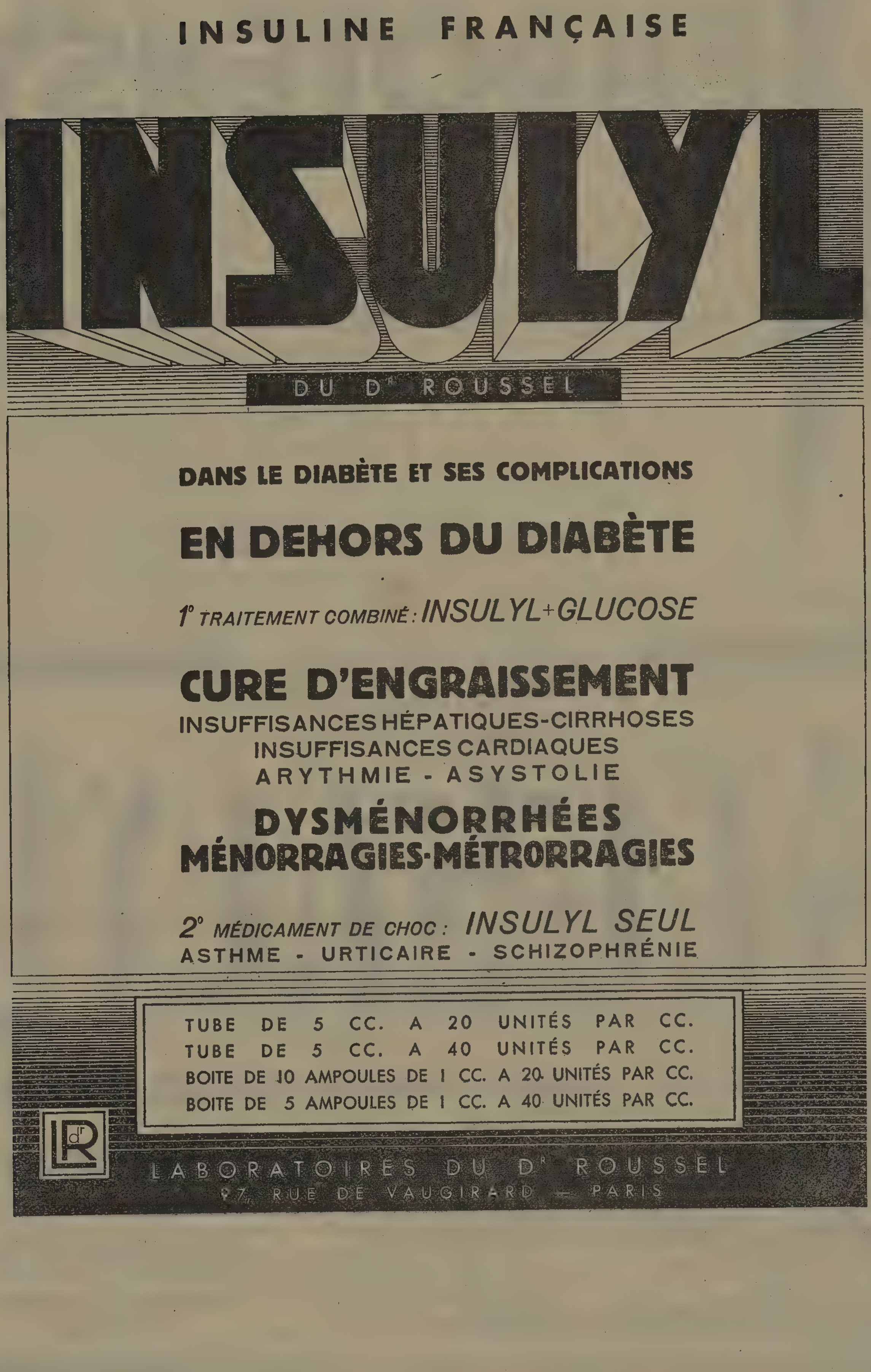
Ses obsèques ont eu lieu mercredi à Longpont par Montlhéry, où il est décédé dans sa propriété.

— Le docteur Paul Pezet, ancien maire de Montpellier.

— Le docteur Pierre Liagre, maire de Constantine.

— M. Latreille, à Bordeaux.

RENSEIGNEMENTS


INSULINE FRANÇAISE
INSULYL
DU Dr ROUSSEL
DANS LE DIABÈTE ET SES COMPLICATIONS
EN DEHORS DU DIABÈTE
1° TRAITEMENT COMBINÉ : INSULYL+GLUCOSE
CURE D'ENGRAISSEMENT
INSUFFISANCES HÉPATIQUES-CIRRHOSES
INSUFFISANCES CARDIAQUES
ARYTHMIE - ASYSTOLIE
DYSMÉNORRHÉES
MÉNORRAGIES-MÉTRORRAGIES
2° MÉDICAMENT DE CHOC : INSULYL SEUL
ASTHME - URTICAIRE - SCHIZOPHRÉNIE
TUBE DE 5 CC. A 20 UNITÉS PAR CC.
TUBE DE 5 CC. A 40 UNITÉS PAR CC.
BOITE DE 10 AMPOULES DE 1 CC. A 20 UNITÉS PAR CC.
BOITE DE 5 AMPOULES DE 1 CC. A 40 UNITÉS PAR CC.
LABORATOIRES DU Dr ROUSSEL
97, RUE DE VAUGIRARD — PARIS

REVUE GENERALE

LE RÔLE DU FOIE DANS LE MÉTABOLISME DE L'EAU

Par M. HENRI SERRE
(de Montpellier)

L'influence de la glande hépatique sur le métabolisme de l'eau demeura longtemps méconnue et les modifications observées dans la circulation ou l'élimination de l'eau au cours des maladies du foie n'ont été qu'assez récemment interprétées comme relevant du dysfonctionnement hépatique. Cependant les rétentions d'eau ou les troubles de la diurèse, quand on les recherche systématiquement chez ces malades, se révèlent si fréquents qu'ils méritent de prendre place parmi les manifestations primordiales de l'insuffisance hépatique. Quant au mécanisme par lequel le foie intervient dans le métabolisme hydrique, il demeure encore discuté et ne semble d'ailleurs point univoque.

Après avoir succinctement indiqué les grandes étapes de l'évolution qui a sensiblement modifié la conception ancienne de cette question, nous passerons en revue les faits cliniques et expérimentaux qui établissent la réalité de cette fonction hépatique : cet exposé analytique fournira les éléments d'une étude synthétique sur le rôle du foie dans le métabolisme de l'eau à l'état physiologique et pathologique.

HISTORIQUE

I. LA CONCEPTION CLASSIQUE. — L'existence d'ascite et d'œdèmes au cours des cirrhoses est connue depuis fort longtemps, mais ces symptômes sont exclusivement rapportés à des *facteurs mécaniques :* compression de la veine cave inférieure par l'épanchement péritonéal, pour l'œdème ; modifications anatomiques ou fonctionnelles dans le système porte, pour l'ascite.

On n'attache guère d'importance à des observations pourtant démonstratives comme celles de Monneret (1852), de Mac Swinney (1876), de Giovanni (1884) qui décrivent les œdèmes des membres inférieurs précédant le développement de l'ascite, pas plus qu'on n'estime à leur juste valeur les cas où la résorption de l'épanchement péritonéal réalise une guérison apparente de la cirrhose (Monneret, Ribeton, Leudet, Troisier...).

L'histoire clinique des cirrhoses est alors dominée par la classification anatomique de Charcot (1876) : la localisation du tissu de sclérose, dans les cirrhoses dites veineuses, paraît expliquer facilement, par l'augmentation de pression réalisée en amont, la transsudation de liquide dans la cavité péritonéale. L'ascite représente ainsi un des éléments essentiels du *syndrome d'hypertension portale* individualisé, dès 1889, par les travaux de Gilbert et remarquablement étudié dans la thèse de Villaret.

II. L'ŒDÈME HÉPATIQUE. — C'est l'étude clinique des œdèmes dans les maladies du foie qui a contribué tout d'abord à démontrer l'intervention d'un facteur cellulaire dans le mécanisme des rétentions aqueuses chez les hépatiques.

Dès 1893, V. Hanot écrit : « *Il y a un œdème hépatique comme il y a un œdème rénal et il peut être un des signes d'avant-garde* ».

Dieulafoy, en 1904, dit à propos de l'hydropisie de la cirrhose de Laënnec : « parfois même cet œdème prend un développement précoce et considérable qui peut faire supposer, faute d'attention, une lésion cardiaque, qui n'existe pas ».

Plus tard, Le Damany (1914) attache son nom à la description de l'hépatite hydropigène ; en 1922, son élève Bertrand étudie les œdèmes viscéraux d'origine hépatique. Dans l'intervalle, on retrouve quelques observations décrivant des œdèmes importants, parfois généralisés, au cours d'hépatites aiguës ou subaiguës, avec ou sans ictère (Buschke et Langer, Risack, Frerichs, Enot). Cette question est étudiée dans les travaux de Lemierre et Levesque (1922 et 1925), de Villaret, Bénard et Biancani (1925), de Cahn (1926).

Vedel et Puech, en 1927, rapportent une belle observation d'anasarque à évolution subaiguë et curable au cours d'une cirrhose de Laënnec. La même année, des cas d'anasarque d'origine hépatique sont publiés par Mouriquand et Bernheim, par Dumas, Christy et Dubouloz, par Mircea Halita.

III. L'ASCITE DES CIRRHOSES. — Les faits cliniques que nous venons d'exposer attirent l'attention sur certaines particularités évolutives de l'ascite cirrhotique et ouvrent la voie à une série de travaux tendant à infirmer la notion classique du rôle essentiel de l'hypertension portale dans la genèse de l'épanchement péritonéal.

Aux cas d'ascites curables déjà signalés, s'ajoutent de nombreuses observations (Françon, Dujardin-Beaumetz, Apert, Castaigne, Siredey, Ribierre et Paraf...).

Diverses formes cliniques d'*ascites aiguës* sont individualisées : syndrome ictéro-ascitique de Fiessinger et Brodin (1924) ; poussées hydropigènes curables de Garnier et Oumansky (1926) ; syndromes hémorragico-ascitiques de Fiessinger et Messimy (1935).

La fréquence de ces poussées aiguës au cours des cirrhoses est actuellement bien connue : seule l'atteinte parenchymateuse permet d'expliquer, dans ces cas, la rapidité d'apparition et la régression possible de l'ascite.

IV. L'HYPERTENSION PORTALE ACTIVE. — Certains cherchent cependant à ces faits une explication mécanique : à la notion ancienne de la stase portale passive, on tente de substituer la conception d'une hypertension portale active, due à la contraction d'un véritable sphincter sus-hépatique. Dès 1920, Arey et Simonds signalent l'existence d'une couche de fibres musculaires lisses dans les veines sus-hépatiques des animaux carnivores. Depuis lors, toute une série d'expériences se succèdent pour prouver la réalité physiologique de ce sphincter (Lamson et Rocca ; Cohnheim et Lichteim ; Pick et ses élèves ; Villaret, Fauvert ; Carnot...).

V. LES CONCEPTIONS HUMORALES RÉCENTES. — Depuis 1929, les travaux d'Abrami et de Wallich ont apporté une contribution primordiale à l'étude du syndrome hydropigène des hépatiques : ils montrent la très grande fréquence des modifications protéiques dans le sang des cirrhotiques, ce qui permet de rattacher ces rétentions aqueuses à une diminution de *la pression osmotique des protéines*, les facteurs mécaniques n'intervenant qu'à titre secondaire dans la localisation.

Des observations récentes confirment le bien-fondé de cette conception : Achard et Codounis ; Mea ; Cionini ; Dumas et ses collaborateurs ; May et Braillon ; Caroli, Cachera et Deparis ; Baumel, Deshons et Serre ; Rathery...

D'autres explications sont cependant proposées par Fiessinger, qui insiste sur la méiopragie capillaire des hépatiques ; par Villaret, qui affirme le rôle fondamental de l'hypertension portale ; par Loeper, qui invoque des modifications chimiques portant en particulier sur les imidazols.

Dans un mémoire publié avec le Professeur agrégé Baumel, à l'aide de quarante observations inédites, nous avons étudié le syndrome hydropigène, et plus spécialement les œdèmes, chez les hépatiques : nous avons essayé de montrer l'influence primordiale de l'insuffisance cellulaire du foie dans le déterminisme de la rétention aqueuse, et le rôle, certes non exclusif, mais important, que jouent les modifications des protéines sériques. La réalité des autres facteurs d'hydratation est prouvée par l'étude clinique, mais leur intervention semble secondaire. Quant à l'hypertension portale, passive ou active, son influence, indiscutable, est essentiellement localisatrice.

On ne saurait en effet concevoir un mécanisme exclusif, du fait même de la complexité des fonctions hépatiques dont l'insuffisance est susceptible de retentir sur les facteurs, eux-mêmes multiples, de la régulation hydrique.

ETUDE ANALYTIQUE

I. FAITS CLINIQUES

Les perturbations du métabolisme hydrique au cours des maladies du foie ne doivent point être considérées comme des manifestations isolées de pathogénie variable, mais comme les *éléments d'un syndrome hydropigène relevant essentiellement de l'insuffisance hépatique*. On doit grouper ainsi :

a) l'ascite, et les épanchements dans les autres séreuses ;

b) les œdèmes proprement dits, du tissu sous-cutané ;

c) les infiltrations au sein des parenchymes ;

d) les troubles latents du métabolisme de l'eau, que révèlent l'étude de la diurèse et les tests d'hydrophilie tissulaire.

Il existe, en faveur de cette conception, une série d'arguments que nous rangerons en quatre groupes : arguments d'ordre étiologique, symptomatique, évolutif et thérapeutique.

Etiologie. — 1° *Le syndrome hydropigène est surtout fréquent au cours des cirrhoses.* On sait que l'ascite caractérise cliniquement une variété de cirrhoses; il faut souligner d'autre part la très grande fréquence des œdèmes au cours des hépatites scléreuses : 75 % des cas, d'après Abrami. Faut-il en conclure que ces symptômes relèvent de l'hypertension portale ou ne s'expliquent-ils pas précisément par l'altération cellulaire marquée que comportent les cirrhoses ?

On connaît en effet l'extrême fréquence des stigmates d'insuffisance hépatique, décelables par l'examen clinique ou par les épreuves fonctionnelles, dans l'évolution des cirrhoses, et plus particulièrement des cirrhoses hydropigènes.

Par ailleurs, il existe une différence importante entre l'insuffisance hépatique, qui survient en dehors de toute cirrhose et celle qui apparaît au cours des hépatites scléreuses : cette différence réside essentiellement dans l'inégale capacité de régénération des cellules hépatiques dans les deux cas.

Enfin si, de ce fait, chez l'individu dont le foie est intact, l'insuffisance hépatique réalisée par une cause accidentelle, est passagère et superficielle, incapable le plus souvent d'engendrer l'œdème, elle entraîne cependant des troubles à peu près constants de l'élimination aqueuse, déterminant souvent un état de préœdème.

Par conséquent l'argument de fréquence ne prouve rien : hypertension portale et insuffisance hépatique étant le plus souvent associées dans la cirrhose, il est difficile de dissocier leur action respective sur les infiltrations aqueuses.

2° Un fait d'importance majeure vient d'ailleurs étayer cette conclusion, c'est la possibilité d'ascite ou d'œdème et la très grande fréquence des troubles latents du métabolisme de l'eau *au cours des états d'insuffisance hépatique sans cirrhose.*

Dans un premier groupe de faits, il s'agit d'hépatites aiguës ou subaiguës sans ictère : Frerichs a observé dans ces formes, trois anasarques, deux chez des paludéens et l'autre chez un ancien dysentérique. L'hépatite amibienne peut s'accompagner d'ascite sans signes d'hypertension portale : nous en avons observé un cas chez une femme de 29 ans ; Laporte, Morel et Darnaud ont rapporté une observation d'abcès dysentérique du foie à forme ascitique.

Plus fréquemment, on voit survenir l'œdème ou l'ascite au cours d'une hépatite avec ictère, qu'il s'agisse d'un ictère franc ou d'une rétention biliaire latente que révèle l'examen urinaire. L'ascite s'observe dans les atrophies jaunes aiguës du foie (Lepehne, Umber, Assman, Bergstraüd). Par ailleurs des observations particulièrement démonstratives décrivent l'apparition d'œdèmes importants ou même d'anasarques dans des ictères infectieux (Voisin ; Fiessinger et Walter ; Mircea Halita), des ictères toxiques (Buschke et Langer ; Risack) ou des ictères catarrhaux (Gaté, Barral et Aulaguier ; Caroli, Cachera et Deparis ; Mizrahi). Tout récemment Loeper, Roy, Perreau et Varay rapportent deux cas d'œdème étendu avec ictère au cours d'hépatites graves sans sclérose.

La rareté relative de ces faits ne saurait en restreindre la valeur : leur connaissance permet actuellement une interprétation plus exacte des syndromes hydro-

pigènes de l'insuffisance hépatique et s'oppose à la conception qui voyait obligatoirement dans leur apparition la conséquence d'une insuffisance cardiaque ou rénale. La vulgarisation de ces faits permettra une plus juste appréciation de leur fréquence. Il est d'ailleurs bon de connaître, à côté des rétentions manifestes, les troubles latents et les états de pré-œdème, si communément observés dans certains syndromes hépatiques.

Symptomatologie. — Dans le tableau clinique du syndrome hydropigène d'origine hépatique, il est un certain nombre d'éléments qui militent en faveur de la théorie cellulaire de l'œdème. Ces arguments reposent surtout sur :

— *les rapports entre les divers éléments du syndrome ;*
— *le siège des infiltrations ;*
— *les rétentions latentes ;*
— *les symptômes associés.*

A. Rapports entre les éléments du syndrome hydropigène. — Seuls pourraient être expliqués par les facteurs mécaniques les œdèmes des membres inférieurs apparaissant au cours d'une ascite relativement volumineuse, qu'on invoque la compression de la veine cave inférieure ou le retentissement de l'hypertension portale sur la circulation cave. Mais cette conception ne peut rendre compte de trois groupes de faits qui se révèlent fréquents au cours des affections hépatiques :

— les œdèmes importants avec ascite minime ;
— les œdèmes pré-ascitiques ;
— les œdèmes sans ascite.

Gilbert et Presle, qui avaient constaté la fréquence des œdèmes pré-ascitiques, les attribuaient à des lésions de péri ou d'endophlébite de la veine cave inférieure, résultant de la propagation par contiguïté de l'inflammation de la capsule de Glisson. Mais ces lésions n'ont été qu'assez rarement constatées, et jamais à un stade aussi précoce, ces œdèmes représentant une des manifestations habituelles de la pré-cirrhose. D'ailleurs ce mécanisme se conçoit mal, car dans la plupart des cas, la sclérose de la capsule hépatique est secondaire et tardive ; enfin il ne saurait expliquer les œdèmes siégeant dans d'autres régions que les membres inférieurs.

B. Siège des infiltrations. — Si l'épanchement péritonéal, accompagné ou non d'œdème des membres inférieurs, est la manifestation de beaucoup la plus commune du syndrome hydropigène chez les hépatiques, il n'est pas rare de voir la rétention présenter d'autres localisations de moindre valeur diagnostique, mais d'intérêt pathogénique plus grand. Ainsi peut-on voir l'œdème infiltrer *soit la face, soit la partie haute du tronc, soit enfin les membres supérieurs.*

On peut observer par ailleurs, surtout au cours des cirrhoses, un *épanchement pleural.* En laissant de côté les épanchements liés à une insuffisance cardiaque ou rénale intercurrente, il faut distinguer, avec Vedel et Puech, trois groupes de faits :

— la pleurésie tuberculeuse ;
— l'hydrothorax lié à l'insuffisance hépatique ;
— les « hydropleurites », épanchements mixtes dans lesquels interviennent la transsudation et l'inflammation.

Le rôle de l'hypertension portale, que certains ont voulu incriminer dans les cas d'hydrothorax en raison des anastomoses porto-pulmonaires décrites par Gilbert et Villaret, semble tout au moins secondaire puisqu'il existe des cas où l'hydrothorax d'origine hépatique apparaît isolément sans ascite ou avec ascite minime : il s'agit alors d'un véritable œdème pré-ascitique localisé à la plèvre. Parfois même on note, comme Mauriac, Lévy et Dutrenit l'ont observé au cours d'une cirrhose hypertrophique anascitique, la reproduction très rapide de l'épanchement après ponction, témoignant d'une surprenante électivité « comme si le malade faisait son ascite dans sa plèvre ».

Au total, l'épanchement pleural dans les cirrhoses peut être considéré comme un véritable œdème de la plèvre. Au facteur humoral, qui le conditionne essentiellement, s'ajoute parfois un facteur inflammatoire local, soit primitif et susceptible d'expliquer cette localisation de l'œdème, soit secondaire et souvent alors consécutif aux ponctions.

L'hypertension portale est de même incapable d'expliquer les *infiltrations viscérales* d'origine hépatique, décrites par Bertrand qui en distingue trois types : forme dyspnéique, forme gastro-intestinale et forme cérébrale. On peut soupçonner l'existence de ces œdèmes profonds dans les cas où les symptômes viscéraux correspondants s'observent en même temps que de grands œdèmes périphériques.

Les diverses variétés topographiques de rétention que nous venons de rappeler, évoluant parfois isolément, s'observent plus souvent associées et accompagnent alors l'ascite et l'œdème des membres inférieurs : ce sont *les anasarques d'origine hépatique.* Nous avons pu rapporter six observations et étudier vingt-huit cas publiés concernant de tels syndromes. Ils s'observent le plus souvent au cours des cirrhoses, mais se rencontrent également dans des hépatites non scléreuses : hépatites graisseuses, par exemple d'origine tuberculeuse, et même au cours des ictères catarrhaux ou toxi-infectieux. L'existence, dûment contrôlée, d'anasarque dans les affections hépatiques, l'intégrité cardio-rénale étant évidemment vérifiée, constitue un argument important en faveur de l'origine cellulaire du syndrome hydropigène : en effet, même dans les cas où existe une hypertension portale, elle ne saurait en aucune manière justifier des infiltrations aussi étendues.

C. Rétentions latentes. — Ce groupe de faits concerne des troubles du métabolisme de l'eau qui ne se manifestent pas par des œdèmes, mais sont révélés, au cours des maladies du foie, par l'étude de la diurèse d'une part, les tests d'hydrophilie tissulaire d'autre part.

1° *Les troubles du débit urinaire* chez les cirrhotiques ont été décrits dès 1906 par Villaret. On observe d'abord une opsiurie, retard de l'élimination urinaire, qui entraîne une élévation du débit nocturne ; par ailleurs, l'ingestion massive d'eau, ainsi que l'orthostatisme déterminent un ralentissement du débit urinaire.

Plus tard on constate l'anisurie, véritable ataxie de l'élimination aqueuse, l'oligurie permanente et, à un stade avancé, l'isurie, c'est-à-dire « l'unification des taux urinaires quotidiens successifs ».

Pour Villaret, ces modifications relèvent de l'hypertension portale, qui agit par un triple mécanisme :

a) congestion intestinale, gênant l'absorption aqueuse ;

b) hypotension artérielle (hypophléborrée sus-hépatique) et hypotension veineuse périphérique ;

c) congestion rénale, du fait des anastomoses porto-rénales.

Depuis les travaux de Villaret, la valeur diagnostique de ces modifications du débit urinaire a été confirmée par de nombreux auteurs, mais leur pathogénie demeure encore discutée.

En effet il existe des troubles de la diurèse au cours des états d'insuffisance hépatique sans hypertension portale. Pick et Wagner, dans une tumeur du foie avec insuffisance hépatique, Pozzi, Adler, Brull au cours des ictères, observent des anomalies de la diurèse provoquée, en l'absence de toute lésion cardiaque ou rénale. Brulé et Cottet, reprenant l'étude de l'épreuve de l'eau, montrent que ses résultats fournissent un élément de diagnostic différentiel entre les ictères par hépatite et les ictères par obstruction cholédocienne. Dans les ictères catarrhaux, à la période d'état, on observe des perturbations nettes de la courbe d'élimination aqueuse, surtout en orthostatisme ; au déclin de l'ictère, la courbe a tendance à reprendre son allure normale. Au contraire, dans les ictères par obstruction, les troubles de la diurèse provoquée n'apparaissent qu'après un certain temps, lorsque la rétention entraîne une insuffisance hépatique.

Chez dix malades atteints d'insuffisance hépatique, sans signes d'hypertension portale ni troubles du fonctionnement cardiaque ou rénal, nous avons étudié également l'épreuve de Vaquez et Cottet. Elle consiste, on le sait, à faire ingérer au sujet le matin à jeun 600 cc. d'eau pendant deux jours consécutifs : dans les deux heures qui suivent l'ingestion, le malade reste couché le premier jour, il se lève le deuxième. On recueille les urines à intervalles donnés et sur chaque échantillon on note le volume et la densité. Quatre éléments caractérisent l'épreuve normale :

— débit horaire diurne supérieur au débit horaire nocturne ;

— augmentation notable du débit après ingestion d'eau ;

— variation de la densité en sens inverse du débit ;

— pas de modification appréciable par orthostatisme.

Sur dix malades, huit présentaient des anomalies de cette épreuve, apparaissant ou s'exagérant par la station debout et portant sur l'un ou l'autre ou sur la totalité des éléments indiqués (le détail des résultats et les graphiques justificatifs se trouvent dans notre mémoire, paru dans la Revue des maladies du foie).

Perrin et Grandpierre, étudiant la diurèse provoquée chez les ictériques, constatent également des modifications non seulement dans les ictères des cirrhoses, mais aussi dans les ictères toxi-infectieux bénins, au

début, et dans ceux qui relèvent d'une obstruction cholédocienne, après quelques semaines.

Il est enfin un fait d'observation courante qui concorde avec ces recherches expérimentales : c'est la véritable crise polyurique qui marque la terminaison des ictères catarrhaux, témoignant bien de la rétention latente de la période d'état.

2° *Le test d'hydrophilie locale* préconisé par Aldrich et Mac Clure en 1923 a été étudié par Chevallier et Stiffel chez les ascitiques : ils notèrent une résorption de la boule d'œdème d'autant plus rapide que l'ascite se reproduisait plus vite. Il fut recherché dans la suite au cours des insuffisances hépatiques sans œdème ni ascite (Heitz et Gilbert-Dreyfus ; Cordier, Croizat et Perolini...) : la rapidité de résorption de la boule d'œdème dans ces cas traduit « une soif d'eau des tissus » relevant de l'insuffisance fonctionnelle du foie. Le test d'Aldrich et Mac Clure peut ainsi représenter un moyen d'exploration fonctionnelle de la glande hépatique : on sait qu'il consiste à injecter dans le derme quelques dixièmes de centimètre cube d'eau physiologique. Normalement la boule d'œdème ainsi obtenue persiste plus d'une heure. Dans l'insuffisance hépatique, elle se résorbe en un temps qui varie de 5 à 20 minutes en moyenne ; s'il existe une ascite ou des œdèmes, elle disparaît en quelques minutes, parfois même en quelques secondes.

Par conséquent, entre la rétention latente que révèle l'étude de la diurèse ou le test d'hydrophilie tissulaire et l'œdème proprement dit dans les états d'insuffisance hépatique, il n'y a qu'une différence de degré. Ceci constitue un argument fondamental à opposer aux auteurs qui dénient à l'insuffisance cellulaire un rôle important dans les œdèmes en raison de la rareté relative des infiltrations au cours des insuffisances hépatiques sans cirrhose.

D. SYMPTÔMES ASSOCIÉS. — Il est remarquable de constater la très fréquente association du syndrome hydropigène et des *signes classiquement reconnus comme témoignant d'une insuffisance hépatique*. Parmi ces symptômes, il faut noter l'importance de la rétention biliaire soit latente, se traduisant seulement par la présence d'éléments biliaires dans l'urine, soit révélée par un subictère conjonctival, soit plus rarement décelée par un ictère franc. L'insuffisance hépatique se révèle également, parfois même uniquement, par les épreuves fonctionnelles, en particulier par l'épreuve de la galactosurie provoquée et celle du rose bengale.

Il existe par ailleurs une modification humorale liée à l'insuffisance hépatique et qui se montre particulièrement fréquente en cas d'œdème, c'est *la perturbation de l'équilibre protidique du plasma sanguin.* Il s'agit d'une diminution globale des protéines, dont le taux normal est voisin de 75 gr. par litre, avec abaissement électif de la sérum-albumine et conservation ou même élévation du chiffre de la sérum-globuline : il en résulte une diminution et souvent une inversion du quotient albumineux de sérum ou rapport sérine-globuline, dont la valeur moyenne est de 1,5 ($= \frac{45}{30}$). Ce déséquilibre protidique possède d'ailleurs, en de-

hors de son intérêt diagnostique, une importance pronostique indubitable ; peut-être représente-t-il enfin, par l'abaissement de la pression osmotique des protéines qu'il réalise, le mécanisme pathogénique par lequel l'insuffisance hépatique détermine l'œdème. Quoi qu'il en soit, on ne peut par conséquent opposer à la constance de l'hypertension portale la rareté de l'insuffisance hépatique dans les cirrhoses pour infirmer la théorie cellulaire de l'œdème hépatique.

Enfin *les constatations anatomiques* confirment ces faits en montrant la très grande fréquence des lésions cellulaires soit isolées, soit associées à la sclérose. Le double processus, scléreux et dégénératif, est pour ainsi dire constant dans les cirrhoses avec syndrome hydropigène accentué.

Evolution. — Un groupe de faits cliniques dont l'importance paraît de plus en plus considérable, apporte à la théorie cellulaire un appui capital : ce sont *les syndromes hydropigènes aigus ou subaigus au cours des maladies du foie.* Sous cette dénomination, on peut ranger une série de types cliniques qui ont été décrits sous les noms d'ascites aiguës, ascites curables, « poussées hydropigènes curables (Garnier et Oumansky), « syndromes ictéro-ascitiques » (Fiessinger et Brodin), « syndromes hémorragico-ascitiques » (Fiessinger et Messimy).

Dans une première classe de faits, on assiste à l'apparition rapide d'une ascite, dont l'évolution ultérieure présentera le caractère habituel de chronicité de cet épanchement.

Dans d'autres cas, on voit au contraire une ascite ou des œdèmes jusque-là irréductibles ou indéfiniment récidivants après paracentèse, disparaître rapidement soit d'une façon définitive, soit pour un temps plus ou moins long.

Plus caractéristiques encore sont les poussées hydropigènes, comportant l'évolution rapide d'infiltrations séreuses et cutanées, souvent considérables, au cours d'une cirrhose.

Enfin, dans d'autres syndromes, à l'ascite s'ajoutent soit un ictère, soit des hémorragies ; dans ces cas, la gravité du pronostic est certaine. Il importe de souligner que l'œdème est souvent associé à l'épanchement péritonéal, si bien qu'on peut parler de *syndrome ictéro-hydropigène.* D'autre part, si l'ictère franc est assez rare, il existe par contre très fréquemment un subictère ou une rétention biliaire cliniquement latente (révélée par la présence d'éléments biliaires dans l'urine).

Tous ces faits se rapportent en définitive à l'évolution aiguë ou subaiguë, au cours d'une cirrhose le plus souvent, d'un syndrome hydropigène accompagné ou non d'ictère ou d'hémorragies et se terminant soit par la guérison soit par la mort. Ces notions vont à l'encontre de l'explication mécanique, car on conçoit mal cette rapidité d'évolution si l'œdème est lié à une sclérose fixe, entraînant une hypertension portale nécessairement d'apparition lente et d'évolution chronique. Fiessinger et Brodin ont cependant rattaché le syndrome qu'ils ont décrit à une véritable hypertension portale aiguë, réalisée par l'étranglement, dans l'anneau scléreux, du lobule hépatique dégénéré et gonflé. Il semble plus logique, maintenant que l'on connaît les cas d'anasarques aiguës observés au cours des hépatites sans sclérose, de rendre directement responsable des deux symptômes, ictère et ascite, la dégénérescence hépatique rapide.

Par ailleurs, la dissociation possible des insuffisances fonctionnelles, que Fiessinger a individualisée sous le nom d'*asynergie hépatique*, explique clairement la diversité des associations observées : lorsque l'insuffisance hépatique est légère, elle réalise soit un ictère passager, soit plus fréquemment une poussée hydropigène curable ; lorsque les deux fonctions, aqueuse et biliaire, sont atteintes, on assiste à l'apparition de syndromes mixtes avec œdèmes et ascite d'une part, rétention biliaire légère ou ictère franc d'autre part. Enfin, la participation très probable d'un facteur splénique rend compte des hémorragies digestives parfois associées au syndrome hydropigène.

On ne saurait trop insister en définitive sur l'extrême fréquence, dans l'histoire des cirrhoses, de ces « ondes évolutives », qui, essentiellement liées à l'insuffisance hépatique, engendrent deux grandes classes de faits, d'ailleurs réunis par une série d'intermédiaires :

— les *poussées hydropigènes anictériques*, généralement curables ;

— les *syndromes ictéro-hydropigènes*, souvent mortels.

Thérapeutique. — L'action de certains traitements sur l'évolution du syndrome hydropigène apporte un dernier groupe d'arguments en faveur de la théorie cellulaire.

1. *La ponction du péritoine*, on le sait, doit être considérée comme un pis-aller, dont on doit retarder la mise en œuvre aussi longtemps que possible dans l'ascite cirrhotique. On constate souvent en effet une reproduction très rapide de l'épanchement après paracentèse. Ne peut-on, avec Fiessinger, soulever l'hypothèse que la spoliation protidique, réalisée par l'évacuation péritonéale, contribue à accroître le déséquilibre plasmatique engendré par l'incapacité de la cellule hépatique à réparer les pertes albumineuses, en particulier celles qui portent sur la sérum-albumine ?

2. *Le régime déchloruré* a été préconisé, depuis Achard et Paisseau, dans le traitement des ascites cirrhotiques. Son efficacité incontestable, quoique inconstante et relative, souligne le rôle de la rétention chlorurée sodique dans l'œdème hépatique. D'ailleurs, comme l'ont montré Lemierre et Levesque, le régime déchloruré peut, en l'absence d'œdème, représenter une arme à double tranchant : dans ce cas en effet, l'ascite se reforme aux dépens des éléments constitutifs des humeurs, dont l'appauvrissement peut entraîner des accidents. Ce fait seul prouve bien le rôle secondaire du chlorure de sodium, représentant certes un facteur d'hydratation, mais ne constituant nullement le fait initial et essentiel, puisque l'ascite se reforme après ponction malgré la déchloruration.

Par ailleurs, sans aller jusqu'à l'excès, l'emploi de la viande en quantité modérée doit être autorisé chez l'hépatique infiltré : on peut trouver dans la correc-

tion de l'hypoprotéinémie une explication à ses bons effets.

3. Le mécanisme d'action des *composés mercuriels* (cyanure de mercure, neptal, novasurol, salyrgan...) est complexe. Leur efficacité dans les cirrhoses hydropigènes a d'abord été attribuée à leur activité antisyphilitique : ceci n'est vrai que dans un nombre restreint de cas, comme le prouve l'électivité d'action du mercure, alors que les autres médicaments anti-syphilitiques demeurent inefficaces. Il semble, comme le pense Fiessinger, que le sel mercuriel agisse à titre de poison de la cellule hépatique, dont il stimule le fonctionnement. Cette stimulation dépend d'ailleurs du degré de dégénérescence cellulaire : si celle-ci est trop profonde, les effets peuvent être désastreux. Il faut enfin noter que les diurétiques mercuriels agissent aussi directement sur le filtre rénal et interviennent également dans l'équilibre humoral et tissulaire.

Parmi les autres diurétiques employés, on peut citer le *chlorure de calcium*, qui agirait par substitution de l'ion calcium à l'ion sodium hydropigène. De même, il est logique d'utiliser *l'extrait thyroïdien*, qui augmente la protéinémie et élève le quotient albumineux (Pellegrini) : les résultats sont inconstants.

4. D'autres médications ont une influence qui ne peut guère s'expliquer autrement que par une stimulation ou une régénération de la cellule : *l'insulinothérapie* et surtout *l'opothérapie hépatique*, qui a même été utilisée dans le traitement des œdèmes cardiaques et néphrétiques (Porges).

5. Depuis 1930, à la suite des travaux de Pagniez, on utilise *la diathermie et les ondes courtes* dans les cirrhoses ascitogènes et œdémateuses. Le mécanisme de l'amélioration parfois observée est mal connu : on peut penser soit à une action sur la circulation hépatique retentissant sur le fonctionnement de la cellule, soit à une amélioration directe du régime cellulaire.

6. Fiessinger et Gajdos utilisent, depuis 1934, les injections de *lipase hépatique* dans le traitement des cirrhoses hydropigènes (séries de 5 injections sous-cutanées quotidiennes de 10 cc., avec intervalle de 3 jours entre chaque série ; au total 30 injections en moyenne). Ils ont, dans quelques cas, observé une action remarquable sur la diurèse, l'ascite et les œdèmes, amélioration qui va de pair avec la rétrocession des signes d'insuffisance hépatique. Il faut d'ailleurs que celle-ci ne soit point trop accentuée pour que la glande puisse répondre à la médication.

7. Depuis les travaux d'Abrami, *la splénectomie* tend à devenir le traitement héroïque des grandes hémorragies digestives des cirrhoses. Par ailleurs, certaines variétés d'hépatites scléreuses relevant, semble-t-il, d'une étiologie splénique, bénéficient de l'ablation de la rate : maladie de Banti, maladie de Hanot, cirrhose hypertrophique anictérique type Abrami et Frumusan. Quelle que soit l'opinion qu'on ait sur cette conception, il est indiscutable qu'après splénectomie dans ces divers cas, on peut observer une surprenante régression du syndrome hydropigène. Bien plus, il est possible de voir se réaliser le même effet dans des cirrhoses atrophiques du type Laënnec (Larrabee ; Biondo ; Bergeret et Caroli ; Lardennois, Baumel et Serre...).

Or il paraît difficile d'expliquer la disparition de l'ascite et des œdèmes si on les rattache à l'hypertension portale : la suppression du réservoir splénique ne pourrait, semble-t-il, qu'exagérer la stase dans les autres domaines du système porte. Si au contraire on admet à la base de la rétention d'eau une insuffisance hépatique, l'hyperplasie compensatrice des cellules du foie, vraisemblablement rendue possible par la suppression du foyer de toxines que représente la rate malade, rend compte dès lors de ces faits.

En somme cette étude montre les difficultés qu'on a pour comprendre l'action de certaines thérapeutiques si on attribue l'ascite et les œdèmes à un mécanisme exclusif d'hypertension portale ; la récupération fonctionnelle du parenchyme hépatique permet au contraire d'interpréter l'efficacité de ces médications, si l'on admet le rôle primordial de l'atteinte cellulaire dans le syndrome hydropigène des hépatiques.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 7 JUIN 1938
CONSACRÉE AU JUBILÉ ACADÉMIQUE DE M. D'ARSONVAL

Il y a cinq ans, on célébrait à la Sorbonne le jubilé scientifique de M. d'Arsonval. Le Président de la République assistait à ce jubilé qui revêtait ainsi l'aspect d'une solennité nationale. Mardi, l'Académie de médecine, en une cérémonie intime, fêtait le cinquantième anniversaire de l'élection de l'illustre savant. C'est en avril 1888, en effet, alors qu'il était âgé seulement de 37 ans, que M. d'Arsonval fut admis dans la Compagnie.

La salle était remplie par une très nombreuse assistance. Voici M. Louis Martin, débarqué la veille de « Normandie » et qui rapporte les diplômes de docteur *honoris causa* des Universités de Philadelphie et de Montréal. Voici avec lui Sir Saint-Clair Thomson, l'illustre chirurgien britannique, associé étranger de l'Académie. Les membres de l'Académie sont au complet. On remarque enfin les accessoires modernes de toute cérémonie, les micros de la radiodiffusion, les photographes, que notre ami Crinon dirige avec sa maîtrise habituelle. Il en a bien le droit. N'est-ce pas lui qui, dans *Pallas*, a lancé l'idée de cette fête, alors que Chauvois venait de publier son admirable livre sur d'Arsonval ?

M. F. BEZANÇON, président de l'Académie, prend le premier la parole, il rappelle que l'Académie ne fut pas toujours bienveillante pour l'illustre savant. Sa première communication ne fut pas admise par le secrétaire perpétuel d'alors ; il ne la comprenait pas et ne voulait pas considérer d'Arsonval comme un médecin. Et cependant, depuis sa thèse sur le rôle de l'élasticité des poumons dans les phénomènes de la circulation, d'Arsonval n'a-t-il pas eu toujours la prescience de ce que la physiologie doit à la physique ? L'homme qui devait créer la physiothérapie n'a donc jamais cessé de faire œuvre médicale.

« Grâce à Claude Bernard dont vous fûtes le préparateur, vous avez été dirigé vers le laboratoire. Arrière-petit-fils,

petit-fils, fils de médecin, bien que n'exerçant pas vous-même, vous n'avez eu qu'un but, soulager les malades. Vous êtes bien des nôtres. »

M. Strohl fait ensuite un exposé extrêmement clair des admirables travaux de d'Arsonval, dans tous les domaines : calorimètre, électricité tissulaire, mesures électriques, perfectionnement aux appareils de mesures, courants de haute fréquence, transport de force, haute fréquence thérapeutique à laquelle Benedikt (de Vienne) donna le nom de d'Arsonvalisation. Les découvertes de d'Arsonval sont d'ailleurs innombrables ; depuis son perfectionnement de la seringue de Pravaz, jusqu'aux ondes ultra-courtes, jusqu'à l'endocrinologie, il a laissé une trace bienfaisante dans tous les domaines. N'est-il pas encore l'inventeur de l'électro-chirurgie ? Ne lui doit-on pas les règles du traitement des électrocutés ?

« Une énumération plus complète, dit en terminant M. Strohl, ne saurait accroître la reconnaissance que nous devons à M. d'Arsonval. »

Le président remet alors à M. d'Arsonval, une médaille offerte par ses collègues, pour commémorer ses « noces d'or » avec l'Académie.

Au milieu d'une ovation prolongée, M. d'Arsonval monte à la tribune. Très droit, très souriant, il porte allégrement ses 87 ans. Sans s'aider de la moindre note, il prononce la plus charmante des allocutions. « J'appartiens bien à la profession médicale, dit-il, comment aurait-il pu en être autrement ? Mon père a été le collaborateur bénévole de Laënnec, au collège de France, j'ai vécu au milieu des médecins de campagne. J'ai entendu souvent mon père dire ses angoisses devant les cas difficiles.... »

De même que Laënnec avait été le premier à créer des moyens physiques d'exploration, d'Arsonval a cherché à introduire la physique dans l'exploration médicale. On lui a reproché à une certaine époque d'être « un médecin à côté ». C'est qu'alors « les médecins ne savaient pas la physique et s'en vantaient. Maintenant beaucoup n'en savent pas beaucoup plus, mais ils ne s'en vantent plus. »

Et après avoir charmé l'assistance par des anecdotes racontées avec beaucoup d'esprit, le maître renouvelle au milieu d'une ovation sa profession de foi médicale.

Appréciation par des tests quantitatifs des effets de l'hormone mâle chez les vieillards. — MM. Guy Laroche, H. Simonnet, E. Bompard et J.-A. Huet. Depuis l'introduction de l'opothérapie testiculaire en thérapeutique, les observateurs ont généralement insisté sur les effets dynamogéniques, observés chez les sujets traités, mais cette action a toujours été considérée avec quelque scepticisme, du fait que son appréciation n'était pas basée sur des tests précis.

Les effets favorables constatés chez des sujets âgés avec les sels de testostérone pour des raisons diverses et en particulier pour l'hypertrophie de la prostate, ont attiré leur attention par leur régularité. Des vieillards parfois extrêmement fatigués reprennent des forces en quelques jours ou en quelques semaines ; leur intelligence paraît plus vive, leur peau perd cet aspect flétri si caractéristique de la sénilité, pour prendre une coloration rosée, le poids augmente, la plupart des malades déclarent uriner mieux, avec un jeu plus fort, ce qui paraît témoigner, en dehors d'une action possible sur le sphincter vésical, d'une augmentation de la capacité de contraction des muscles de la vessie, du diaphragme et de la paroi abdominale.

Certains de ces phénomènes leur ont paru mériter d'être appréciés par des tests quantitatifs, de façon à échapper aux critiques généralement adressées aux appréciations subjectives.

Avec un ergographe, ils ont mesuré la force dynamométrique, le travail statique, le temps d'apparition de la fatigue.

D'autre part, ils ont mesuré les temps de réaction psycho-motrice aux excitations auditives.

Cinq sujets ont reçu 40 mgr. *pro die* et deux sujets 20 mgr. *pro die* de propionate de testostérone pendant quinze jours.

L'amélioration a porté chez tous les sujets, sur l'état général, le poids, l'état psychique, la capacité de travail musculaire.

Il semble que cette amélioration doit être retenue comme un signe de revigoration de l'organisme sénile.

Bien des points restent encore à préciser, en particulier celui de la dose nécessaire et suffisante pour obtenir ces effets.

L'augmentation des possibilités physiques et psychiques doit d'ailleurs comporter, pour le vieillard, une certaine prudence à en user, aussi bien en ce qui concerne l'activité générale que la génitale. L'organisme sénile comporte des déficiences viscérales et des fragilités que l'hormone génitale ne peut évidemment supprimer.

Indices musculaires. — Le médecin général Pasteur, après avoir donné dans une étude précédente, les indices corporels statiques (taille, périmètre, poids, surface et densité du corps humain), présente les indices musculaires ou dynamiques en fonction de la circonférence et de la longueur des membres et du poids du corps, grâce auxquels on peut déterminer les types musculaires, les aptitudes professionnelles et les performances individuelles de chaque sujet. Des courbes dynamométriques journalières permettent de reconnaître les causes capables de modifier l'énergie musculaire au cours d'un cycle quotidien. Ces notions ont un intérêt en hygiène au point de vue des sports, de la rééducation et de l'entraînement. Elles ont également une grande importance dans l'établissement des statuts et de la charte du travail, et s'adaptent à la physiologie et à la clinique médicale.

Présence dans les tissus atteints de lymphogranulomatose vénérienne à forme bubonique et ano-rectale, d'un microorganisme revêtant les caractères d'un Rickettsia. — M. Caminopetros.

BIBLIOGRAPHIE

Pallas. — La XIVe livraison de *Pallas* (15 avril 1938) vient de paraître. Un magnifique portrait de femme en couleurs, d'après Albert Dürer, orne la couverture de ce numéro, dont le sommaire est d'un intérêt très soutenu. Après un article de G. Duvau sur le docteur J.-C. Mardrus, le traducteur illustre des Mille et une Nuits, voici des souvenirs du médecin général inspecteur Sieur, sur la tâche accomplie pendant la grande guerre par le Service de santé. Voici encore une belle présentation du Salon des médecins : les Epilogues de Crinon, de charmantes illustrations sur « La Femme, cette jolie fleur », sur « Celui qui ne trahit pas » (La femme et le chien) ; un conte illustré ; les passe-temps des médecins. Le grand routier Alain de Caters, fidèle collaborateur de Crinon, raconte avec beaucoup de verve un voyage en auto aux Balkans. Après l'avoir lu, on peut penser que les concurrents du Rallye annuel de Monte Carlo, prenant le départ à Athènes sont des héros... ou des martyrs.

(*Pallas*, 111, boulevard Magenta, Paris.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 48. — MERCREDI 15 JUIN 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux* (2e concours de nomination à 2 places).

Jury du concours : MM. Aubertin, René Bénard, Lian, Lereboullet, Vincent, Crouzon, Flandin, Laignel-Lavastine, Cain, Boulin, Despias.

— *Concours de médecin de l'Assistance médicale.* — Séance de lecture du 2 juin 1938. — MM. Dacheux, 9+12=21 ; Mlle Pillet, 11+14=25 ; MM. Fiehrer, 7+13=20 ; Jaïs, 8+14=22 ; Daum, 8+14=22 ; Seringe, 8+14=22 ; Ronceray, 7+10=17.

— *Epreuve clinique :* MM. Gachon, 2+3=5 ; Friedmann, 18+8=26 ; Sliosberg 5+5=10 ; Daum, 13+7=20 ; Jaïs, 12+6=18 ; Laforge, 4+4=8 ; Kreis, 17+8=25 ; Catinat, 15+7=22.

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais sera vacant, le 1er juillet 1938, par suite du départ de M. le docteur Mézie, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Le poste de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan), est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Daussy, appelé à un autre poste.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — MM. le doyen Tiffeneau (Paris) et le doyen Spilmann (Nancy) ont été réélus membres du Conseil supérieur.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 8 juin 1938, le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter le legs fait audit établissement par M. le docteur Vrain, pour la fondation d'une bourse à allouer tous les deux ans à un étudiant de la Faculté.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Par décret en date du 1er juin 1938, pris sur le rapport du président du Conseil, ministre de la défense nationale et de la guerre, du ministre de l'éducation nationale et du ministre des finances, est autorisé, à titre exceptionnel, pour la période du 1er janvier au 1er octobre 1938, le cumul par M. Leriche des emplois de professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg et de professeur au Collège de France.

Collège de France. — Par décret en date du 1er juin, paru au *Journal officiel* du 10 juin, M. Robert Courrier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université d'Alger, est nommé professeur titulaire de la chaire de morphologie expérimentale et endocrinologie au Collège de France, à dater du 1er octobre 1938.

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.). — Comme l'an dernier, des échanges d'étudiants auront lieu pendant les vacances avec la Hongrie, la Tchécoslovaquie, la Yougoslavie. Les étudiants désireux de participer à ces échanges, sont priés de s'inscrire au Bureau de l'A.D.R.M., Salle Béclard, Faculté de médecine. Seuls pourront participer à ces échanges les internes, les externes et les étudiants en fin de scolarité.

8e session de conférences du Comité international de médecine militaire. — La 8e session de conférences du Comité international de médecine militaire se tiendra à Luxembourg, du 1er au 4 juillet prochain.

Dès maintenant, cette réunion s'annonce comme devant revêtir une importance toute particulière. 25 nations ont déjà envoyé leur acceptation officielle, et de nombreux participants sont déjà inscrits.

M. le général médecin Reynolds, chef des Services de santé des armées des Etats-Unis, Président du Comité international de médecine militaire, prendra la parole lors de la séance inaugurale, qui se tiendra au Cercle municipal, le vendredi 1er juillet, à 9 h. 30.

A côté de nombreux sujets techniques médico-militaires, l'organisation sanitaire d'une nation mobilisée et la protection de la population civile seront étudiées dans tous leurs détails.

Le dimanche 3 juillet sera réservé à une démonstration d'aviation sanitaire sur la plaine d'aviation d'Esch-sur-Alzette.

Pour encadrer ces journées de travail, le Comité d'organisation grand-ducal a préparé un beau programme d'excursions et de réceptions.

Renseignements et inscriptions : colonel médecin Voncken, Office international de documentation de médecine militaire, Liége.

CHRONIQUE

CÉLÉBRATION, A LUCHON, DU PREMIER CENTENAIRE DU DOCTEUR ITARD

Cette année, les médecins de la région pyrénéenne ont tenu leurs assises générales au centre même de leur Fédération, à Bagnères-de-Luchon.

Il s'agissait, en effet, de commémorer le premier centenaire de la mort d'Itard, le célèbre médecin de l'Institut des sourds-muets, et l'inventeur de la sonde de cathétérisme qui porte son nom.

Ces assises se sont tenues dans la salle des fêtes du Casino municipal, sous la présidence de M. Ménard, de Lamalou, président de la Confédération, assisté de M. Salles, président du syndicat des médecins de Luchon, et de M. Julien, secrétaire général.

Les communications ont débuté par la lecture d'un très important mémoire sur les insufflations tubo-tympaniques et la technique luchonnaise, mémoire rédigé par le syndicat médical, à l'occasion de la commémoration du centenaire d'Itard.

M. Baqué a présenté, en second lieu, une étude des plus curieuses sur les indications et les contre-indications de la technique luchonnaise, qui fut suivie d'un travail de M. Meillon, de Cauterets, sur les débuts des inhalations associées au cathétérisme et aux insufflations tubaires vibratoires de vapeurs dans la cure de certaines surdités catarrhales à Cauterets.

M. Corone, de la même ville, a exposé les résultats comparés sur l'audition d'insufflations pratiquées à Cauterets, et d'insufflations diverses pratiquées à Paris avec le même appareil.

M. Dieulafé a argumenté, avec beaucoup d'autorité et une très grande objectivité, les communications citées ci-dessus.

Le docteur Molinery a enfin développé devant ses collègues le vœu suivant : 1° que la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne prenne l'initiative de continuer « le catalogue raisonné de Carrère » ;

2° Que la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne approuve la création ou le développement de collèges thermaux et climatiques.

A midi précis, un train spécial a amené la Fédération thermale et climatique pyrénéenne à Superbagnères, où la municipalité de Luchon et le syndicat médical de la même ville recevaient leurs invités.

Les invités sont ensuite redescendus à l'établissement thermal et au radio-vaporarium sulfuré, dont les honneurs leur ont été faits par le corps médical de la station et le docteur Molinéry, directeur technique.

Une représentation théâtrale, suivie de réception, fut offerte par M. Lauret, le très sympathique directeur général du casino municipal de Luchon.

On doit souhaiter que les Assises de la Confédération médicale thermale et climatique pyrénéenne soient suivies d'effets immédiats et que les Pouvoirs publics comprennent enfin, la haute importance qu'il convient d'attribuer au thermo-climatisme français.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Hôpital Beaujon-Clichy. — *Applications cliniques de l'ozone.* — Le lundi 20 juin et les jours suivants, à 11 heures, dans le service de M. Gérard, électro-radiologiste de Beaujon-Clichy, M. Aubourg, électro-radiologiste honoraire des hôpitaux, fera six conférences pratiques sur l'ozonothérapie, avec présentation de malades.

Indications, applications cliniques et résultats de la curiethérapie. — Le mardi 28 juin, à 11 heures, et les jours suivants, M. Gérard, électro-radiologiste de Beaujon-Clichy, fera dans son service une série de conférences pratiques.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ (prof. F. RATHERY).

Mercredi 15 juin. 9 heures. M. MASCHAS. Cours de séméiologie nerveuse. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée. M. F. RATHERY. Maladies du rein.

Jeudi 16 juin. 9 heures. M. DE TRAVERSE. Cours de chimie biologique. — 10 h. 30. M. le professeur F. RATHERY. Leçon clinique : Immersion et spirochétose ictérigène.

Vendredi 17 juin. 9 heures. M. BACHMANN. Cours de séméiologie digestive. — 11 h. 15. Policlinique et thérapeutique appliquée. M. F. RATHERY. Maladies de la nutrition, diabète, endocrinologie, rhumatisme.

Samedi 18 juin. 9 heures. M. J. FERROIR. Cours de séméiologie endocrinienne.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

LES DYSPEPSIES SECONDAIRES DANS LES NÉPHRITES CHRONIQUES (1)

Par MM. MAURICE LOEPER et PIERRE PERREAU

La *gastroscopie* peut apporter pendant la vie des renseignements intéressants sur l'état de la muqueuse gastrique.

Nous ne saurions ici donner des résultats personnels, car l'état des malades, et souvent leur pusillanimité même ne nous ont qu'exceptionnellement permis de pratiquer cette recherche. Par bonheur notre ami le docteur Moutier, nous a communiqué deux examens qui ne manquent pas d'intérêt : l'un fut pratiqué chez un jeune homme de 16 ans, atteint de néphrose lipoïdique, avec une albuminurie de 9 gr. par litre, des hématuries légères et un œdème généralisé assez marqué, chez qui le gastroscope révéla un estomac pâle, à plis assez accentués, épaissis et œdématiés : la surface de la muqueuse était assez régulière, mais les plis étaient gonflés, soulevés, et rattachés au plan gastrique par une base étroite. Chez le second qui présentait une anémie hypochrome et une azotémie de 1 gr. 35, de l'hypertension et des hémorragies intestinales, le gastroscope révélait cette fois des plis effacés, des parois stomacales affaissées, une muqueuse absolument lisse, brillante, d'aspect quelque peu succulent, nullement atrophique, de couleur normale, mais couverte d'une sécrétion muqueuse abondante.

Ces deux observations ne sauraient, évidemment, suffire à écrire l'histoire des gastralgies secondaires, sur le vivant ; elles sont même un peu discordantes, puisque l'un des deux malades, non azotémique, présentait une muqueuse œdématiée, et, l'autre, dont l'azotémie atteignait 1 gr. 35, avait une muqueuse absolument lisse et plane. Nous avons quelques autres résultats dus à René Chevallier, de Lyon. Voici comment il les décrit dans une lettre récente :

« Alors que dans les néphrites chlorurémiques les « modifications de la muqueuse gastrique (gastrite « banale avec hyperchlorhydrie, par exemple), sont « généralement discrètes et rares, elles sont, au con- « traire, bien caractérisées et fréquentes, dans les né- « phrites azotémiques, moins pourtant que dans les « affections urinaires chirurgicales qui se compli- « quent de rétention uréique.

« La gastrite azotémique présente des aspects va- « riables suivant que ses éléments constitutifs sont « intriqués, prédominants ou isolés.

« On pourrait, schématiquement, décrire une gas- « trite catarrhale banale, une gastrite érythémato-pul- « tacée (associée, le plus souvent, à la stomatite de « même type), une gastrite hémorragique, une gas- « trite érosive et une gastrite ulcéreuse.

« Les lésions hémorragiques sont très fréquentes. « Elles revêtent l'aspect d'un fin piqueté rouge-noi- « râtre, particulièrement net dans la région antrale « (surtout dans son segment juxta-pylorique). Les « érosions ne sont pas rares non plus. Elles sont de « petites tailles, très superficielles, circulaires, ou en « coup d'ongle, elles s'observent le plus souvent en- « core dans la région antrale ; presque toujours asso- « ciées à des lésions hémorragiques punctiformes, « elles se groupent en un véritable semis érosif.

« Quant à la grande ulcération isolée, profonde, à « bords taillés à pic, elle est absolument exception- « nelle.

« De telles lésions sont loin, d'ailleurs, de résumer « toute l'iconographie de l'azotémie.

« C'est ainsi que certaines gastrites, localisées à « l'antre, présentent, entre autres signes, une pâleur « accentuée de la muqueuse qui rappelle celle que l'on « peut observer dans l'infiltration néoplasique débu- « tante. Depuis il existe, dans l'azotémie, une hyper- « myxie, soit étendue, soit parcellaire (en amas épais « et adhérents), qui s'oppose nettement à l'amyxie si « typique décrite par l'auteur aux stades initiaux de « la dégénérescence cancéreuse de l'estomac. Amyxie « qui représente un des éléments essentiels de cet état « cartonné leuco-atropho-amyxique dont il a rapporté « au dernier Congrès international de Gastro-entéro- « logie plusieurs observations démonstratives.

« Tous ces aspects de la gastrite azotémique mé- « ritent, certes, d'être bien étudiés, classés et préci- « sés. »

Avant de reprendre en détail et de classer ces lésions de la muqueuse gastrique, décelées par le gastroscope, nous rappellerons la technique de l'examen et l'aspect de la muqueuse normale. Le gastroscope actuel est un appareil partie rigide et partie souple, formé d'un système de verres, qui s'introduit facilement dans l'estomac, presque aussi facilement qu'un tube de caoutchouc ordinaire ou un tube de Faucher. La crainte de la perforation, qui hantait les médecins au début de la gastroscopie, n'existe plus avec cet appareil moderne non rigide. Il est muni à l'extrémité distale d'une lampe et à l'extrémité proximale d'un oculaire qui permet à l'observateur de voir dans toutes les directions. Avant de pratiquer l'endoscopie, il est nécessaire de laver l'estomac et de le distendre avec de l'air. Et voici l'aspect de la muqueuse normale : sa coloration est rouge orangé vif, elle est brillante, vernissée, avec un peu de mucus ; elle est plissée partout, sauf au niveau du cardia, et sillonnée de plis longitudinaux et transversaux bien accusés qui ne s'effacent pas, mais s'atténuent seulement par l'insufflation ; les vaisseaux sont invisibles, sauf quelques veinules au niveau du cardia. Les lésions pathologiques portent donc sur la coloration de la muqueuse, sur l'effacement des plis et sur ses excoriations, sur l'apparition de vaisseaux distendus. On constate, souvent, que la muqueuse est pâle. Cette pâleur peut, d'ailleurs, alterner avec une teinte rose variant d'un instant à l'autre, surtout sur la face postérieure de l'estomac, située le plus près du plexus solaire ; ces éclipses seraient dues aux variations de l'irrigation sanguine. La muqueuse peut, aussi, être couverte de pétéchies, ou de plus grandes taches hémorragiques. Elle peut, également, se révéler sèche, peu humide, ou œdémateuse, ou encore quelque peu nacrée ; les plis peuvent être accentués, soufflés ou

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 46, du 9 juin 1938.

diminués. Le mucus peut être abondant ou réduit ; la muqueuse peut enfin paraître atrophiée ou amincie.

Voici donc les différentes variétés de gastrites que la gastroscopie permet de décrire et pour la plupart retrouvées dans les néphrites.

Gastrite pâle, dans laquelle la muqueuse est anémiée et les plis effacés.

Gastrite œdémateuse dans laquelle les sillons restent nets, mais plus marqués qu'à l'ordinaire et comme soufflés, tout en étant rattachés au plan gastrique par une base étroite.

Gastrite catarrhale avec formation d'une grosse quantité de mucus qui s'oppose, comme nous l'avons dit, à l'amyxie de la période pré-cancéreuse.

Gastrite érythémato-pultacée qui comporte de petites taches, entourées de quelques « algues » vasculaires ; avec exsudat localisé.

Gastrite hémorragique caractérisée par des « piqûres de puces », comme dit Chevallier, ou de véritables taches de sang, ou encore par un fin granité brunâtre, localisé surtout dans la région antrale.

Gastrite érosive qui montre des érosions de petite taille, superficielles, circulaires ou en coup d'ongle et quelques-unes pseudo-aphteuses avec leur revêtement muqueux.

Gastrite ulcéreuse, assez rare, qui, exceptionnellement, se manifeste par un ulcère véritable.

Ces distinctions sont, en réalité, un peu schématiques, chaque auteur décrivant ce qu'il voit dans des cas isolés. Mais elles sont vraies. D'ailleurs, à ces différentes gastrites correspondent souvent des lésions anatomiques retrouvées à l'autopsie des néphrites chroniques.

En 1887, Pilliet, conservateur du Musée Dupuytren, décrivait une gastrite chronique, avec présence de cellules rondes, en îlots, entre les culs-de-sac glandulaires, et des fibrilles conjonctives isolant les glandes ; des tubes glandulaires diminués sectionnés, agrandis ou raccourcis ; des cellules glandulaires, altérées, cellules bordantes fréquemment caliciformes avec production de kystes, proliférant même de façon excessive jusqu'à l'hypermyxie ; des cellules principales proliférant aussi en entraînant l'hyperpepsie. Pallas (de Lyon) et son élève Collas (1935) ont vérifié l'existence et la nature de ces lésions.

Voilà pour les lésions légères, superficielles, et sans gravité. Cependant, nous connaissons par l'observation de Mathieu et J.-Ch. Roux, déjà ancienne, des lésions plus profondes et plus graves : un homme vient mourir à l'hôpital Andral d'hématémèse ; l'autopsie révèle, à la stupeur des médecins, 6 ulcérations ; la plus grande, ovalaire de 4 cm./3 cm., siège sur la petite courbure, au 1/3 moyen, et ses bords sont taillés à pic. Son fond est formé par le péritoine enflammé. Les cinq autres ulcérations sont plus petites, leurs dimensions varient depuis la tête d'épingle jusqu'à la pièce de 50 centimes. Au fond de l'une d'elles, bien visible, une escarre noirâtre. Ces auteurs avaient découvert, d'ailleurs, d'autres ulcérations, s'échelonnant sur 72 cm. de l'intestin grêle, disposées en traînées, et formant une escarre en nappe. Au microscope, au niveau de ces ulcérations, la muqueuse avait disparu, mais la lésion ne dépassait pas, en général, la muscularis mucosae ; pourtant la grande ulcération était un véritable ulcus profond, soudé au péritoine avec, dans le voisinage, quelques nodules infectieux secondaires et le reste de l'estomac montrait une prolifération cellulaire excessive.

La très vieille observation de Devic et Charvet est analogue. Elle montre l'atteinte profonde de l'estomac et du duodénum, chez un homme décédé d'urémie, qui était porteur d'ecchymoses du duodénum et de l'estomac, d'ulcères vrais et de cicatrices d'ulcus.

Celle de Courmont et Cade en 1912 s'en rapproche. Les lésions sont graves, aussi, profondément ulcéreuses, dans le cas de Devé : après deux jours de vomissements et de melœna, un malade meurt et on découvre, dans l'estomac, un liquide noir, marc de café, sur la muqueuse des ultcérations nombreuses, de profondeur variable, dont le fond est sclérosé, mais dont les bords sont réguliers et nets ; une de ces ulcérations est située sur la petite courbure. On voit aussi, comme dans les autres observations, la lésion s'arrête ici encore à la muscularis mucosae.

Goyena, enfin, a en 1926 publié cette autre observation fort précise d'un homme de 67 ans, qui meurt 7 ans après des épisodes de céphalée, d'albuminurie, d'hématémèses et de melœna. L'autopsie révèle chez lui de petites ulcérations au niveau du cardia, de plus grosses au niveau du pylore : le fond d'une de ces ulcérations repose même sur le pancréas ; le foie est gros. Le microscope révèle une artériosclérose étendue, une gastrite infiltrée, un peu scléreuse, avec prolifération atypique des glandes à pepsine, une nécrose localisée au pylore, ayant entraîné une oblitération artérielle. Je n'insiste pas sur les belles observations de Stoïa-Vasilescu (1937), ni sur celle de Lemierre et Piédelièvre (1922).

***

Ainsi donc, chez les brightiques, il existe toute une gamme variée de lésions gastriques. Quelle relation faut-il établir entre les lésions gastriques et les lésions rénales ? Il ne faut certes pas renverser les rôles et voir avec Le Noir et Agasse-Lafont une néphrite d'origine digestive, un ulcus ou des ulcus déterminant de si fortes altérations du parenchyme rénal (1924). A coup sûr, ici, les lésions de l'estomac sont secondaires à celles du rein et relèvent uniquement d'une autotoxémie. Gandy, dans sa thèse, remarquable et classique, a bien décrit ces altérations toxémiques de la muqueuse gastrique qui dans la majorité des cas débutent par une dilatation au niveau de la petite courbure et du pylore, des veinules sous-muqueuses et des capillaires, qui se compliquent de traînées d'hématies et qui aboutissent, par place, à des plaques de nécrose. La muqueuse gastrique y devient granuleuse, fibrinoïde, sans noyaux visibles ; par endroits une encoche entame la muqueuse ; d'autres fois des foyers d'hémorragie interstitielle ponctuent la sous-muqueuse. Les vaisseaux, au début de la lésion, sont le plus souvent perméables, mais ils présentent bientôt des thromboses entraînant la nécrose d'un territoire et la chute d'une escarre, qui reste jaune, brunâtre ou prend un aspect diphtéroïde. Plus tard, enfin, une infiltration embryonnaire se fait à la périphérie de

l'ulcération et provoque son infection ou sa cicatrisation. Toutes ces lésions microscopiques se retrouvent identiques dans les lésions gastriques secondaires aux néphrites chroniques.

***

Quelles sont les causes de ces différentes lésions ? Il faut envisager, d'abord, l'inanition. L'inanition, l'anémie, peuvent être les causes de la pâleur gastrique, mais elles ne sont pas celles de la lésion elle-même. Leur rôle n'est pas négligeable, certes, mais prédisposant, puisque Nathan Larrier a vu que l'on pouvait, chez la femelle gravide, provoquer plus aisément par l'inanition des lésions gastriques que chez la femelle non gravide. Il est certes plus facile d'obtenir des lésions gastriques expérimentales lorsque l'animal est sous-alimenté. Mais il y a autre chose.

La lésion artérielle est fréquente, mais inconstante ; sans doute on peut parfois l'incriminer, mais il est des cas où elle est secondaire à l'ulcération. Nous croyons pourtant que l'oblitération d'un vaisseau athéromateux peut faire une nécrose et un ulcus et nous sommes sur ce point d'accord avec Courmont et Cade. On peut encore invoquer l'action du système nerveux : le brightique est un malade dont le système végétatif est profondément troublé par des poisons multiples et qui provoquent une modification de la tonicité, de la sécrétion, de la sensibilité stomacale même ; ces poisons pour la plupart endogènes agissent aussi, certes, sur la muqueuse et sur les vaisseaux de l'estomac, mais ils imprègnent le système nerveux et peuvent ainsi faire des lésions.

A notre avis, l'*imperméabilité rénale* est évidemment la principale cause de la lésion gastrique. D'abord elle provoque une hyperchlorhydrie et elle favorise l'acidose. La quantité de *chlore* retenu est souvent considérable ; l'organisme tend à l'éliminer par les diarrhées, les sueurs abondantes, par les vomissements. A l'hyperchlorhydrie peut se joindre l'excès de *pepsine*, non pas seulement dans l'estomac, mais dans le sang : les brightiques ont souvent une forte pepsinémie, ainsi que l'ont montré Loeper, Baumann, Debray et Chiray. Les intra-dermo réactions à la pepsine sont fréquentes chez les brightiques comme elles le sont chez les ulcéreux (1).

Il est curieux de voir les intra-dermo réactions à la pepsine positives chez les brightiques, puisque ceux-ci ont très souvent des ulcères de l'estomac.

On peut donc, à la rétention chlorée, ajouter celle de la pepsine, comme cause des lésions gastriques, des néphrites chroniques, et nous nous permettons de rappeler ce que l'un de nous écrivait avec Baumann en 1922 : « L'influence du rein est considérable. Un « grand nombre de brightiques, et spécialement les « saturnins, n'ont point trace de pepsine dans leurs « urines. Le rein, imperméable déjà à l'amylase, l'est « aussi, chez eux, à la pepsine. La rétention est d'autant plus intéressante que l'estomac des néphrétiques sécrète souvent avec abondance (nous dirons « aujourd'hui au début de la néphrite) et que sa richesse peptique peut être considérable. J'ai vu des « cas dépassant 180 ou 220 mmg. d'albumine transformée ».

(1) Le traitement de l'ulcus par les injections hypodermiques de pepsine. LOEPER, DEBRAY, MICHAUX et Mlle SAINTON. *Presse médicale*, Masson, 1930.

Voyons maintenant le rôle de l'*urée*. L'urée est-elle capable, à elle seule, de provoquer ces accidents de gastralgies secondaires ? Nous ne le croyons pas. Nous savons bien que Streidier a réussi à provoquer chez l'animal des lésions ulcéreuses gastriques et surtout intestinales, en injectant 20 cc. d'une solution d'urée à 10 ou 20 %, mais ce sont des doses formidables. Il n'est pas possible de conclure de l'animal à l'homme ; tout au plus pourrait-on admettre que l'urée, retenue en trop grande quantité, ralentit la sécrétion gastrique, diminue la résistance de la muqueuse et peut avoir, sur le processus ulcéreux, une action prédisposante mais nullement déterminante.

D'autres produits azotés peuvent être responsables de ces gastrites. Les polypeptides, disent certains ; les phénols, disent les autres (Acta Médica Scandiniva Salves en 1934). Nous croyons plutôt les *bases aminées*, qui d'ailleurs en dérivent. Les lésions déterminées dans l'estomac ne sont-elles pas identiques à celles produites par les alcaloïdes végétaux, à celles que Gaspard a vues sous forme d'escarres noirâtres au niveau de la muqueuse gastrique, après des injections intra-veineuses d'ergot de seigle ; que Slich a obtenues avec des matières en décomposition ; que Chevallier a réalisées avec la chélidoine, la fausse-oronge, des conserves avariées. L'analogie est frappante et la cause de ces ulcérations est bien dans l'action de ces bases aminées si voisines des produits expérimentés, en particulier à la *tyramine* qui est une des bases toxiques de l'ergot et qui est vasoconstrictive. Cette base se trouve en quantité considérable dans le sang des brightiques. Voici quelques chiffres : un malade de notre service brightique (1,70 gr. d'albumine), hypertendu (18/13 puis 24/13), azotémique 1,25 gr., 1,60 gr., 1,80 gr.), anémique (2.800.000 G.R.) est tyraminémique : son sang (Loeper et A. Netter, *Annales de Médecine*, 1938) contient successivement 4 cg., puis 7 cg., 11 cg., 16 cg. de tyramine ; c'est à ce moment qu'il saigne, que la sensibilité gastrique apparaît avec des vomissements fréquents contenant du sang.

Nous avons trois autres cas semblables où la tyramine oscille entre 12 et 16 cg. Le fait est d'autant plus intéressant que l'acidose habituelle ou fréquente de ces malades est un élément favorable à la formation de la tyramine.

Déjà Ambard avait montré cette acidité fréquente sur quoi est revenu Rathery.

Urée de sang	Réserve alcaline
0,21	55
0,59	61
1,12	51
1,28	37
1,56	36
1,70	38
2,24	31
2,63	19
2,85	32
2,98	34
3,58	31
4,30	26

Le parallélisme de l'urée sanguine et de la réserve alcaline n'est pas toujours aussi constant mais, en général, l'acidité marche de pair avec les accidents azotémiques. Expérimentalement, l'acidose existe après la ligature des uretères ; Ambard, nous-mêmes avec Cottet, l'avons noté. Cliniquement, Achard a écrit que « la plupart des urémiques étaient acidosiques. Dans certaines observations de Rathery, les variations de l'acidose et de l'azotémie sont parallèles et ses malades s'améliorent après rechloruration.

Sans étudier longuement les causes de l'acidose, rappelons qu'elle relève de deux mécanismes possibles. De celui-ci d'abord : au cours d'une intoxication, la substance nocive excite les centres respiratoires et cause de l'hyperventilation, celle-ci chasse le CO_2 du poumon et du sang, et finalement les bicarbonates diminuent. La chute du CO_2 sanguin provoque une migration du chlore globulaire vers le plasma.

De cet autre ensuite : quand la chute de la réserve alcaline est due à une acidose vraie, le chlore se fixe sur les globules, et la charge du plasma diminue. Ensuite, il se fixe sur les centres nerveux et la ventilation s'accroit. Chez les brightiques, il se fait une rétention chlorée acide dans les tissus, sous la forme probable de chlorhydrate de protéine. L'acidose existe aussi dans les globules rouges et dans d'autres cellules des tissus. Elle peut faire naître sur place de la tyramine aux dépens d'une tyrosine peu nocive. Déjà avec Cottet nous venons de voir que la ligature du pédicule rénal ou des uretères augmentait à la fois l'urée, l'acidose et la tyramine du lapin.

En **conclusion,** quel que soit le mécanisme de cette acidose, nous dirons qu'elle est favorable à la production des bases aminées et partant de spasme vasculaire et d'érosions gastriques, comme la rétention chlorurée est favorable à l'hyperchlorhydrie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion, par MM. Chiray et I. Pavel, avec un exposé de radiologie vésiculaire, par A. Lomon. Deuxième édition. Un vol. de 860 pages. Prix : 120 fr., chez Masson et Cie, à Paris, 1937.

Les régimes chez l'enfant, par L. Babonneix. Un vol. de 608 p. Prix : 75 fr., chez Masson et Cie, à Paris, 1937.

Analyse physique des calculs urinaires et biliaires, par le docteur E. Pillet. Un vol. de 96 pages. Prix : 25 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Les enfants des tuberculeux. Contamination familiale, prophylaxie, par Christian Paul. Un vol. in-8° de 226 pages. Prix : 35 fr., chez Gaston Doin et Cie, à Paris, 1937.

Les Fiches de Pratique médicale (fichier Dufour) ont pris depuis le 1er janvier 1938 la présentation d'un périodique trimestriel.

Nous venons de recevoir les mises à jour de janvier et d'avril 1938, fiches complétant les 1.200 fiches déjà parues ou remplaçant quelques-unes d'entre elles. Voilà résolue, semble-t-il, pour le praticien occupé, la difficile tâche de se tenir au courant.

Pour les conditions d'abonnement à ce périodique, s'adresser à l'administration des *Fiches de Pratique médicale*, 17, rue Ecole-de-Droit, à *Montpellier.*

LA TYPHLOCHOLÉCYSTITE ET SON TRAITEMENT HYDROMINÉRAL

Par le docteur Léon RODESCU (de Bucarest)

Membre de la Société de Thérapeutique de Paris et de la Société de Gastro-Entérologie de Paris.

Le syndrome dénommé typhlocholécystite comprend un grand nombre des cas classés autrefois comme des colites droites ou avec des accidents hépato-biliaires, au décours des entérites ou comme des entéro-colites aggravées par la lithiase biliaire.

Son domaine s'étend au côlon droit, quelquefois avec le cœcum ou l'appendice et aux voies biliaires extra-hépatiques.

Notre maître, le prof. Dieulafoy, dans une série de cliniques célèbres, a décrit les accidents appendiculaires au décours des cholécystites.

Il disait : « L'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent, s'accouplent et de cet accouplement, naît un état complexe : l'appendiculo-cholécystite ».

Notre maître, M. le prof. Loeper, décrit dans la dilatation du cœcum une variété biliaire.

MM. le prof. Pierre Duval et J.-Ch. Roux signalent la cholémie dans la stase stercorale droite.

MM. Durand et Binet se sont occupés de ce syndrome, en décrivant les rapports entre les affections intestinales et hépatiques, sous le nom de *typhlo-cholécystite.*

En même temps, Aine sous le nom de « syndrome biliocholitique », MM. Brulé et Garban, sous celui de « syndrome entéro-hépatique » décrivent l'association entre les affections du côlon droit et des voies biliaires. Les deux derniers auteurs ont montré que « en survenant plus ou moins tard au décours d'une constipation cæcale ou d'une colite chronique des troubles hépato-biliaires peuvent présenter trois modalités différentes, mais existantes, la congestion hépatique, la rétention biliaire et la cholécystite. Pourtant ils croyaient la cholécystite plus rare que la congestion hépatique avec laquelle elle peut coexister et que la cholécystite des malades d'intestin reste en général un accident passager et d'importance secondaire.

Au *Congrès de la colibacillose* de 1934, à Châtelguyon, ces auteurs soutiennent les mêmes idées en donnant une grande importance dans ce syndrome à la congestion hépatique, ce qui n'est pas admis par les autres qui gardent seulement la cholécystite et l'inflammation des voies biliaires externes.

M. Prado-Tagle (Chili), sous le nom de syndrome entérovésiculaire, MM. Brunner, Carrié, Guttmann, dans leur traité « Les syndromes douloureux de la région épigastrique », MM. Oddo et de Luna (Marseille), sous le nom de « sympathèse digestive », MM. Manuel Boix Pou et G. Zoraquin (Buenos-Ayres) au 2e *Congrès espagnol de gastro-entérologie de Barcelone* (1933), sous le nom de « syndrome entéro-hépatorénal », M. le prof. Villaret et M. Justin Bezançon, se sont tous occupés de ce syndrome. MM. Ramond et Parturier, Dalsace, Poenaru-Căplescu ont décrit l'appendiculo-cholécystite ; MM. Ramond et Zizine ont décrit « le flanc droit douloureux », MM. Chiray et Lebon les formes hépato-biliaires de la stase intestinale chronique.

D'après Durand et Binet, le terme de typhlo-cholécystite s'applique d'une part aux appendiculo et angio-cholécystites ou typhlites chroniques, d'autre part, aux typhlocolites droites, mais ils éliminent l'hépatite et la congestion active du foie, qui peuvent apparaître seulement comme un épiphénomène des cholécystites.

Donc entreront dans ce syndrome : les formes intestinales de l'angio-cholécystite d'une part et les formes biliaires de la colite droite et de l'appendicite chronique d'autre part. Ce syndrome a donc, comme point de départ, une affection soit biliaire, soit intestinale. Parfois, elle peut apparaître à la fois dans les deux organes, comme le disent MM. Durand et Binet. « La typhlocholécystite est une maladie bipolaire, conjuguant le carrefour cœco-appendiculaire et le carrefour biliaire, avec des accidents intestinaux et biliaires simultanés ou alternants, et dont l'évolution est faite du retentissement réciproque incessant des perturbations dont chacun des deux pôles est le siège. »

D'après MM. Paul Jacquet et Stéph. Thieffry, la cholécystite peut être masquée parfois par les troubles de la colibacillose intestinale, etc., et il est suffisant de traiter la première et la colibacillose disparaît.

Etiologie. — Relativement au facteur étiologique, la plus grande partie des auteurs l'attribuent au colibacille. Les analyses bactériologiques de MM. Chiray, Liégeois et Albot sur les inflammations chroniques de la vésicule biliaire, ont montré que ces affections sont dues au colibacille.

Les examens bactériologiques des auteurs américains ont montré que les cultures de bile extraite des vésicules cholécystectomisées contiennent des bacilles d'origine intestinale et en premier lieu, des colibacilles.

MM. Brutt, Pesch et Hoffman, de Mesliz et Rittver sont arrivés à la conclusion que dans l'étiologie de la cholécystite chronique, le colibacille occupe le premier rang. MM. Paul Jacquet et Thieffry soutiennent que la vésicule biliaire et l'appendice sont le plus souvent atteints par le colibacille.

De sorte que M. Desgeorges a pu diviser ce syndrome en 3 périodes morbides :

1° L'inflammation du cœcum et du côlon ascendant ;

2° La colibacillémie ;

3° La typhlocholécystite.

Lorsqu'en même temps que la cholécystite apparaît aussi l'appendicite, ces deux affections sont dues au même facteur étiologique.

D'après Durand et Binèt, la typhlocholécystite a parmi ses indications thérapeutiques, le traitement hydro-minéral, qui est utile et souvent indispensable. En même temps, on appliquera aussi le traitement médicamenteux et diététique.

Dans ces dernières années, nous avons observé et soigné, à Slànicul-Moldovev, 107 cas de typhlo-cholécystite (1). Parmi lesquels 10 appendiculo-cholécystites ; 12 cas d'appendicite chronique et lithiase biliaire ; 25 cas de colite chronique et cholécystite chronique ; 2 cas d'entérocolite muco-membraneuse et lithiase biliaire ; 57 cas de colite chronique et lithiase biliaire ; 1 cas de typhlite et lithiase biliaire.

Dans tous ces cas, nous avons obtenu une amélioration évidente, parfois même la guérison, tant des symptômes fonctionnels que des symptômes physiques . les douleurs tant intestinales que hépato-vésiculaires se sont calmées, le mucus a disparu des selles, le diamètre transversal du côlon ascendant à la percussion a diminué de 2 travers de doigt à

(1) Les eaux de Slanicul-Modovev sont des eaux chlorurées-sodiques-bicarbonatées-carbo-gazeuses, avec des propriétés radio-actives et très réputées pour le traitement des maladies du tube digestif et de la nutrition. Il y a un grand nombre de sources dont une quinzaine sont captées.

Parmi ces sources, d'après les expériences de l'Institut d'Hydrologie médicale de Bucarest et d'après les travaux chimiques des médecins de la station, certaines comme les numéros 3 et 1 bis diminuent l'acidité gastrique, d'autres comme les numéros 6, 8, 10, 13 l'augmentent.

1 1/2, la constipation et le subictère ont disparu et la matité absolue du foie a diminué. La vésicule biliaire qui était augmentée avant le traitement, n'était plus palpable après.

Dans tous ces cas, nous nous sommes conduit, d'après l'acidité du suc gastrique, en donnant du N° 3 et 1 *bis*, des eaux de Slanicul-Moldovev, aux hyperacides et du N° 6, 8 et 1 aux hypoacides d'après la prédominance du pôle coeco-colique ou hépato-cystique. Lorsque prédominaient les troubles du premier, nous avons donné des doses plus grandes 200-300 gr., même 400 gr. chaque fois. Dans les deux cas, l'eau a été chauffée au bain-marie (40°-45°).

Comment agissent les eaux dans ce syndrome ?

Comme le prof. Theohari l'a montré, nous savons que le rétablissement de la sécrétion gastrique dans les conditions physiologiques normales, produit une série de réflexes sécréteurs et moteurs de l'intestin, qui modifient la constipation et l'entérospasme cède. Les eaux minérales, contenant des sels en dissolution, agissent sur l'intestin, par le mécanisme des purgatifs. D'autre part, les expériences de Fleig ont montré que les eaux minérales alcalines ont un effet excitant sur la musculature intestinale. Le même effet a été observé à Slânicul-Moldovev, par MM. Gh. Niculescu et Barm qui, en se servant de la radioscopie, ont vu que ces eaux augmentent les contractions intestinales. Elles ont encore un effet excitant sur les sécrétions glandulaires et cicatrisant sur les lésions de l'intestin. D'autre part, Bâltàceanu a montré qu'elles fluidifient et font baisser la quantité de la bile sécrétée, quoique les prof. Bacaloglu, prof. Tudorau, etc., aient trouvé sur l'homme une augmentation de la sécrétion. Les eaux de Slànicul-Moldovev ont une action cholécysto-kinétique et drainent la vésicule biliaire, la concentration de la bile augmente, la cholestérine baisse en quantité dans le sang et dans la bile, l'épithélium de la vésicule biliaire se modifie avantageusement. Les eaux ont une action de repos ou excitante sur les voies biliaires extra-hépatiques. Elles refont la sécrétion de la mucine, modifient le processus inflammatoire, et en augmentant le calcium dans le sang, elles normalisent le tonus du système nerveux végétatif.

Les eaux de Slànicul-Moldovev font disparaître les crises tant colitiques que cystico-hépatiques. Elles peuvent être continuées à domicile.

CONTRE-INDICATIONS. — Dans les périodes aiguës de la typhlocholécystite, au décours ou déclin immédiat d'une crise coeco-colique ou angio-colitique, les malades ne peuvent pas suivre le traitement hydrominéral. Après la crise, nous attendons un temps qui varie.

Lorsqu'une crise de colite aiguë régresse, lorsqu'il persiste une douleur légère dans l'intestin spasmé, nous traiterons la colite. Mais lorsqu'une crise d'angio-cholécystite a disparu et qu'il n'y a pas d'indication de reproduction immédiate, nous traiterons la cholécystite, même si nous sommes en présence de troubles gastriques réflexes, subictère ou insuffisance hépatique. Dans ce cas, nous employons la cure de repos. Dans la typhlo-cholécystite, il faut éviter tout procédé d'hydrothérapie violent. On peut donner : des bains prolongés, des douches sous-marines chaudes donc sédatives, des applications avec des cataplasmes de boues chaudes.

Conclusions

1° Sous le nom de typhlo-cholécystite a été décrit un syndrome où il y a association, soit de colite droite, soit d'appendicite chronique ou de typhlite, soit d'entérocolite muco-membraneuse et par des accidents cystico-hépatiques.

2° La majorité des auteurs attribue ce syndrome au colibacille. Nous serions en présence des trois périodes morbides : l'inflammation coeco-colique ou appendiculaire, la colibacillémie et la typhlocholécystite.

3° Dans ces dernières années, nous avons eu à soigner à Slànicul-Moldovev 107 cas de tphlocholécystite, dont 10 appendiculo-cholécystites, 12 cas d'appendicite chronique et lithiase biliaire, 25 cas de colite chronique et cholécystite chronique, 2 cas d'entérocolite muco-membraneuse et lithiase biliaire ; 57 cas de colite chronique et lithiase biliaire, 1 cas de typhlite et lithiase biliaire. Dans tous, nous avons obtenu des améliorations, parfois même la guérison des symptômes fonctionnels et physiques.

4° Dans tous ces cas, nous nous sommes conduits pour prescrire les eaux, d'après l'état de l'acidité gastrique, ordonnant les Nos 3 et 1 bis dans les cas avec hyperacidité gastrique et les Nos 6, 8, 10 et 1 dans ceux avec hypoacidité gastrique.

De même, nous avons varié les quantités d'eau suivant que prédomine le pôle cœco-colique ou celui cystico-hépatique.

5° Les eaux ont un effet tant sur les intestins que sur le foie et les voies biliaires ; grâce à elles, les crises deviennent plus rares et disparaissent.

6° Contre-indications : des crises aiguës cœco-coliques ou angio-cholitiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 8 *juin.* — Jury : MM. Grégoire, président ; Harvier, Lévy-Solal, Richet. — M. RIOU. Abcès mésocœliaques d'origine appendiculaire. — M. MALVEZIN. L'ulcère haut situé de la face postérieure de l'estomac. — M. GOULLIEUX. Contribution à l'étude de l'éclampsie et des états prééclamptiques. Leur traitement par le venin de cobra.

— Jury : MM. Tanon, président ; Aubertin, Lavier, Turpin. — M. CAYLA. Nouvelles observations sur la maladie des porchers (maladie de Bouchet). Son extension au Massif Central (région de l'Aubrac). — M. CHARBONNEAU. Etude de la lutte anti-cholérique en Indochine. — M. CHITRON. Les plantes à rotenone en hygiène humaine. — M. KRONGOLD. Contribution à l'étude du rétrécissement de l'isthme aortique. (Quelques notions nouvelles.) — M. LAURIOL. Quelques remarques sur les maladies mentales aux colonies. — M. PRIOLET. Etude de l'évolution des idées en matière d'éducation physique.

Jeudi 9 *juin.* — Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Marion, Fey. — M. GAHINET. Technique d'exérèse du rectum en deux temps par voies combinées. — M. MASSOT. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fibromes utérins. — M. SAUZE. Contribution à l'étude du traitement des épididymites aiguës non tuberculeuses par la vaccination à la porte d'entrée.

— Jury : MM. Balthazard, président ; Bezançon, J. Besançon, Lemaire. — M. DEVY. La hernie accident du travail existe-t-elle ? — M. GALLE. La lymphogranulomatose maligne dans ses rapports avec la tuberculose. — M. THAMER. La lutte antituberculeuse en Tunisie. — M. VINCENT. L'occlusion de la bronche de drainage. Etude critique de son rôle dans certaines modifications radiologiques des cavernes. Variations ou disparitions temporaires.

Vendredi 10 *juin.* — Jury : MM. Baudouin, président ; Clerc, Lemierre, Loeper. — M. MORIN. Les injections continues d'insuline. — M. FARAH. Contribution à l'étude des formes graves et malignes de la spirochétose ictérigène. — M. HAMONET. Les septicémies à staphylocoques. Contribution à l'étude du traitement par l'anatoxine staphylococci-

que de Ramon. — M. SEIDEN. Considérations sur un cas de méningococcémie chez une femme enceinte.

Samedi 11 *juin*. — Jury : MM. Guillain, président ; Rathery, Alajouanine, Petit-Dutaillis. — M. NETTER. Les atrophies musculaires associées aux affections hypophysaires. — M. ROGÉ. Les tumeurs de l'aqueduc de Sylvius. — M. DUCROZ. Les polynévrites apioliques. — Mme HYON. Les néphrites chroniques de l'enfant.

— Jury : MM. Claude, président ; Lemaitre, Olivier, Renard. — M. RICHARD. Des rapports entre la tuberculose et la leucémie à propos de deux cas inédits. — M. TELLIER. Contribution à l'étude des laryngites suffocantes de l'enfance. — M. ROUSSEAU. Notes médicales sur Stendhal.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 8 *juin*. — Jury : MM. Lévy-Solal, président ; Lesbouyriès, Robin. — M. VOEGEL. Acétonémie et hémoglobinurie puerpérale chez la vache.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PRINCIPE ANTIPERNICIEUX DE WHIPPLE ET DE CASTLE

par le docteur GERVAIS

L'étude du traitement de l'anémie par le foie et la muqueuse gastrique a débuté vers 1920 pour trouver en 1925-1926 une première application avec Whipple, Murphy et Minot. En 1929, Castle montre l'action d'un principe intrinsèque sur un principe extrinsèque donnant naissance à une substance antipernicieuse comparable à celle de Whipple.

Depuis, les travaux faits sur ces sujets ont été extrêmement nombreux et constituent une littérature imposante sans qu'on soit arrivé à isoler ce principe antipernicieux, ni à en déterminer la nature : enzyme ou hormone.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique s'est enrichie d'un nombre considérable de préparations à administrer les unes par la bouche, les autres par la voie parentérale ; les premières étant plus nombreuses que les secondes. En ce qui concerne leurs formules, celles-ci n'ont pu être établies qu'en rapportant la concentration à un poids d'organes employés, aucun autre contrôle n'existant puisque aucun test n'a été trouvé. Seule la clinique a permis de se rendre compte de la valeur thérapeutique de tous ces extraits buvables et injectables, simples ou associés. Mais encore, faut-il, pour étudier l'activité de ces préparations chez l'homme et donner à l'expérimentation sa validité, que certaines conditions strictes soient remplies (1).

1° Agir dans la maladie de Biermer dont le caractère pernicieux est nettement établi sans tendance aux rémissions spontanées avec conservation du caractère plastique.

2° Juger les résultats sur :

La réticulocytose,

L'augmentation des hématies,

L'augmentation de l'hémoglobine,

La variation de la valeur globulaire,

L'état de la moelle osseuse par ponction sternale.

Si toutes ces conditions n'ont pas été complètement remplies dans l'étude qui a été faite par le docteur Mouras de l'Hémopylore buvable, les résultats obtenus avec les ampoules de 2 et de 5 cc. n'en sont pas moins concluants, puisque ce produit est adopté maintenant par tous les praticiens pour traiter leurs anémiques et surtout ceux qui, ayant absorbé antérieurement du foie, font une rechute et deviennent hépato-résistants.

L'Hémopylore préparé par une technique scientifique nouvelle, de goût agréable, réalise la combinaison des médications hépatique et gastrique. Dans le traitement de toutes les anémies, l'augmentation des globules rouges est parallèle à celle du taux de l'hémoglobine et du poids des malades, sans contre-indication, sans hépato-résistance.

(1) Thèse du docteur A. RAMBERT, Paris, 1937.

OBSERVATION

Mme Maria P..., cultivatrice âgée de 50 ans :

Etat cardiopathique et anémique.

Grande faiblesse ; la décoloration de ses téguments se serait accentuée malgré le traitement institué par son médecin, visant, dit-elle, le foie et le cœur.

Un mois auparavant, elle était très bien portante.

Trois enfants morts en bas âge de convulsions. Pas de fausse couche.

A l'examen : On constate des téguments et des muqueuses pâles et décolorées, présumant une anémie assez marquée.

A l'examen cardiaque : on perçoit un roulement diastolique méso-cardiaque, auquel correspond un frémissement très localisé. Le deuxième bruit est très claqué au foyer aortique. L'auscultation de la pointe ne décèle rien d'anormal.

Tension artérielle : 14-7.

On fait un électrocardiogramme, qui montre un décalage ST, une extra systole ventriculaire en D 2 et du crochetage en D 3.

Une radio : un léger effacement du point G.

Par ailleurs, il n'existe aucun signe de défaillance cardiaque : pas d'œdème, pas de dyspnée, foie de volume normal et indolent, la rate est percutable non palpable. Le ventre est souple, non sensible.

Urée sanguine : 0 gr. 48 pour 1.000.

Au total, anémie d'origine indéterminée avec cardiopathie, sans qu'on puisse relever de crise d'hyposystolie, ni aucun signe de R. A. dans l'enfance.

38°4 à son entrée dans le service ; ce qui pourrait nous faire penser à une origine infectieuse. Elle semble bien plutôt être en rapport avec son état cardiaque car le repos et le traitement à l'ouabaïne la firent rapidement revenir à 37° ; mais son état anémique et sa faiblesse persistaient.

Le 10 septembre 1936, est mise à l'extrait de foie à la dose habituelle.

Le lendemain 11 septembre, on pratique un examen hématimétrique :

Ces examens ont été répétés par la suite le 14, le 21 et le 29 septembre. (Voir tableau.)

Notons qu'une transfusion de 200 c. c. fut pratiquée le 25.

Le 30 septembre, on cesse l'extrait de foie que l'on remplace par l'hémopylore à la dose de 2 ampoules de 5 c. c. à midi et 2 ampoules le soir.

Il a été constaté une augmentation progressive du poids ; la malade a passé de 53 kg. 300 à son entrée à 57 kg. 500 lors de sa sortie, soit une augmentation de 4 kg. 200 en 40 jours.

La malade quitte le service avec le diagnostic d'anémie et rétrécissement mitral.

Les examens hématimétriques pratiqués consécutivement ont donné les résultats suivants :

DATES	G. R.	G. B.	EOSINOPHILES	HÉMOGLOBINE	POIDS
11 septemb.	1.820.000	1.800	1	40 %	53 kg 300
14 —	1.580.000	3.600	2	50 %	
21 —	1.651.000	4.800	2	60 %	
29 —	2.580.000	5.800	4	70 %	
3 octobre.	3.000.000	5.600	9	70 à 80 %	
13 —	3.860.000	6.200	4	70 %	
21 —	4.010 000	6.400	2	80 %	57 kg 500

Nouvelle publication. — Nous recevons le *Médecin d'usine*, nouvelle revue d'hygiène industrielle et des maladies professionnelles, qui est dirigée par le docteur André Feil, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de service à l'Institut d'hygiène industrielle de la Faculté.

Le *Médecin d'usine* est l'organe officiel de la Société médicale des hygiénistes du travail et de l'industrie. Il paraîtra tous les deux mois. Prix de l'abonnement : 50 francs pour la France. S'adresser au docteur Feit, 23, rue Jacob, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES STÉNOSES DU PYLORE (1)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Se pose de façon différente suivant la variété de sténose.

A. Diagnostic de la STÉNOSE ORGANIQUE, est en règle facile.

1° *Est-ce une sténose ?*

Le caractère PERMANENT de la rétention alimentaire, affirmée par la constatation des vomissements alimentaires tardifs, les résultats du tubage et de la radio, permettent d'éviter la confusion avec :

a) Une indigestion accidentelle, dont les phénomènes sont passagers ;

b) Les intolérances gastriques sans rétention :

— Vomissements urémiques,

— Vomissements incoercibles de la gestation,

— Crises gastriques du tabès ;

c) La grande dilatation asthénique des estomacs ptosés et atones réalise cliniquement un tableau voisin, mais radiologiquement l'estomac est non seulement dilaté, mais ptosé (petite et grande courbures sont abaissées) et à la pression de l'estomac, l'évacuation pylorique se fait en réalité normalement.

2° *Est-ce une sténose pylorique ?* On éliminera les autres variétés de sténose :

a) Du cardia, avec régurgitation d'aliments non digérés ; non mélangés à du suc gastrique.

b) Médiogastrique, avec estomac d'aspect biloculaire à la radio.

c) Duodénale :

— Sous-vatérienne, soupçonnée à cause des vomissements très bilieux ;

— Sus-vatérienne, impossible à différencier sans la radio.

B. Quant au diagnostic des STÉNOSES FRUSTES OU SPASMODIQUES, il est à faire avec :

— Les dyspepsies hypersthéniques ;

— Les gastriques chroniques avec hypersécrétion ;

— Les syndromes dyspeptiques réflexes, secondaires à des affections digestives, hépatiques...

Le diagnostic est d'autant plus difficile que ces affections peuvent être à l'origine de spasme pylorique.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Reconnaître la cause d'une sténose pylorique est capital au point de vue pronostique et thérapeutique.

A. Causes des STÉNOSES ORGANIQUES.

Nous mettrons à part les *causes évidentes*, mais rares : traumatismes, brûlures par ingestion de produits caustiques, laissant une rétraction cicatricielle du pylore.

Et les sténoses venant compliquer une affection déjà connue. C'est le cas des compressions extrinsèques par . cancer du pancréas, cancer du foie, kyste hydatique, péritonite tuberculeuse...

Deux causes capitales dominent l'étiologie de la sténose pylorique : l'ulcère du pylore ; le cancer du pylore.

1. *Sténose ulcéreuse.*

L'ulcère du pylore peut déterminer l'apparition de la sténose aux différentes phases de son évolution :

— La sténose peut marquer le début d'un ulcus jusque-là latent, être une complication précoce, évoluant rapidement par association des deux éléments spasmodique et organique.

— Mais souvent elle apparaît comme une complication tardive, relevant de la rétraction cicatricielle et de la périgastrite.

Le diagnostic se fera typiquement sur :

— L'histoire de la maladie relevée par l'interrogatoire, l'existence plus ou moins ancienne de troubles gastriques faits de douleurs et de vomissements ou d'hémorragies, évoluant par crises paroxystiques dont l'alternance avec des périodes d'accalmie et la périodicité sont les caractères les plus frappants.

— Les caractères mêmes de la sténose, serrée, progressive, aboutissant à la production de grandes dilatations gastriques, si elle est laissée à elle-même.

— La conservation relative d'un bon état général et de l'appétit.

— Les résultats du tubage après histamine, révélant hypersécrétion et hyperchlorhydrie.

— Surtout sur les résultats des radiographies en série, montrant des images propres à l'ulcus : niche, encoche ou diverticule.

Si cette sténose est surtout la conséquence d'un ulcus juxtapylorique, il faut savoir que tous les ulcères gastroduodénaux, quel que soit leur siège primitif, peuvent donner lieu, en dehors du spasme, à la production d'une sténose organique, par extension vers le pylore du processus ulcéreux.

L'indication opératoire est en règle formelle et, suivant les cas, on pratiquera soit une résection gastrique, soit une dérivation.

2. *La sténose cancéreuse :*

— Tantôt elle apparaît comme un accident évolutif d'un cancer déjà connu, mais dont le caractère métastatique précoce s'était opposé à l'exérèse.

— Le plus souvent la sténose apparaît comme le premier symptôme alarmant et révélateur. Ce sont les douleurs, les vomissements, un retard léger de l'évacuation qui attirent l'attention sur la gastropathie, et c'est en recherchant la cause d'un syndrome pylorique parfois à peine ébauché que le cancer est reconnu.

C'est une sténose :

— Progressive, mais peu serrée.

La dilatation gastrique est en règle modérée, car l'estomac cancéreux infiltré est rapidement hypotonique.

— Qui saigne : les hémorragies, souvent occultes et continuelles, demandent à être décelées dans le liquide des vomissements et dans les selles par les épreuve de Weber, Meyer-Rolland.

— Qui s'accompagne de rapide altération de l'état général, d'anorexie, d'anémie, signes qui prennent toute leur valeur s'ils surviennent chez un malade âgé, sans passé digestif.

Il ne faut pas compter, à l'examen clinique, sur la découverte d'une tumeur de la région épigastrique.

Le tubage montre en règle une hypopepsie avec hypochlorhydrie.

(A suivre.) PASCAL VILLANOVA.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 44, du 1er juin, p. 730 ; n° 46, du 8 juin, p. 762.

La impregnacion visceral mediante sales radioactivas. Metodo de exploration radiologica. Trabajo de investigation, par E. L. LANARI, M. E. JORG, J. A. AGUIRRE. Un vol. grand in-8° de 349 pages avec 129 fig., édité par *Actualidad Médica Mundial*, à Buenos-Aires, 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 49. — SAMEDI 18 JUIN 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 *juin.*

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.* — A la suite des épreuves qui viennent d'avoir lieu, ont été déclarés *admissibles* : MM. Richier, 49 ; Leroux (Robert), 47 ; Bérard, 44.

Concours de nomination de médecins des hôpitaux. — Jury : MM. Aubertin, R. Bénard, Lian, Lereboullet, Vincent, Crouzon, Flandin, Laignel-Lavastine, Cain, Boulin, Desplas.

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur Jean Dubard est institué professeur suppléant des chaires de pathologie clinique chirurgicale et clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Arnaud, professeur suppléant, est nommé professeur de médecine expérimentale et de bactériologie, en remplacement de M. Boucher, décédé.

M. Reboud, professeur d'histologie et embryologie, est nommé professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Cibert, retraité.

Faculté de médecine de Marseille. — Ont obtenu le diplôme d'études médicales coloniales : docteur Axelrud, Mlle de Balman, MM. Baudelet, docteur Belateche, Bernard, Bonifaci, Campana, Casanova, Cony, docteur Cunin, Debanne, Doutard, docteur Dufour, Emmanuelli, Mlle Ferran, MM. Fogacci, Fredenucci, Fournier, Hota Khanh, Khayat, Lapeyre, Lavalette, Micaelli, docteur Moinet, Poisot, Provansal, Puy, Mlle Rol, MM. Saliès, Sansot, Saragosti, docteur Schnitzer, Valette et Vaugier.

Ecole de médecine de Tours. — M. Denoyelle, professeur de thérapeutique, est transféré dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Mercier, retraité.

Centre de liaison des œuvres d'entr'aide médicale. — Il est établi un organisme central et permanent de liaison entre les principales œuvres médicales, s'occupant de bienfaisance, d'assistance et de prévoyance ; il siège à Paris, 60, boulevard de Latour-Maubourg et a pris le nom de « Centre de liaison des œuvres d'Entr'aide médicale ».

Son but est de centraliser tous les renseignements sur les œuvres, d'établir, pour les sociétés, un libre terrain d'entente et des moyens d'accord, tout en respectant leur autonomie et leur indépendance.

Heureuse réalisation, mise au service de l'intérêt général de notre profession et des intérêts de nos sociétés : elle apportera un remède à la diversité et à la dispersion des efforts, tout en gardant l'avantage des libres initiatives particulières.

Pour tous renseignements sur les Œuvres, s'adresser au secrétaire du centre de liaison des œuvres d'entr'aide médicale, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

Croisière médicale en Orient, du 18 juillet au 4 août 1938. Dalmatie, Roumanie, Bulgarie, Grèce, Italie, Turquie, à bord du *Reine-Marie*, de 2.950 fr. à 7.000 fr., en classe unique. Prix comprenant : le voyage en train de Paris-Venise et retour en 2e classe, le voyage en mer, toutes les excursions à terre. Les prix comprennent les trois repas (petit déjeuner à l'anglaise), le thé complet à 5 heures et le café au déjeuner et au dîner.

Renseignements et inscriptions : docteur Delaunay, 175, rue de la Pompe, Paris (16e). Passy 48-88. Fermé du samedi 12 heures au mardi matin.

CHRONIQUE

LA PROTECTION CONTRE LES GAZ

Mercredi soir s'est ouvert le cours d'hygiène urbaine et de protection contre les gaz, organisé depuis trois ans à la Faculté de médecine, par M. le professeur Tanon.

Le grand amphithéâtre de la Faculté était comble. Dans l'hémicycle, aux côtés de M. le médecin général inspecteur Sieur, vice-président de l'Académie de médecine, et du professeur Tanon : Mme la Maréchale Lyautey, Mmes de Witt-Guizot, Luc, Rodillon, M. Perrier, secrétaire général de la Défense passive à la Préfecture de police, qui va faire la première conférence, le général de Saint-Vincent, représentant le général Aubé, directeur de la défense aérienne ; M. Contensin, représentant le préfet de la Seine ; le colonel Istler, ancien commandant du régiment des sapeurs-pompiers ; le médecin colonel Cot, le pharmacien colonel Bruère, MM. Kohn-Abrest, Clerc, Neveu et les membres d'une mission militaire japonaise.

Après une courte introduction par le médecin général Sieur, le professeur Tanon et le général de Saint-Vincent, la parole est donnée au conférencier.

M. Perrier indique les mesures actuellement arrêtées et réalisables en quelques heures pour l'évacuation (éloignement ou dispersion).

Il étudie ensuite la signalisation des alertes, l'état des abris prévus, réalisés ou en voie de réalisation. On sait que des abris collectifs très importants sont prévus dans le Métro, il faut noter aussi que la circulation du métro — avec surpression d'air — sera assurée en cas de bombardement.

Dans la banlieue, où il est difficile de trouver des locaux de 900 mq. sous des immeubles de 4 étages au moins, on a prévu et jalonné des tranchées-abris.

Voilà pour le premier danger : *l'explosion*.

Pour le deuxième danger : *incendie*, le régiment des sapeurs-pompiers sera en état de combattre 1.000 incendies à la fois. A ce propos, le colonel Istler fait remarquer qu'il est bon de ne pas se reposer entièrement sur les pouvoirs publics. Les particuliers feront bien de prévoir l'incendie (sable, extincteurs), et de se préparer à l'attaquer sans retard.

Contre le troisième danger : *les gaz*, la Ville de Paris est la première à avoir organisé les postes de secours, dont nous avons souvent entretenu nos lecteurs. Sur ce point, nous sommes très en avance à Paris, nous le devons au professeur Tanon, à M. Perrier, à M. François, au colonel Bruère. Les nombreuses missions étrangères qui viennent visiter ces abris sanitaires, conviennent que rien de semblable n'existe encore à l'étranger.

Il est bon de le répéter, sous le rapport des abris sanitaires, nous sommes en avance ; pour les manifestations spectaculaires, nous sommes en retard. Il faut peut-être le regretter, car les spectacles attireraient peut-être *les volontaires, dont le nombre est encore très insuffisant* pour les abris sanitaires.

Et le masque national ? M. le général de Saint-Vincent prenant la parole après M. Perrier, indique que ce masque sera distribué à partir du mois de septembre, à la cadence de 500.000 par mois.

F. L. S.

— Le cours public et gratuit continue tous les soirs, samedi et dimanche exceptés, à 21 heures, à la Faculté de médecine.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine. — Cours complémentaire de vacances sur les *Dyspepsies gastriques secondaires*, sous la direction du professeur Maurice Loeper et du docteur André Lemaire, agrégé, avec le concours de MM. Turpin, agrégé ; Marchal, Soulié, médecins des hôpitaux ; Ordioni, radiologiste des hôpitaux ; Lallemant, laryngologiste des hôpitaux ; Duchon, Lesure, Perrault, chefs de laboratoire ; Gilbrin, Brouet-Sainton, Lesobre, Loewe-Lyon, Netter, Varay, chef de clinique.

Ce cours comprendra des leçons didactiques, des démonstrations et épreuves pratiques, et aura lieu du lundi 27 juin au samedi 9 juillet, le matin de 9 h. 30 à 11 heures, et de 11 heures à midi, à l'amphithéâtre Hayem.

Conférence. — M. le docteur Wolff fera le jeudi 23 juin 1938, à 21 heures, dans la salle des Conférences de l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi (6e), une conférence sur la médecine et la chirurgie en Amérique pré-colombienne.


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MÉDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

REVUE GENERALE

LE RÔLE DU FOIE DANS LE MÉTABOLISME DE L'EAU (1)

Par M. Henri SERRE
(de Montpellier)

II. FAITS EXPERIMENTAUX

L'expérimentation fournit, pour l'étude de la fonction aqueuse du foie, une série de faits apportés par trois groupes de recherches concernant respectivement :

— *les ligatures portales ;*
— *les hépatites expérimentales ;*
— *le système de barrage et les vaso-moteurs hépatiques.*

Ligatures portales. — La ligature lente de la veine porte réalisée chez le chien suivant la technique d'Oré et de Claude Bernard, détermine le développement de circulations collatérales, mais ne provoque point d'ascite. Cependant il faut signaler que, chez un chien, par ligature portale lente, Gondard a observé non seulement une circulation collatérale sous-cutanée très nette, mais une ascite abondante hémorragique et une splénomégalie volumineuse constatées à l'autopsie. Ce cas demeure isolé. Par contre l'opération a été réalisée, en quelque sorte expérimentalement, chez l'homme, dans les observations rapportées par Bremer et par Burdenk. L'extirpation d'une tumeur abdominale avait nécessité chez les deux malades la ligature de la veine porte adhérente : ils supportèrent l'intervention et on n'observa point d'ascite.

A ces expériences on peut rattacher les observations de Carnot. Celui-ci, opposant la relative fixité de la tension dans le système porte (10 à 15 cm. d'eau) à la grande variabilité de la masse sanguine susceptible de s'emmagasiner dans les réservoirs hépatique, splénique, pancréatique et digestif, tente de substituer la notion de stase portale à celle d'hypertension portale. Il montre par ailleurs avec Glénard (1912) qu'on réalise rapidement une ascite et de l'œdème des tissus par perfusion porto-intestinale avec du sérum physiologique, même sous faible pression, alors que si on ajoute des protéines au liquide, cette infiltration ne se produit pas. A ce dernier fait on peut actuellement trouver une explication logique en faisant intervenir la pression osmotique des protéines.

Hépatites expérimentales. — Perroncito abouche la veine porte à la veine cave chez des chiens, puis lie l'artère hépatique et le cholédoque : il observe une survie de 44 à 72 heures. A l'autopsie existe un épanchement péritonéal abondant (1.200 cc. dans un cas). Or la veine porte était perméable et la pression y était inférieure à la normale. Donc l'ascite relevait de la dégénérescence massive des cellules hépatiques.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 47, du 11 juin 1938, p. 769.

Fiessinger et Mlle Gothié, chez le chien, réalisent une dégénérescence hépatique par ligature des voies biliaires : ils constatent l'apparition d'un œdème des membres antérieurs.

De même, par injections sous-cutanées d'huile phosphorée réalisant une hépatite graisseuse avec ictère, Fiessinger et Messimy obtiennent chez le chien une ascite, d'ailleurs peu abondante.

Comme l'étude clinique, l'expérimentation confirme donc que l'augmentation tensionnelle dans le système porte ne suffit pas à produire l'ascite. Elle tend à prouver au contraire que l'atteinte cellulaire est susceptible d'engendrer la rétention d'eau.

Système de barrage et vaso-moteurs hépatiques. — Certains auteurs cependant pensent qu'on peut rendre aux facteurs mécaniques leur importance première en substituant à l'ancienne conception de la stase portale passive liée à la sclérose hépatique, l'idée d'une *hypertension active due au fonctionnement d'un véritable système de barrage qui aurait son siège dans le foie.*

Gilbert et Villaret, dès 1909, Arey et Simonds en 1920, étudient dans les veines sus-hépatiques des animaux carnivores, le chien en particulier, un véritable sphincter formé de fibres musculaires lisses. Certains auteurs, tels Ellias et Teller, Popper, auraient retrouvé chez l'homme une formation comparable.

Dès lors, se succèdent une série d'expériences qui étudient les résultats différents obtenus chez les carnivores, possédant un sphincter sus-hépatique, et chez les herbivores, qui en sont dépourvus. Cohnheim et Lichteim opèrent par injection de liquide dans le torrent circulatoire. Pick, Mautner, Molitor s'attachent à l'étude pharmacodynamique du barrage hépatique : l'excitation du sympathique en détermine l'ouverture et celle du parasympathique la fermeture. Laporte étudie comparativement chez l'homme et chez le lapin l'hydrémie et la diurèse aqueuse consécutives à l'ingestion d'eau.

Villaret, avec Justin-Besançon et Fauvert, a longuement étudié les réactions vaso-motrices du foie sous diverses incitations pharmacodynamiques. Elles peuvent se ramener en définitive à trois types, respectivement réalisés par l'adrénaline, le lobe postérieur de l'hypophyse et l'histamine. Cette dernière substance entraîne un blocage de la voie de retour par fermeture des veines sus-hépatiques, d'où hypertension portale avec chute de la pression veineuse sus-hépatique et de la tension artérielle. Ces mécanismes peuvent entrer en jeu d'une part sous l'influence des variations de la masse sanguine, d'autre part sous l'effet des modifications de la concentration du sang en anhydride carbonique, l'excès de CO^2 entraînant une hépato-contraction.

Fauvert, après injection très lente d'eau physiologique dans la circulation d'un chien, observe un remarquable contraste entre la tolérance du système circulatoire extra-hépatique et la turgescence de tous les affluents de la veine porte, avec augmentation énorme du volume du foie et hypertension portale brutale.

Les recherches parallèles de Carnot, avec Gayet et Merklen, montrent aussi les importantes modifications de la tension portale qui accompagnent les chocs (peptonique, anaphylactique, histaminique...) : l'élévation tensionnelle dans le système porte relève bien d'une action hépatique « puisque cette hypertension ne se produit plus après exclusion du foie et dérivation veineuse porto-rénale ».

Violle admet la réalité d'un barrage hépatique qui a pour rôle d'arrêter le sang surchargé d'eau, représentant un véritable poison cellulaire qui agit par « osmonocivité » (Rathery). Mais, d'après lui, l'ouverture et la fermeture de ce barrage sont subordonnées aux différences des pressions hydrostatique et oncotique du sérum : il montre comment on peut adapter le schéma de Bayliss au fonctionnement de cette barrière.

De l'analyse de ces travaux, on peut donc conclure à l'existence pratiquement démontrée chez certains animaux carnivores d'un vrai sphincter sus-hépatique, dont le fonctionnement est sous la dépendance du système nerveux végétatif ; chez l'homme, sans qu'il s'agisse d'un sphincter à proprement parler, on doit admettre, avec Fauvert, la réalité d'un *mécanisme vaso-moteur hépatique* jouant un rôle important dans la circulation de l'eau.

ETUDE SYNTHETIQUE

Les faits cliniques et expérimentaux que nous venons d'exposer démontrent l'influence primordiale de la glande hépatique dans le métabolisme de l'eau à l'état normal et pathologique. Avant d'envisager dans son ensemble cette fonction hépatique et d'étudier ses mécanismes, il est indispensable de rappeler succinctement les notions essentielles concernant la circulation et la régulation de l'eau dans l'organisme.

I. LE METABOLISME DE L'EAU

Les apports. L'eau des tissus possède une triple origine :

— *apport exogène :* l'eau des boissons (60 %) et des aliments (40 %) ;

— *apport endo-exogène :* l'eau de sécrétion glandulaire (8 litres environ), provenant des glandes digestives et réabsorbée par la muqueuse intestinale (dans ces deux cas, l'entrée dans la circulation générale est soumise au contrôle intestinal et hépatique) ;

— *apport endogène :* l'eau de métabolisme chimique, résultant de la combustion dans l'organisme des glucides et des lipides, plus accessoirement des protides.

La répartition. — L'eau, qui constitue plus de la moitié du poids de l'homme, se distribue sous trois formes :

— *l'eau de constitution*, qui entre dans la composition fondamentale du protoplasme cellulaire ;

— *l'eau de circulation*, contenue dans le système circulatoire, sanguin et lymphatique, où elle garde une valeur à peu près constante ;

— *l'eau de réserve*, dont la quantité est essentiellement variable et qui se trouve dans le système lacunaire d'Achard, représentant l'ensemble des espaces intercellulaires et des cavités closes de l'organisme.

Il se produit, normalement et à l'état pathologique, des échanges entre la cellule, le milieu intérieur et le système lacunaire, ce dernier recevant le trop-plein de liquide qui provient du sang et fournissant l'eau nécessaire à la vie des cellules.

L'élimination. — Elle se fait essentiellement par les reins (1.200 à 1.500 cc.), en moindre quantité par la peau, le poumon et l'intestin (1.100 cc. au total).

La régulation. — La complexité du cycle de l'eau dans l'organisme rend compte de la multiplicité des facteurs en jeu et de la diversité des organes de régulation. Il importe, pour plus de clarté, d'étudier successivement ces deux ordres d'éléments : en effet, un seul organe agit le plus souvent sur de nombreux facteurs et un même mécanisme peut relever du fonctionnement de plusieurs viscères, de sorte qu'il est impossible d'établir une correspondance stricte entre les deux catégories de faits.

1. Les facteurs de régulation.

Ils peuvent être groupés sous deux chefs, suivant qu'ils sont de nature vasculo-nerveuse ou humorale.

Facteurs vasculo-nerveux : La pression du sang dans les artères et dans les veines intervient dans la circulation de l'eau, dans les échanges entre milieu intérieur et système lacunaire et enfin dans l'élimination rénale. Par ailleurs, en dehors de l'élément purement hydraulique de cette régulation, il faut considérer un élément nerveux et un élément endothélio-vasculaire. On connaît en effet le rôle capital des *réflexes vaso-moteurs* dans la régulation de la pression sanguine générale et dans les modifications des tensions locales. Même dans les cas où l'œdème semble d'origine mécanique indiscutable, comme dans les phlébites, l'expérience montre l'intervention du système nerveux : après oblitération d'une veine, c'est seulement lorsqu'on sectionne les fibres vaso-motrices que l'œdème apparaît (Ranvier). Enfin l'*endothélium vasculaire* joue un rôle en tant que membrane semi-perméable et aussi en tant que paroi vivante.

Facteurs humoraux : Il faut mettre au premier plan, dans la régulation aqueuse, *le rôle des ions minéraux*, et plus particulièrement du chlorure de sodium. Cette notion découle des travaux classiques de Widal, qui a démontré de manière irréfutable l'influence de la chloruration et de la déchloruration sur les œdèmes. Mais ce serait une double exagération de réserver au seul chlorure de sodium une action hydropigène et d'attribuer ses variations au seul mécanisme rénal.

Tout à côté du rôle des électrolytes, il faut placer *l'influence des protides*. Depuis l'expérience classique de Starling (1896), on connaît l'existence d'une pression osmotique des protéines ; les travaux de Krogh, de Bayliss permettent d'établir l'influence respective des pressions hydrostatique et oncotique conditionnant, dans le réseau capillaire, les échanges entre le sang et les espaces interstitiels. D'ailleurs la tension oncotique dépend elle-même en partie des électrolytes (Loeb). En clinique, les variations de la P.O.P.

semblent jouer un rôle pathogénique dans un nombre de plus en plus considérable d'œdèmes.

Enfin *l'équilibre lipidique* représente le troisième facteur humoral. L'hydrophilie du cholestérol fait prévoir l'influence de ce corps sur l'imbibition aqueuse des cellules ; ceci semble confirmé par les variations, au cours des œdèmes, du coefficient lipocytique de Mayer et Schaeffer, c'est-à-dire du rapport

$$\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$$

Si l'on veut schématiser les divers mécanismes que nous venons d'exposer, on peut distinguer trois sortes de pressions qui interviennent dans le métabolisme de l'eau :

— la *pression capillaire*, que régit un double élément, mécanique et vasculo-nerveux ;

— la *pression osmotique*, qui dépend essentiellement des électrolytes ;

— la *pression oncotique*, qui relève des colloïdes.

2. Les organes de régulation.

Un premier groupe de notions concerne *l'influence du système nerveux et des glandes endocrines :* l'intrication de leurs effets et de leurs modes d'action justifie ce rapprochement. Nous ne ferons que rappeler d'une part l'expérience de Claude Bernard provoquant une polyurie par piqûre du plancher du quatrième ventricule, probablement par mécanisme vasculaire rénal, d'autre part le rôle primordial, dans le métabolisme aqueux, des centres infundibulo-tubériens fonctionnant en étroite synergie avec l'hypophyse.

En ce qui concerne l'action complexe des glandes endocrines, on peut, avec Langeron, Paget et Ledieu, opposer :

— les sécrétions qui favorisent l'élimination de l'eau : extraits thyroïdien, parathyroïdien, hépatique, rénal et génital ;

— les sécrétions qui favorisent la rétention de l'eau : extrait hypophysaire, adrénaline et insuline.

Par ailleurs, il existe *une influence tissulaire générale* qui s'exerce sur la répartition de l'eau et qui est liée au fonctionnement même des cellules.

Plus spécifique et plus importante se révèle l'action de trois organes, dont deux classiquement connus comme des régulateurs de la diurèse et l'autre plus récemment promu à cette fonction : *le cœur, le rein et le foie.* Le cœur intervient surtout par une action hydraulique, le rein agit essentiellement par des phénomènes humoraux et accessoirement mécaniques, le foie enfin participe à ce double processus avec, semble-t-il, prépondérance du mécanisme humoral.

II. LE ROLE DU FOIE A L'ETAT NORMAL ET PATHOLOGIQUE

Le foie agit sur l'un et l'autre des facteurs de la régulation aqueuse : il intervient en effet par l'activité métabolique de la cellule hépatique d'une part, grâce aux systèmes vaso-moteurs qu'il possède d'autre part.

A) Mécanisme cellulaire : régulation humorale. — L'intervention du foie dans le métabolisme de l'eau résulte avant tout de son activité glandulaire complexe, qui lui confère un rôle important dans l'équilibre des protides et des lipides et dans l'arrêt de certains toxiques d'origine intestinale.

1° Action sur l'équilibre protidique. — Nous avons signalé précédemment l'importance de la pression oncotique dans les échanges aqueux : cette pression dépend de la valeur totale des protéines du sérum et aussi du taux respectif de la sérine et de la globuline. En effet un gramme de sérine pour cent donne une pression dont la valeur moyenne est de 7 cm. 54 d'eau, alors qu'un gramme de globuline pour cent donne une pression de 1 cm. 95. La pression oncotique plus forte de la sérine tient à son poids moléculaire plus faible et à son point iso-électrique plus bas.

Or le foie joue un rôle important dans le métabolisme des matières protéiques : il arrête les acides aminés et les quelques polypeptides qui passent dans le sang de la veine porte pendant la digestion et, avec ces matériaux, il réalise la synthèse des protéides sanguins.

Ce pouvoir de synthèse, depuis longtemps démontré pour le fibrinogène, semble également prouvé pour la sérum-albumine et la sérum-globuline par une série d'arguments cliniques et expérimentaux.

Filinski, dès 1922, Girard, Stelson constatent dans les maladies du foie des *modifications protéiques* portant en particulier sur les globulines. Mais ce sont surtout les travaux d'Abrami et Wallich, en 1929, qui montrent l'importance et la fréquence de ce déséquilibre protidique : 31 fois sur 32 cas de cirrhoses, ils constatent des variations protidiques, assez marquées pour réaliser dans 29 cas, dont 23 avec œdèmes, l'inversion du rapport sérine-globuline. Wallich souligne dans sa thèse, en dehors de l'abaissement du taux des protéines totales, l'hyposérinémie assez élective de l'insuffisance hépatique. Achard, Grigaut, Codounis et Boutroux, Achard et Arcand constatent également une diminution fréquente du quotient albumineux dans les cirrhoses ascitogènes. Depuis lors, ces notions ont été confirmées par une série d'auteurs. Nous avons personnellement rapporté 14 observations d'affections hépatiques hydropigènes avec dosage des protéines sériques (effectué dans le laboratoire de Chimie du Professeur Cristol, avec l'aide de ses collaborateurs, les Docteurs Monnier et Durand) : chez 10 malades le quotient albumineux est fortement diminué (inversé dans 4 cas) ; chez les autres, il est pratiquement normal ou fort peu abaissé. Chez tous ces malades, on observe une remarquable corrélation entre le degré de l'insuffisance hépatique et l'abaissement du rapport sérine-globuline.

D'un autre côté, dès 1918, *les expériences* de Whipple, Hurwitz et Kerr montrent un certain parallélisme entre la régénération du tissu hépatique, lors des blessures du foie, et la réparation des protéines sanguines, par ailleurs considérablement retardée si on réalise une fistule d'Eck. Les recherches de Canto établissent avec précision les variations protéiques après hépatectomie. L'auteur commence par laparotomiser après anesthésie un certain nombre de chiens témoins, dont il manipule le foie avant de refermer l'abdomen. Chez ceux-ci, il n'observe aucune modification. Au contraire, chez les chiens dont il enlève le

foie, il constate une diminution des protéines (28 % en moyenne), qui se fait surtout aux dépens de la sérum-albumine, d'où un abaissement du rapport sérine-globuline. Enfin Binet et Codounis effectuent des dosages comparatifs des protéines sériques dans la veine porte et dans les veines sus-hépatiques : ils constatent, à la sortie du foie, une diminution du taux de la globuline, d'où une élévation du quotient albumineux.

Il existe une épreuve dont l'étude prend actuellement un regain d'actualité : *la réaction de Takata-Ara.* Celle-ci représente, semble-t-il, un moyen d'étude indirect des protéines sériques, car la floculation qui la caractérise paraît liée à l'augmentation de la globuline. Proposée par Takata et Ara en 1925, elle a été étendue par Jezler en 1930 à l'étude du sérum et du liquide d'ascite dans les affections hépatiques. Elle consiste à mettre au contact du sérum à l'étude une solution colloïdale d'oxyde de mercure, qui flocule et change de couleur s'il existe une hyperglobulinémie. Or cette réaction est fréquemment positive dans les insuffisances hépatiques.

De cette étude on peut donc conclure à *l'importance capitale du foie dans l'équilibre protidique* ; connaissant par ailleurs les rapports entre pression oncotique et œdèmes et la particulière intensité des variations protéiques dans les hépatites hydropigènes, il est logique de *mettre au premier plan le bouleversement protidique dans le mécanisme pathogénique de la rétention aqueuse d'origine hépatique.*

2° Action sur l'équilibre lipidique. — Le foie intervient surtout *dans le métabolisme du cholestérol,* qui est utilisé pour la formation des acides biliaires. On a pu constater une augmentation du coefficient lipocytique dans certains cas de cirrhose avec œdèmes (Vedel et Puech), mais il n'est pas rare de trouver de l'hypocholestérolémie dans les insuffisances hépatiques graves. Savy, Delore et Kopp montrent que, au cours des cirrhoses, il y a une diminution notable et constante du cholestérol dans la bile, sans qu'on puisse établir de parallélisme avec le taux du cholestérol sanguin. Pour eux, c'est par sa fonction d'élimination du cholestérol par la bile que le foie intervient surtout dans l'hydrophilie tissulaire.

Par ailleurs, Fiessinger et Gajdos soulignent le rôle très probable du foie *dans l'élaboration de la lipase du sérum* (estérase dissociant la tributyrine). Ils fournissent, à l'appui de cette opinion, des preuves expérimentales : augmentation de la teneur en lipase du sang au cours de la perfusion du foie ou par injection d'extraits hépatiques chez le chien. On doit noter également la communauté des caractères biologiques des lipases hépatique et sérique et la diminution de la lipase sanguine dans 85 % des cas de cirrhoses. Enfin nous rappellerons les heureux résultats qu'ils obtiennent dans le traitement des cirrhoses ascitogènes et œdémateuses par les injections de lipase hépatique.

3° Action d'arrêt sur les corps toxiques hydropigènes. — Loeper et ses collaborateurs attribuent les relations entre œdèmes et altérations hépatiques à des intermédiaires chimiques : il s'agirait de corps s'apparentant à l'histamine et entrant dans le groupe des *imidazols* (bases aminées résultant de l'association du noyau imidazol à plusieurs radicaux). Ils constatent en effet, au cours des hépatites œdémateuses ou évolutives, la présence de ces substances en quantité notable dans le sérum et dans l'urine. D'autre part, des extraits de tissus riches en imidazols et certains imidazols de synthèse s'avèrent hydropigènes en injection. Enfin l'intradermo-réaction à l'histamine chez les hépatiques donnerait des modifications beaucoup plus marquées que chez les sujets normaux.

La glande hépatique exercerait donc sa fonction d'arrêt vis-à-vis des corps histaminiques existant dans l'intestin soit par apport alimentaire direct, soit par décarboxylation de l'histidine sous l'influence bactérienne. Le foie malade laisserait passer dans l'organisme, ou même produirait par désintégration, ces toxiques hydropigènes. Le pouvoir hydratant de ces corps pourrait d'ailleurs relever, en dehors d'une action directe, de mécanismes indirects : blocage histaminique de la circulation portale et bouleversement humoral réalisant, entre autres effets, une inversion du quotient albumineux et une augmentation du cholestérol. Ces dernières modifications ont été constatées par Fiessinger, Gajdos et Panayotopoulos au cours du choc histaminique.

B) Mécanisme vasculo-nerveux : régulation mécanique. — Eponge vasculaire placée sur la circulation de retour, le foie possède un rôle de premier plan dans la régulation de l'entrée d'eau dans l'organisme. Il remplit les fonctions d'un véritable barrage destiné à protéger la grande circulation contre l'irruption massive de liquide. Si chez l'homme on ne peut décrire un sphincter au sens anatomique du mot, nous avons vu que l'existence d'une telle formation a été prouvée chez les animaux carnivores. On peut donc admettre en définitive *un système vaso-moteur hépatique,* sensible aux variations de la masse et de la composition du sang portal et soumis à l'influence du système neuro-végétatif : le sympathique détermine l'ouverture et la parasympathique la fermeture du barrage hépatique.

A l'état pathologique, la part attribuable à ce facteur vasculo-nerveux paraît restreinte : il semble cependant qu'il rende compte de *l'influence de l'orthostatisme,* révélant ou accentuant les troubles de la diurèse au cours des insuffisances hépatiques. D'un autre côté, il est certain qu'on ne saurait négliger l'hypertension portale réalisée par la sclérose hépatique : son rôle semble bien se réduire à *la localisation des infiltrations,* conditionnées avant tout par les troubles cellulaires. Seule l'opsiurie demeure un élément certain du syndrome d'hypertension portale, à côté de la circulation collatérale et des hémorroïdes. On assiste actuellement à un démembrement de ce syndrome : ce n'est pas seulement dans la création des complications hydropigènes que le rôle des troubles tensionnels du système porte s'avère réduit, mais aussi dans l'apparition de la splénomégalie et dans la production des hémorragies digestives au cours des cirrhoses.

Enfin le foie malade pourrait laisser passer des poisons capables de léser la paroi des vaisseaux : ce *fac-*

teur *endothélio-vasculaire* a surtout été invoqué par Fiessinger, pour expliquer l'œdème hépatique. Celui-ci fait remarquer la fréquence des petits signes traduisant la « méiopragie capillaire » des hépatiques et montre, par le test de transsudation qu'il a décrit avec Sandor et Olivier, la diminution de résistance des capillaires au passage des liquides.

C) Interrelations hépato-rénales et tissulaires. — Roger, poursuivant des recherches sur l'action des extraits d'organes et des autolysats, constate que l'injection d'autolysats hépatiques chez le lapin fait baisser le volume des urines de 200 cc. à 15 ou 20 cc. et, comme la rapidité de ce résultat s'oppose à l'idée d'une lésion organique, il admet un *trouble fonctionnel du rein.*

Clairmont et Haberer, ligaturant le cholédoque chez un chien, obtiennent un ictère chronique : or, huit sur treize animaux présentent un trouble de la fonction rénale. De même Gundermann, à la suite de l'injection à un lapin du suc extrait d'un foie lésé par ligature portale, observe de l'albuminurie.

Ces expériences tendraient donc à prouver la possibilité d'un retentissement rénal de l'atteinte hépatique cellulaire. Par ailleurs, du fait de l'existence d'anastomoses porto-rénales, on a depuis longtemps incriminé *la congestion du rein* à l'origine des troubles de la diurèse au cours des cirrhoses. Enfin l'influence du régime déchloruré sur les infiltrations des hépatiques, les rétentions chlorées signalées dans les cirrhoses hydropigènes (Gaujoux, Brahic et Andrac) témoignent en faveur d'un *déséquilibre minéral*, d'origine rénale ou tissulaire, au cours des affections hépatiques.

Certains auteurs croient même à l'existence d'une *hormone hépatique diurétique :* on constate en effet une action diurétique des extraits de foie (Cow ; Molitor et Pick...). Mais Gizelt, Hashimoto pensent que cette action sur la diurèse tient en réalité à la présence, dans ces extraits, de substances minérales : celles-ci, injectées isolément, déterminent en effet le même phénomène. Il ne s'agit donc que d'une hypothèse nullement vérifiée.

CONCLUSIONS

A l'état physiologique, le foie intervient dans la régulation de l'eau par un double mécanisme :

— *mécanisme humoral*, dû à l'activité métabolique de la cellule hépatique qui joue un rôle capital dans l'équilibre des corps régissant la teneur en eau des tissus ;

— *mécanisme vasculo-nerveux*, grâce auquel le foie contrôle le passage de l'eau dans la circulation générale.

A l'état pathologique, le syndrome hydropigène d'origine hépatique groupe l'ascite (qui n'est que le plus fréquent des œdèmes), les infiltrations du tissu sous-cutané, des séreuses, des viscères et les troubles latents du métabolisme de l'eau. Il relève avant tout *des perturbations humorales*, portant essentiellement sur l'équilibre protidique, accessoirement sur l'équilibre des lipides ; peut-être intervient aussi l'influence de corps toxiques hydropigènes, que ne fixe plus ou même que produit le foie malade. *Les facteurs mécaniques* ne jouent qu'un rôle secondaire, de localisation surtout : ce sont les altérations capillaires et l'hypertension portale, avec ses deux variétés :

— stase passive, par sclérose hépatique,

— hypertension active, par mécanisme vaso-moteur.

En somme, au double mécanisme physiologique de la fonction aqueuse du foie correspondent à l'état pathologique deux classes de facteurs hydropigènes :

— des facteurs de rétention, de nature humorale,

— des facteurs de localisation, de nature vasculaire.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

On trouvera une bibliographie étendue de la question dans le mémoire de BAUMEL et SERRE : le syndrome hydropigène dans les maladies du foie, *Revue des maladies du foie*, 1937, nos 2, 3 et 4. Nous ne signalons ici que les publications récentes non citées dans ce mémoire.

AFDAL : De la curabilité de l'ascite dans les cirrhoses. *Thèse* de Lyon, juillet 1937.

BAUMEL et SERRE : Les syndromes hydropigènes aigus et subaigus dans les cirrhoses du foie. *Congrès internat. de l'insuf. hépatique*, Vichy, 1937 (vol. des communications, p. 499).

BUSSILLET : Contribution à l'étude des œdèmes des cirrhotiques. *Thèse* de Lyon, juillet 1937.

CARNOT : Les syndromes de stase portale. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 2e série, 1935, p. 322.

CASTAIGNE : L'eau de l'organisme, son élimination urinaire et sa rétention dans les tissus. *Journ. méd. franç.*, septembre 1936.

CIONINI : Nouvelle contribution à l'étude des altérations du tableau protéique du sérum dans les affections hépatiques. *Minerva med.*, 18 août 1936, p. 145.

DANIEL : Insuffisance hépatique et épreuve de l'eau. *Congrès internat. de l'insuf. hépat.*, Vichy, 1937 (vol. communications, p. 217).

DENIER : Mesure d'impédance dans les œdèmes hépatiques. *Ibidem*, p. 346.

DUMAS, VACHON, REYNAUD et Mlle GAUTHIER : Hépatites hydropigènes (modifications des protéines du sérum sanguin). *Soc. méd. Hôp. de Lyon*, 8 déc. 1936.

EISENFARB : Contribution à l'étude de l'anémie hyperchrome et de l'œdème dans les affections parenchymateuses du foie. *Warszaw. czasop. lekarsk.*, 17 et 24 sept. 1936, XIII, nos 35 et 36.

FIESSINGER et GAJDOS : Les lipases sanguines au cours des cirrhoses du foie. *Arch. méd.-chir. des mal. du foie*, sept.-oct. 1934, p. 317.

FIESSINGER et GAJDOS : Influence des injections de lipase hépatique sur le taux de la lipase sérique. Le sang, 1935, p. 319.

FIESSINGER et GAJDOS : La lipase hépatique dans le traitement des cirrhoses avec ascite. *Bul. soc. méd. hôp. de Paris*, 12 juillet 1935, p. 1316.

FIESSINGER, GAJDOS et PANAYOTOPOULOS : Contribution à l'étude du déterminisme de l'opsiurie chez les cirrhotiques. *Bul. soc. méd. hôp. de Paris*, 23 oct. 1936, p. 1373.

FIESSINGER, GAJDOS et PANAYOTOPOULOS : Contribution à l'étude de la diurèse digestive. *Ann. de méd.*, 1937.

GAJDOS : Les lipases sériques en pathologie hépatique (Vigot, édit., 1934).

GAJDOS et PANAYOTOPOULOS : Contribution à l'étude de la diurèse aqueuse au cours de l'insuffisance hépatique. *Congrès intern. de l'insuff. hépat.*, Vichy, 1937 (vol. communications, p. 166).

GARIEL : Les œdèmes des cirrhotiques. *Thèse* de Marseille, juillet 1937.

GERRITZEN : Diurèse hépatique. *Acta med. scandin.*, 1936, LXXXIX, f. 1-2.

GONDARD : Ascite par ligature lente de la veine porte du chien. *C. R. soc. de biol.*, 29 avril 1933, p. 1612.

JACOBSON : Aedema associated with liver dysfunction. *Congrès intern. de l'insuf. hépat.*, Vichy, 1937 (vol. communications, p. 474).

LARDENNOIS, BAUMEL et SERRE : Splénectomie au cours d'une cirrhose atrophique ascitogène avec hématémèses graves : action remarquable sur les hémorragies, le syndrome hydropigène et l'équilibre protidique sanguin. *Soc. de gastro-entérologie de Paris*, 1938.

LEMAIRE et VARAY : Etude chimique des œdèmes hépatiques. *Congrès internat. de l'insuf. hépat.*, Vichy, 1937 (vol des rapports, p. 271).

LOEPER et MOUGEOT : L'action hydropigène de quelques imidazols. *C. r. soc. de biol.*, 2 février 1935, p. 510.

LOEPER, PERREAU et ROY : *C. r. soc. de biol.*, mai 1936.

LOEPER, ROY, PERREAU et VARAY : L'œdème des hépatites ictérigènes graves. *Bul. soc. méd. des hôp. de Paris*, 3 juillet 1936, p. 1173.

LOEPER et SIGUIER : Les œdèmes des hépatiques. *Paris méd.*, 14 nov. 1936, p. 345.

MAC CABE et HURT : Guérison d'un ictère avec ascite. *Journ. amer. med. assoc.*, 14 sept. 1935.

MAURIAC : Pathogénie des œdèmes (Masson, édit., 1937).

MERLIN : A propos d'un cas d'hépatite hydropigène. *Thèse* de Lille, 1935-36.

MIZRAHI : L'anasarque au cours de l'ictère catarrhal. *Thèse de Paris*, juillet 1936.

OLMER J. : Les œdèmes des hépatiques : étude clinique ; facteurs extra-hépatiques de production. *Congrès intern. de l'insuff. hépat.*, Vichy, 1937 (vol. des rapports, p. 237).

PAUL et VEGH : Parenchyme hépatique et échanges hydriques. *Klin. woch.*, 29 févr. 1936, p. 306 ; *Orvosi hetilap.* 2 mai 1936, p. 409.

PERRIN et GRANDPIERRE : Diurèse provoquée chez les ictériques. *Congrès intern. de l'insuff. hépat.*, Vichy, 1937 (vol. communic., p. 371).

PORAK : Le rythme des éliminations urinaires chez l'hépatique. *Rev. mal. du foie*, juill.-août 1935, p. 268.

THOMSON, MAC QUARRIE et BELL : *Journ. of ped.*, 1936.

VARAY : Etude pathogénique des œdèmes des hépatiques. *Thèse* de Paris, janv. 1938.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La chirurgie de la douleur, par René LERICHE. Un vol. de 428 pages avec 13 fig. Prix : 65 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Néphropathies et néphrites. Leçons cliniques (1934-1936), par F. RATHERY. Un vol. de 352 pages, chez J.-B. Baillière et Fils, à Paris, 1937.

Manuel de l'infirmière. Dixième édition entièrement renouvelée, avec 423 fig., publiée sous la direction du professeur LEGUEU. Tome I, 689-XXVIII pages : Anatomie, Médecine, Tuberculose, avec la collaboration des docteurs BANZET, PÉRISSON, ALLARD, D'HEUCQUEVILLE, KRESSER et de Mlles HUARD et CUISINIER. — Tome II, pages 690 à 1284 et I à XXVIII : Chirurgie, Soins, Spécialités, avec la collaboration des docteurs GOUVERNEUR, Louis MICHON, RABUT, RENARD, AUZIMOUR, RAYMOND, BRUNET, général SIEUR, CHARONNAT et de Mme MARTIN-AMETTE, Mlle MARÉCHAL, Mlle GÉNIN et des monitrices des Peupliers. Les deux volumes, reliés toile, à la Société de Secours aux blessés militaires (Croix-Rouge française), 21, rue François-Ier, à Paris, 1937.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE D'AMSTERDAM

(4-8 mai 1938)

Le dernier congrès international de gynécologie s'était tenu à Amsterdam avant la guere, il y a vingt-quatre ans. C'est encore à Amsterdam que viennent de se tenir ses assises. Le congrès réunissait les représentants de 23 nations. La France était représentée officiellement par M. Henri Vignes.

Le congrès fut inauguré officiellement par S. E. le professeur J. R. Slotemaker de Bruïne, ministre de l'Instruction publique. Après les discours du professeur Van der Hoeven, président du congrès, du professeur K. de Snoo, président de la Société néerlandaise de gynécologie, on entendit les souhaits de bienvenue des délégués étrangers.

Trois questions principales étaient à l'ordre du jour : l'éclampsie, la thrombose et l'embolie ; les hormones.

I. L'éclampsie

Quatre rapporteurs étudiaient la question.

Le professeur E. KLAFTEN (de Vienne), traita d'abord de *la pathogénie de l'éclampsie.*

Le cours de la gravidité normale suppose un composant maternel normal et une fonction placentaire normale aussi. L'action du placenta s'exerce par un composant hormono-placentaire ou syncytial. Des troubles de l'équilibre hormonal préparent la base du milieu où se développera une gravidité pathologique. Des périodes d'oscillations importantes dans la composition hormonale prédisposent à l'apparition de toxicoses. L'albumine syncytiale peut endommager le foie, les reins et les capillaires ; il en résulte une surélévation de la vitesse sédimentaire du sang, surélévation du taux d'antitrypsine, apparition de la réaction d'Abderhalden, etc. Après l'expulsion du placenta, la tendance à l'éclampsie rétrograde rapidement. Avant le complet rétablissement de l'accouchée, cette tendance continue à exister tant que le milieu de la gravidité, régi par les hormones, n'a pas disparu. L'éclampsie, par conséquent, est une maladie de la gravidité composée par des facteurs endocriniens et placentogènes, qu'influencent aussi des facteurs constitutionnels et dispositionnels.

Le traitement de l'éclampsie fait l'objet d'un rapport de M. Henri VIGNES (de Paris).

Après un historique très complet de la question, le rapporteur rappelle les règles de la prophylaxie de l'éclampsie : repos au lit, « politique » sédative, hygiène du tube digestif, régime approprié et traitement du terrain. Il ajoute que la prophylaxie de l'éclampsie est analogue à la thérapeutique de l'éclampsie confirmée. Puis il examine s'il faut interrompre la grossesse à ce stade d'éclampsisme

Le rapporteur fait ensuite un long exposé de la méthode sédative, puis des modifications de la circulation encéphalique, de la médication hypotensive (saignée), des médications modificatrices du sang, de la méthode désintoxicante, et il revient à la question de l'interruption de la grossesse.

Il conclut : celui qui voit la malade tôt et l'opère de suite, et celui qui organise de suite un traitement rigoureux obtiennent d'excellents résultats.

C'est encore le *traitement de l'éclampsie* qu'étudie le second rapporteur, le professeur B. STROGANOFF (de Leningrad). La meilleure prophylaxie consiste à prévenir les accès et ensuite à combattre la toxémie. Il estime qu'on ne peut recommander, pour l'usage général, que la méthode conservatrice, avec l'emploi du sulfate de magnésie et les interventions obstétricales habituelles (forceps) pour le médecin, chloral pour la sage-femme. Les autres médicaments doivent faire l'objet de recherches approfondies dans les cliniques et les hôpitaux.

La distribution géographique de l'éclampsie est ensuite exposée par le professeur R. Remmelts (de Batavia). Cette étude demande un plan général d'action. Elle devra être poursuivie. Dès maintenant, l'éclampsie paraît avoir diminué en Amérique. Elle est plus rare dans l'Afrique (Congo et Libéria) et les Indes néerlandaises (population indigène) que dans les autres pays. Il ne semble pas que les climats ou les races jouent un rôle dans l'étiologie de l'éclampsie. Il n'en est pas de même des différentes alimentations, ni de l'emploi du sel de cuisine, qui méritent une attention particulière.

II. La thrombose et l'embolie

Pour M. le prof. E. Cova (de Turin), les suites d'une thrombose septique sont d'ordres différents : cette affection survient rarement après les opérations gynécologiques, mais beaucoup plus souvent pendant des couches infectieuses. Dans ce dernier cas, le thrombus est extrêmement friable, et quand il se ramollit il s'en détache des germes qui passent dans les voies sanguines. C'est ainsi que se produit la septicémie ; de petits amas de germes peuvent s'introduire dans la circulation pulmonaire, sous forme de minuscules embolies, et provoquer des abcès à tous les endroits possibles.

Le professeur Daniel Dongal (de Manchester) estime que la lésion des tissus et la septicémie sont les deux facteurs principaux. Le ralentissement de la circulation est une condition *sine quâ non*. Les altérations du sang sont un facteur important, mais elles ne jouent qu'en présence des deux facteurs cités plus haut.

La prophylaxie et le traitement sont étudiés par le professeur S. E. Wichmann (d'Helsinki), qui insiste sur les précautions à prendre avec les sujets au-dessus de 40 ans, avant, pendant et après les opérations.

III. Les hormones

Le professeur G. A. Wagner (de Berlin) donne un aperçu de l'application pratique de l'endocrinologie en obstétrique et gynécologie. La découverte de l'influence réciproque qu'exercent entre eux les glandes génétales et le lobe antérieur de l'hypophyse a été sous ce rapport d'une importance décisive ; la théorie du rôle dominant de la cellule ovulaire a été ainsi écartée. Toutes les glandes à sécrétion interne exercent d'ailleurs une action réciproque et il est difficile de désigner un tissu ou un organe qui n'en ressente l'influence, non seulement dans des conditions physiologiques, mais aussi dans des conditions pathologiques.

L'auteur donne ensuite un court aperçu du développement de nos connaissances et de l'application pratique des hormones de l'ovaire, du lobe postérieur et surtout du lobe antérieur de l'hypophyse, de même que des rapports de la sécrétion pendant la gravidité ou en dehors d'elle. Il mentionne en même temps le rôle supposé des hormones des glandes génitales dans la genèse du cancer et enfin par la valeur de ces choses au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, il évalue les avantages et les inconvénients offerts par le traitement hormonal. L'auteur plaide pour un étalonnage de la nomenclature des hormones gonadotropes, concordant avec celui qui a été établi pour les hormones ovariennes.

Le professeur C. Kaufmann (de Berlin) étudie ensuite les conditions d'emploi des hormones dans la thérapeutique gynécologique.

Le professeur Lucien Brouha (de Liége) fait enfin un magnifique exposé de la *Physiologie neuro-humorale de l'appareil génital femelle.*

« Le fonctionnement de l'appareil hypophyso-génital, dit-il dans ses conclusions, est soumis à deux ordres de régulations.

« *A l'étage hypophyso-génital*, les régulations sont assurées par des réflexes neuro-humoraux, *extrinsèques*, ou intrinsèques.

« Le stimulus primitif est acheminé à l'hypothalamus par voie nerveuse, il gagne l'hypophyse et y déclanche des modifications fonctionnelles qui se traduisent par la libération d'hormones hypophysaires.

« Il y a donc une régulation par réflexes à voie ascendante nerveuse et à voie descendante humorale.

« *A l'étage génital proprement dit*, les régulations sont assurées par des équilibres entre les diverses hormones hypophysaires et ovariennes et restent normales quand toutes les connections entre les organes génitaux et le système nerveux sont supprimées.

« Si on se tourne vers des considérations d'ordre pratique, on doit se demander tout d'abord, devant ces résultats expérimentaux, dans quelle mesure se justifient les interventions chirurgicales portant sur le système nerveux de l'appareil génital femelle, par exemple sympathectomies locales, énervation de certaines glandes endocrines.

« Il apparaît qu'au point de vue fonctionnel ces opérations n'ont pas grande valeur. Les modifications qu'elles entraînent on un caractère transitoire, parfois même fugace. Par exemple, les changements vasculaires produits par les sympathectomies locales disparaissent plus ou moins rapidement, soit qu'il y ait régénérescence nerveuse, soit que des mécanismes vicariants entrent en jeu. Il en est de même quand on pratique l'énervation de certaines glandes endocrines, et cette constatation reste vraie quand, après ablation totale de chaînes ganglionnaires sympathiques, on étudie de grandes fonctions, telles la thermo-régulation, la nutrition et les réactions cardio-vasculaires au travail (Brouha, Cannon et Dill, 1936 ; A. Gasnier et A. Mayer, 1937 ; Brouha, Dill et Nowak, 1937).

« Au niveau de l'appareil génital, l'intrication nerveuse est si importante, et les destructions nerveuses que l'on peut réaliser sont comparativement si minimes, qu'on ne doit s'attendre qu'à des effets peu importants ou nuls.

« Il ne s'agit là que des résultats fonctionnels, car il est pratiquement impossible d'explorer avec certitude, même chez le singe, les réactions sensibles et douloureuses. Il se peut que, dans ce domaine, les interventions sur le système nerveux soient efficaces, mais seules des observations cliniques nombreuses et rigoureusement objectives permettront de préciser la valeur des diverses techniques opératoires dans la lutte contre le facteur douleur.

« Une seconde considération d'ordre pratique ressort également de ces expériences.

« A l'heure actuelle, presque toute la thérapeutique des troubles de l'appareil génital femelle est basée sur l'emploi des hormones. Cette manière de faire semble logique lorsqu'il s'agit de combattre des troubles endocriniens localisés à la sphère génitale. Mais on doit se demander si ces anomalies fonctionnelles ne sont pas purement symptomatiques plus souvent qu'on ne le pense, et si, dans de nombreux cas, elles ne relèvent pas indirectement d'une transmission nerveuse déréglée, par excès ou défaut, des stimuli extrinsèques et intrinsèques vers l'hypophyse.

« Diverses études ont déjà été faites dans ce sens, notamment par Theobald (1936), qui attribue aux facteurs psychiques et à l'hypnose un effet marqué sur le cycle menstruel chez la femme. On connaît également de nombreux cas dans lesquels un traitement par les sédatifs du système nerveux a permis de rétablir une fonction génitale normale.

« La thérapeutique des troubles fonctionnels de l'appareil génital femelle apparaît donc très nuancée, et les résultats obtenus au laboratoire indiquent qu'elle devrait fréquemment porter autant sur le système nerveux que sur le système endocrinien. L'avenir nous dira jusqu'à quel point cette manière de voir est justifiée en clinique humaine. »

Le prochain Congrès international de gynécologie se réunira à Rome, en 1942.

(Association de la Presse médicale française.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1938)

Suppurations pulmonaires ou pleurales et tuberculose. — MM. Emile SERGENT et Max FOURESTIER. Cette communication résume les recherches poursuivies depuis plusieurs années par l'un des auteurs avec ses collaborateurs successifs. Elle apporte la statistique de 29 observations méthodiquement suivies ; elle indique le rapport de fréquence de l'association des suppurations pulmonaires ou pleurales avec la tuberculose, les variétés cliniques de cette association, la date de début de la tuberculose réveillée et son mode évolutif, les relations de fréquence de la tuberculose avec le retard de l'intervention chirurgicale contre le foyer de suppuration. Elle insiste sur le rôle des deux facteurs du déclanchement de la tuberculose, par la suppuration : le facteur *local* et le facteur *général*. Le facteur *local* est représenté par l'effondrement d'un tubercule ancien, latent, en sommeil par le processus de suppuration, effondrement qui met en liberté les bacilles enterrés vivants dans ce tubercule et permet leur essaimage. Le facteur *général* est constitué par le fléchissement de la résistance du terrain sous l'influence de la suppuration prolongée.

Dans ces constatations, se trouve un argument qui s'ajoute à ceux que soutient depuis longtemps le professeur Sergent, en faveur de l'intervention chirurgicale contre les abcès du poumon, lorsque deux mois, trois mois *au plus*, après leur début, ils ne donnent pas les signes d'une guérison certaine.

Rapports des poumons et du thorax. — M. STROHL communique une note de M. BAILLET, qui établit, au moyen d'expériences exécutées sur le lapin et sur un modèle mécanique, que la valeur de la pression pleurale, telle que la donne le manomètre, ne représente à l'état normal qu'une fraction de la force de rétraction du poumon. La plus grande partie de cette force est absorbée par l'adhésion moléculaire des feuillets pleuraux et du liquide synovial. Par contre, la pression pleurale devient équivalente à la force rétractile du tissu pulmonaire, lorsque poumon et thorax ne sont plus solidaires, comme dans le pneumothorax artificiel. Ces résultats justifient, du point de vue physiologique, la pratique de la collapsothérapie.

Les paravitaminoses. — M. G. MOURIQUAND montre qu'à côté des manifestations spécifiques des avitaminoses, se traduisant par une séméiologie affirmée, fruste ou inapparente, il existe des états dystrophiques qui peuvent être considérés comme des paravitaminoses (à rapprocher de la notion ancienne de parasyphilis). Alors que dans les syndromes d'avitaminose pure, envisagés surtout ici sous la forme d'avitaminose C, l'acide ascorbique agit à coup sûr, sur cette dystrophie reversible, il n'en va plus de même dans les paravitaminoses. L'auteur distingue à ce point de vue les paravitaminoses aiguës et les paravitaminoses chroniques. Dans la paravitaminose C aiguë, l'avitaminose entraîne à un moment avancé de son évolution, un état athrepsique, qui ne répond plus à l'action spécifique de l'acide ascorbique.

Dans les paravitaminoses C chroniques, qui succèdent à une période d'avitaminose chronique, réversible, apparaissent des lésions principalement osseuses ou pararticulaires, qui échappent à peu près totalement à l'action de la vitamine C ; de « spécifiques » et réversibles les lésions sont devenues aspécifiques et irréversibles. Ces faits précisés par l'expérimentation expliquent sans doute, nombre d'échecs thérapeutiques constatés au cours de nombreuses dystrophies, car cette notion semble dépasser le cadre des avitaminoses et de leurs dérivés, les paravitaminoses.

L'épilepsie « essentielle » s'accompagne parfois de lésions craniennes décelables à la radiographie. — M. L. Babonneix. Dans un nombre relativement élevé de cas (27 fois sur 35), l'auteur a trouvé, à la radiographie cranienne des sujets atteints d'épilepsie « essentielle », des lésions indiscutables : anomalies des sutures : colmatage, exostoses, retard de fermeture, altérations pariétales : irrégularités de la table interne, exostoses, aspect granité ou vermoulu, avec visibilité anormale des sillons et des vaisseaux méningés, asymétrie cranienne. Leur signification est difficile à préciser, sans doute parce qu'elle varie avec les cas. Certaines d'entre elles évoquent l'idée de spécificité.

Notes sur quelques éléments d'une politique constructive antituberculeuse. — M. Jullien.

HYDROLOGIE

LES ÉLÈVES DES COURS DE PERFECTIONNEMENT DU PROFESSEUR MAURICE VILLARET VISITENT VICHY

Selon une tradition bien établie, la série des voyages d'études médicales a été ouverte, cette année encore, par la visite des élèves des cours de perfectionnement du professeur Maurice Villaret.

Le samedi 21 mai, ce maître éminent, ayant à ses côtés M. le professeur agrégé Justin Besançon, le professeur Lavier et le docteur Deval, est arrivé à Vichy avec un groupe de jeunes médecins étrangers représentant 15 pays différents, et de nombreux internes et externes des hôpitaux de Paris.

Dans l'après-midi du samedi, les visiteurs furent conduits aux ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux Vichy-Etat. A 18 heures, ils entendirent une très intéressante causerie de M. le docteur Glénard, Président de la Société des sciences médicales de Vichy.

A 20 heures, un banquet offert par la Compagnie fermière réunissait les membres de ce voyage et quelques personnalités du corps médical de Vichy. Il était présidé par M. Normand, Directeur administratif de la Compagnie. Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, le docteur Glénard, les représentants des différents pays étrangers, et par le professeur Maurice Villaret.

Dans la matinée du dimanche 22 mai, les membres de cette caravane ont tout d'abord visité le Laboratoire de recherches hydrologiques, créé par la Compagnie fermière et placé sous le contrôle de l'Institut d'hydrologie du Collège de France ; M. le docteur Lescœur a fourni à ses visiteurs tous les renseignements désirables sur ses travaux et les résultats obtenus. On visita ensuite les sources, le Parc d'éducation physique pour enfants et le splendide domaine du Sporting Club de Vichy.

Dans l'après-midi, après une conférence du professeur agrégé Justin Besançon, ils visitèrent en détail le grand Etablissement thermal et l'Etablissement « Callou ».

Pour terminer la journée, ils assistèrent, le soir, au Théâtre du Grand Casino, à une belle représentation de comédie.

Au cours de leur visite, les hôtes de Vichy ont manifesté à plusieurs reprises leur profonde admiration pour toutes les installations thermales de la station. Les voyageurs ont regagné Paris le lendemain matin, emportant de leur séjour à Vichy le meilleur souvenir.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES INSOMNIES NERVEUSES

Si les hypnotiques ont tous, chacun selon leur formule chimique, une certaine action pharmacodynamique, il existe cependant en clinique de nombreuses variétés d'insomnies qui seront chacune justiciables d'une thérapeutique particulière : insomnies fébriles, insomnies douloureuses, insomnies toxiques, insomnies par faute d'hygiène, insomnies post-opératoires, insomnies nerveuses. C'est de ces dernières que nous nous occuperons aujourd'hui.

Un état de surmenage intellectuel, des préoccupations d'ordre moral, d'importantes responsabilités créent un état d'insomnie et, peu à peu, le sujet ayant la hantise du manque de sommeil, il se crée un état secondaire s'ajoutant au premier pour éloigner chaque nuit le sommeil.

Ces insomnies nerveuses ne sont liées à aucune étiologie grave, mais le manque de sommeil provoquant un état d'intoxication, il ne faut pas les négliger.

L'insomnie nerveuse est essentiellement justiciable de la psychothérapie, des conseils d'hygiène et de « petits moyens hypnotiques ». Essayer d'obtenir une vie plus calme, essayer de démontrer à son malade qu'il hypertrophie l'importance de ses soucis moraux, lui expliquer l'état de « désintérêt » dans lequel il faut se mettre vis-à-vis du monde extérieur au moment de s'endormir afin de se laisser gagner par la vague de sommeil.

Mais, pour prouver au malade qu'il est encore capable de dormir, on lui prescrira d'emblée, pour 10 à 15 jours, un hypnotique doux mais sûr, donnant un sommeil et un réveil naturels, ne s'accompagnant pas d'accoutumance, ne risquant pas d'irriter la muqueuse gastrique ; aussi, conseillerons-nous le Supponeryl : un demi ou un suppositoire le soir, après s'être couché ; on sait en effet combien l'absorption est rapide par voie rectale.

Il est bon de prescrire en même temps dans la journée, un sel de calcium. Mais encore on conseillera la suppression de tous les aliments nervins, l'hydrothérapie tiède en fin de journée et, le soir, un repas léger.

Au bout d'une quinzaine de jours, on diminuera progressivement les doses de Supponeryl et on remplacera ce médicament par de petits hypnotiques tels que : bromure, valérianate, laitue..., tout en continuant les mêmes conseils d'hygiène.

Enfin, chez ces sujets, on n'omettra pas la note endocrinienne et vagosympathique, en orientant particulièrement chez la femme, sa thérapeutique dans ce sens.

En résumé, les insomnies nerveuses sont, avant tout, justiciables de la psychothérapie, de l'hygiène, du calcium et du Supponeryl.

Les régimes chez l'enfant, par L. Babonneix. Un vol. de 608 p. Prix : 75 fr., chez Masson et Cie, à Paris, 1937.

Les immunités locales, par A. Besredka. Un vol. de 224 pages. Prix : 35 fr., chez Masson et Cie, 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 50. — MERCREDI 22 JUIN 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.* — Le concours vient de se terminer par la proposition de M. Richier.

Concours de l'Assistance médicale à domicile. — Le concours vient de se terminer. Les candidats proposés à la nomination de M. le Directeur général pour occuper les dix places libres mises au concours, sont ainsi classés : Mlle Huguet, 57 ; MM. Kreis et Kipfer, 55 ; Friedmann, 54 ; Rambert, 52 ; Catinat, 51 ; Billard, 46 ; M. Daum, Mlle Gauthereau et Mlle Pillet, 42.

Facultés de médecine. — *Concours pour les bourses de doctorat en médecine.* — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 19 juillet 1938.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militaire. Les registres d'inscription seront clos le 10 juillet 1938, à seize heures.

Faculté de médecine de Paris. — 1re *année N.R.* — Conformément au résultat du tirage au sort qui a eu lieu le 13 juin, à l'issue du cours de M. le prof. Polonovski, la composition écrite de 1re année N.R. qui aura lieu les 20 et 21 juin, portera sur l'*Histologie*.

Les examens oraux de Physique commenceront le *mercredi 22 juin*, et de chimie, le *vendredi 24 juin*.

Affichage de la mise en série des oraux, le lundi soir.

— Le Conseil de Faculté a proposé à l'unanimité des 43 votants, M. le professeur agrégé Jean Troisier, comme professeur titulaire de la chaire de clinique de la tuberculose.

MM. Hazard, Sannié et Dognon sont proposés pour le titre de professeurs sans chaire.

Faculté de Toulouse. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale, en date du 14 juin 1938, la chaire de chimie et de toxicologie (dernier titulaire : M. Moog) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse est déclarée vacante.

Ministère de la Santé publique. — Le *J. off.* du 16 juin publie l'avis suivant : Les écoles d'infirmières et d'assistantes de service social qui sollicitent leur agrément pour la préparation aux diplômes d'Etat pourront demander le programme des études, ainsi que le règlement type officiel au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, service central des infirmières).

Médaille du professeur Louis Ombrédanne. — Les amis et les élèves du professeur Louis Ombrédanne, ont eu la pensée, à l'occasion de sa trentième année d'exercice et d'enseignement de la chirurgie infantile et orthopédique, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille, dont l'exécution a été confiée au maître graveur Charles Pillet.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille, dont la remise aura lieu le jeudi

6 octobre 1938, à 11 heures, à l'amphithéâtre de la clinique à l'hôpital des Enfants-Malades.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat, au trésorier M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Amicale des Formations sanitaires de l'avant. — Il est rappelé à tous les anciens combattants du Service de santé (médecins, pharmaciens, officiers d'administration, dentistes, aumôniers, infirmières ou infirmiers) que l'Amicale des Formations sanitaires de l'avant a été fondée pour s'occuper de leurs intérêts particuliers, au point de vue de leurs revendications de combattants.

L'Amicale possède la liste des formations du Service de santé ayant droit à la Carte du Combattant, et elle cherche à faire élargir ce droit pour tous ceux qui ont été effectivement aux armées, aussi bien divisionnaires que corps d'armées.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au commandant Miguet, 208, rue de Grenelle, Paris (7e).

Fédération française de natation. — La *Fédération française de natation* (148, avenue Gambetta, Paris, 20e), soucieuse d'éviter les accidents et les incidents dus à une pratique inconsidérée du sport, a organisé un réseau de médecins chargé de surveiller les membres de ses sociétés affiliées. Pour permettre à cette surveillance de se faire dans les meilleures conditions possibles, la Commission médicale de la F.F.N. a établi une notice : « Conseils pratiques aux médecins fédéraux », qui est remise à chaque médecin agréé. Dans une introduction, il est fait l'exposé des motifs, puis est exposée la somme indispensable des connaissances réclamées du médecin contrôleur.

Dans le premier chapitre on présente des extraits du Code de natation, de plongeons et de water-polo appliqué dans les compétitions sportives. Ainsi il est facile de se rendre compte des efforts qui sont demandés aux nageurs.

Dans le deuxième chapitre est exposé le système choisi pour effectuer cette surveillance physiologique et médicale ; on indique ensuite quelques renseignements techniques pour la « tenue » de la fiche individuelle.

Pour la question de l'hygiène de la natation, les médecins sont priés de se reporter au livre du docteur Maronneaud, président de la Commission médicale de la F.F.N. : *Hygiène de la natation*, dans lequel sont consignés les résultats d'une expérience de 30 ans de natation sportive.

COURS ET CONFÉRENCES

14 LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE ET GANGLIONNAIRE, du 30 juin au 16 juillet 1938, par M. André RICHARD, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck ; avec le concours de MM. le professeur L. Ombrédanne, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine ; le docteur E. Sorel, chirurgien de l'hôpital Trousseau ; le docteur M. Lance, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades ; les docteurs Bouquier, Delahaye, Allard, chirurgiens assistants des hôpitaux maritime et Lannelongue de Berck ; M. Mozer, chef du laboratoire de bactériologie et du service médical ; Parin, radiologiste, Mme Madeleine Poidevin, chef adjointe du laboratoire de bactériologie ; M. R. de Cagny, assistant d'orthopédie de l'hôpital maritime.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. NOBÉCOURT). — *Vacances* 1938. — M. CATHALA, agrégé, donnera pendant les vacances (août et septembre) un enseignement clinique, le matin, à 9 h. 30.

CHRONIQUE

INAUGURATION D'UN NOUVEAU PAVILLON AU CENTRE DE RECHERCHES HÉMATOLOGIQUES DE SAINT-ANTOINE

C'est à la générosité bien connue de Mme Raba Deutsch de la Meurthe qu'est due la construction de ce nouveau pavillon. Il a été inauguré par M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique. Des discours furent prononcés par le docteur Tzanck (qui, avec Gosset et Lévy-Solal, a été l'initiateur de ce mouvement), puis par le professeur Gosset, par M. Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris. Enfin, le ministre prit la parole pour remercier Mme Deutsch de la Meurthe et tous ceux qui ont collaboré avec elle. Ainsi que les orateurs précédents, le ministre rendit hommage aux donneurs de sang, dont le dévouement ne fait jamais défaut.

UN JUBILÉ DANS LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Notre excellent confrère le *Bulletin médical* vient de publier, à l'occasion de son cinquantenaire, un numéro spécial que nous devons saluer avec sympathie.

C'est en 1887 que ce journal fut fondé par le professeur Grancher, au moment où des polémiques ardentes s'élevaient autour des travaux de Pasteur. Ces débuts du *Bulletin* sont rappelés par M. Pasteur-Vallery-Radot, dans un magnifique article qu'il faut lire.

Cet article est précédé de belles pages de M. Sébileau sur les chirurgiens il y a 50 ans, il est suivi par des travaux d'ensemble de Clément-Simon sur la dermatologie et d'André Plichet, sur l'évolution de la neurologie.

Ces différents articles constituent une véritable histoire des sciences médicales françaises depuis 50 ans. Ils sont dignes de la grande tradition du *Bulletin*.

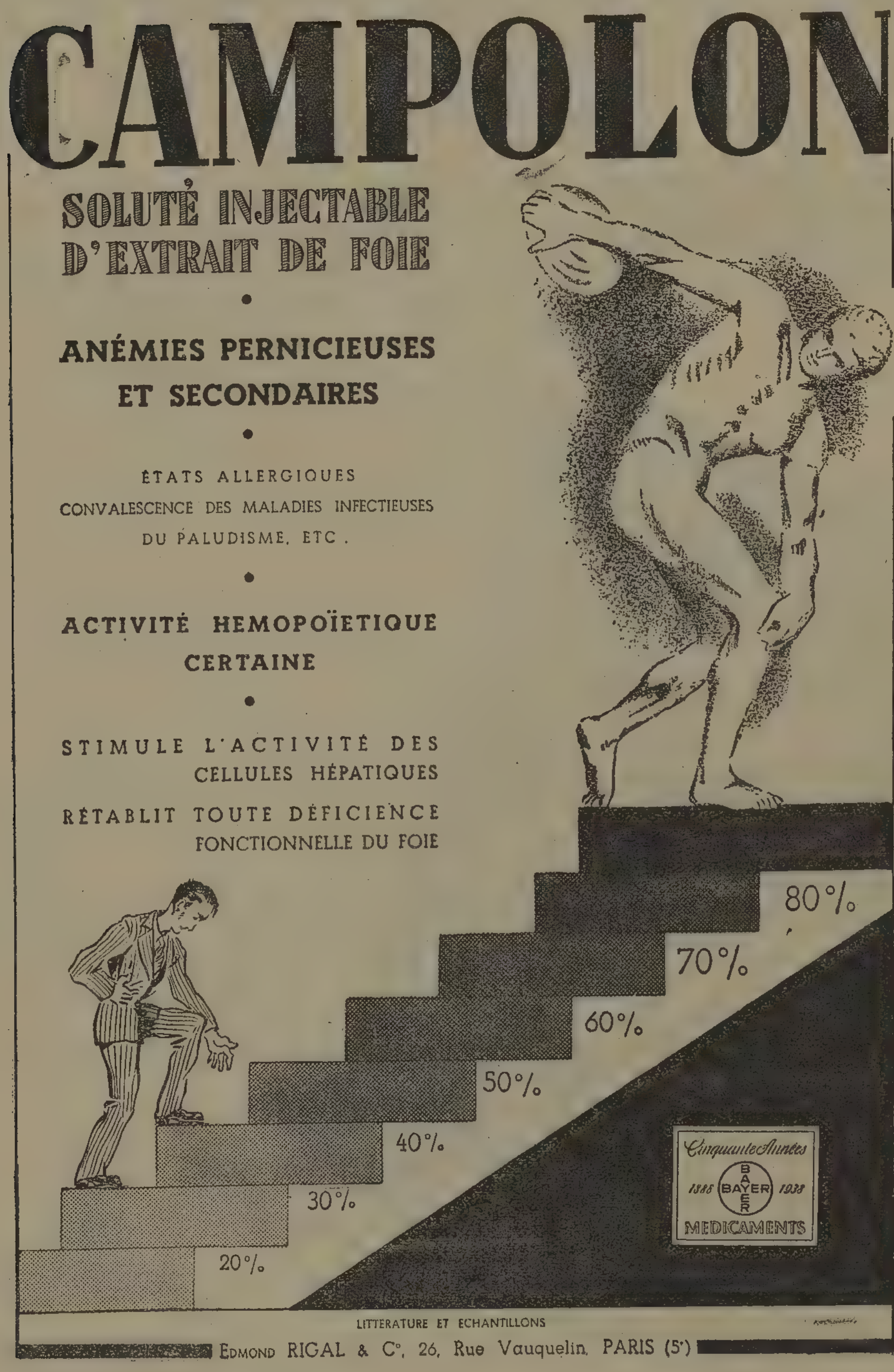
La *Gazette des hôpitaux*, qui a entretenu et entretient toujours avec le *Bulletin médical* les relations les plus amicales, est heureuse d'adresser à ses confrères : Clément-Simon, Bonnet-Roy, Morin, et à l'éditeur M. L. Arnette, ses félicitations très sincères.

F. L. S.

Il y a cent ans

La *Gazette des hôpitaux* du 16 juin 1838 annonce que le docteur Antomarchi, ancien médecin de Napoléon à Sainte-Hélène, est mort le 2 avril 1838 à Santiago de Cuba.

Le 6 décembre 1838, la *Gazette* annonce la mort de Benoit Courtois, auteur de la découverte de l'iode. Courtois est décédé le 27 septembre 1838 ; il laissait sa veuve sans ressources, car il n'avait pas pris de brevet pour sa découverte.


CAMPOLON
SOLUTÉ INJECTABLE
D'EXTRAIT DE FOIE
ANÉMIES PERNICIEUSES
ET SECONDAIRES
ÉTATS ALLERGIQUES
CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
DU PALUDISME, ETC.
ACTIVITÉ HEMOPOÏETIQUE
CERTAINE
STIMULE L'ACTIVITÉ DES
CELLULES HÉPATIQUES
RÉTABLIT TOUTE DÉFICIENCE
FONCTIONNELLE DU FOIE
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %
Cinquante Années
1888 BAYER 1938
MEDICAMENTS
LITTERATURE ET ECHANTILLONS
EDMOND RIGAL & Cie, 26, Rue Vauquelin, PARIS (5e)

TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX DE L'ALCOOLISME

PAR MM.

J. DE AJURIAGUERRA, ancien interne et PAUL NEVEU, interne
des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

La prédominance des troubles mentaux dans certaines formes de l'alcoolisme en fait des entités cliniques bien définies et dont le traitement est parfois une indication d'urgence. Dans les diverses formes de l'alcoolisme nous disposons d'un traitement étiologique, le sevrage, d'un traitement symptomatique, les sédatifs, d'un traitement pathogénique qui favorise l'élimination du toxique. Nous envisagerons les traitements spéciaux appliqués dans les formes nerveuses de l'alcoolisme aigu, les accidents de l'alcoolisme chronique et enfin le traitement de l'alcoolisme en tant que toxicomanie de l'alcool.

Traitement général. — *Sevrage.* — La première indication dans tous les cas d'alcoolisme est de s'efforcer d'obtenir le sevrage. Si tous les auteurs s'accordent sur la nécessité du sevrage de l'alcoolique, les opinions diffèrent sur le mode de suppression du toxique. Pour les uns, la suppression brusque de l'alcool détermine parfois un accident, le delirium tremens *a potu suspenso*, c'est le point de vue exposé par Mazel (29) et étudié récemment par Baonville et Titeca (1) qui concluent à la nécessité de donner de petites quantités d'alcool, 15 gr. de potion de Todd toutes les 3 ou 4 heures, dans les accidents de l'alcoolisme chronique. Contre cette opinion s'élève la plupart des spécialistes qui insistent sur l'extrême rareté des accidents *a potu suspenso* et sur la nécessité de la suppression totale qui facilite une action psychothérapique ultérieure. La suppression de toute boisson alcoolique semble préférable lorsqu'on peut l'obtenir du malade qui aurait ainsi moins d'occasions de recommencer les excès de boisson et de voir récidiver les accidents. Le sevrage total, tel qu'il peut être appliqué dans un service psychiatrique, prouve au malade qu'il peut vivre et travailler sans user d'alcool et l'abolition de ce préjugé si répandu ne paraît pas être ce qui a le moins préoccupé les spécialistes de la question de l'alcoolisme.

Les boissons alcooliques supprimées, il faudra habituer le malade à la consommation habituelle d'eau, de tisanes, etc... Il sera encouragé dans ses efforts de sobriété par l'attitude de son entourage qui devra être également éduqué et remplir sérieusement le rôle de surveillance qui lui incombe. Il faut bien savoir d'ailleurs combien il est difficile d'obtenir le sevrage et nous indiquerons ci-dessous les traitements proposés pour éviter le retour des habitudes éthyliques.

Traitement symptomatique. — Les médications sédatives et hypnotiques sont indiquées dans tous les cas d'excitation psychomotrice. L'importance du rôle des hypnotiques est capitale dans certaines formes de l'alcoolisme où le problème thérapeutique est résolu si l'on parvient à faire dormir le malade. En règle générale, les doses élevées sont bien supportées.

Les opiacés ont été les premiers employés et Sutton, l'auteur de la première description du delirium tremens, en préconisait l'emploi sous forme d'extrait thébaïque à la dose de 15 à 20 centigr. par 24 heures. Lancereaux associait le sirop de morphine au chloral. Le laudanum a été employé par Dupuytren dans le delirium tremens chirurgical sous forme de vin laudanisé à la dose de 1 gr. de laudanum pour 1 l. de vin. Actuellement on emploie encore la morphine à la dose de 2, 3 et même 4 centigr. seule ou associée au bromhydrate de scopolamine (Sédol). Mais ces médications doivent être employées avec prudence car leur effet toxique s'ajoute à celui de l'alcool.

Les bromures alcalins de potassium et de sodium sont généralement associés au chloral à la dose de 2 à 4 gr. L'hydrate de chloral est un bon sédatif lorsqu'il est employé à dose suffisante car on attribue aux doses faibles une recrudescence de l'excitation psychomotrice ; on le donne sous forme de potion à la dose de 2 à 4 gr. et jusqu'à 6 gr. dans certains cas, il peut être également administré aux mêmes doses par voie rectale. La paraldéhyde est employée par les auteurs américains à la dose de 10 à 15 gr. Signalons encore l'hydrate d'amylène dont l'emploi est moins général.

Les barbituriques, en raison de leur maniabilité, de la rareté des contre-indications, sont actuellement les sédatifs les plus employés. Le phényl-éthyl-malonylurée (Gardénal, Luminal), trouve son emploi dans le traitement des formes convulsives et dans les troubles du caractère à la dose de 5 centigr. On peut employer la solution sodique dans le delirium tremens à la dose de 15 à 25 centigr. en injections intraveineuses s'il y a lieu. Signalons la possibilité d'éruptions médicamenteuses chez des malades dont le foie est affaibli. Le Somnifène est d'un emploi courant, ses indications sont précises : *per os*, à la dose de XX à XXX gouttes c'est un bon hypnotique. Préconisé par L. Ramond (34) en injection intraveineuse de 5 cmc. (thèse de N. Quénée) il permet une sédation complète des états d'agitation les plus violents : le plus souvent le malade s'endort pendant l'injection. Les doses trop faibles peuvent accroître l'excitation, elles provoquent chez certains malades une ivresse passagère. On évitera les injections sous-cutanées suivies parfois d'escarres. Des complications pulmonaires ont été signalées, c'est pourquoi on vérifiera l'appareil respiratoire de ces malades avant de leur appliquer cette thérapeutique ; elle sera surtout employée dans les états de grande agitation paroxystique où son efficacité dépasse tous les autres moyens. Le butyl-éthyl-barbiturate de sodium (Sonéryl) est préconisé par Bargues et Grimal (2) à la dose de 1,5 centigr. par kg., soit pour un sujet de 75 kg. 1 gr. dissous dans 20 cmc. d'eau distillée ; il doit être donné en injection intraveineuse lente de 3 à 5 minutes, soit environ 4 cmc. à la minute. L'injection est suivie d'un sommeil profond et calme de 4 à 6 heures. Sperber (37) a de même employé l'évipan sodique.

Enfin il faut adjoindre aux médications sédatives l'hydrothérapie sous la forme de bains tièdes à 35°

qui peuvent être prolongés 2-3 heures si l'état général du malade le permet. Les bains froids à 18° (Letulle) seront employés avec prudence.

Traitement pathogénique. — Il consiste à faciliter l'élimination du toxique par un régime approprié, une alimentation exclusivement liquide : bouillons de légumes, tisanes, limonades, et par l'administration de diurétiques et de purgatifs. On emploie généralement des tisanes diurétiques (queue de cerise, chiendent), le lactose à la dose de 40 gr. Les purgatifs employés sont le sulfate de soude, de 20 à 40 gr., la poudre de réglisse composée, 15 à 20 gr., l'extrait de cascara, 60 centigr. Nous verrons le mode d'administration des vomitifs dans les états aigus. La saignée pratiquée autrefois dans le but d'éliminer le toxique est actuellement abandonnée.

On traitera les troubles digestifs gastro-hépatiques par l'administration d'alcalins, bicarbonate de soude, solution de Bourget, de poudres inertes adsorbantes, kaolin, bismuth, et de cholagogues : sulfate de magnésie, 30 gr. chaque matin ou les doses faibles et répétées de calomel, 1 à 2 centigr. pendant plusieurs jours. L'insuffisance hépatique sera combattue par l'opothérapie hépatique sous forme d'extraits hépatiques injectables de préférence.

Dans les cas de défaillance cardiaque ou lorsque l'agitation persistante peut faire craindre le collapsus on aura recours aux toni-cardiaques : l'huile camphrée peut sans inconvénient être administrée à doses élevées dans les cas graves, 10 à 20 cmc. par jour, la spartéine et la coramine ; on rejettera l'emploi de la caféine qui est contre-indiquée dans le delirium.

Traitements spéciaux. — Après avoir examiné la thérapeutique générale de l'alcoolisme, nous envisagerons le traitement que l'on peut appliquer dans les divers accidents mentaux. Il faut distinguer les états aigus qui sont les ivresses de divers types et les états d'intoxication chronique qui vont donner lieu à des accidents d'alcoolisme subaigu, les états de confusion onirique, des accidents aigus, le delirium tremens, des accidents chroniques, les psychopolynévrites du type Korsakow et enfin les démences alcooliques.

L'alcoolisme aigu. — Il est en rapport avec une intoxication massive par l'alcool ; nous envisagerons le traitement des formes comateuses, excito-motrices, et convulsives. Dans tous ces cas il faut favoriser l'évacuation rapide du toxique par des moyens mécaniques : vomissements provoqués, lavages d'estomac à la sonde œsophagienne avec de l'eau bicarbonatée ; par l'usage de vomitifs, poudre d'ipéca, apomorphine, et de purgatifs. A l'infirmerie du Dépôt ces malades reçoivent 40 gr. de sulfate de soude et une demi-heure après 3 paquets de 50 centigr. de poudre d'ipéca à prendre de 10 minutes en 10 minutes.

Dans les *formes comateuses* il faut en outre réchauffer le malade en raison des troubles de la thermorégulation, lui donner des stimulants dont le plus classique est l'ammoniaque, V à X gouttes dans un verre d'eau salée ou en lavement, l'acétate d'ammoniaque à la dose de 1 à 5 gr. ; si le pouls est faible, donner des toni-cardiaques, huile camphrée, spartéine, coramine. Une méthode originale préconisée par L. Robinson et Salesnick (35) est l'inhalation d'un mélange de 10 p. 100 de gaz carbonique et de 90 p. 100 d'oxygène qui détermine une baisse du taux de l'alcool dans le sang.

Dans les *formes excito-motrices* il peut être nécessaire de prendre des précautions pour éviter les violences du malade sur lui-même et son entourage ; le malade sera immobilisé en le roulant dans une couverture et on administrera un sédatif : morphine, sédol, somnifène intraveineux. Il faudra éviter d'utiliser des liens qui peuvent blesser ; l'isolement en cellule avec un simple matelas pour le couchage est ici particulièrement indiqué si la crise se prolonge.

Dans les *formes convulsives* on prendra les précautions habituelles de toute crise comitiale. On peut être amené à prescrire du gardénal, mais souvent les attaques ne se reproduisent plus quand l'alcool est supprimé. Après la crise il faudra soumettre le malade à une désintoxication prolongée.

Alcoolisme chronique. — Au cours de l'alcoolisme chronique on est rarement amené à examiner un malade qui ne souffre que de petits signes d'imprégnation alcoolique. Le malade présente le plus souvent un accident de l'alcoolisme chronique nécessitant un traitement urgent.

L'alcoolisme subaigu est constitué par les accidents confuso-oniriques. Il faudra prévenir les réactions en rapport avec la panophobie qui accompagne un onirisme terrifiant, réactions de fuite le plus souvent et qui peuvent être la cause d'accidents graves : défenestration, chutes, noyades, d'où la prescription de surveiller constamment ces malades. Ces états, en règle, rétrocèdent rapidement par les moyens que nous avons indiqués : sevrage, sédatifs, élimination du toxique ; mais souvent persistent chez ces malades des idées fixes post-oniriques qu'il faudra réduire par la psychothérapie ; il faut savoir que dans quelques cas il est impossible d'obtenir une rectification de la conviction délirante rétrospective et c'est le thème délirant qui indiquera la conduite à tenir : s'il s'agit d'idées de persécution avec tendances actives aux revendications et à la vengeance, il faudra provoquer ou maintenir l'internement du malade.

Le delirium tremens est une encéphalite psychosique aiguë apparaissant chez un alcoolique chronique. Il faudra rechercher soigneusement une cause déclenchante : traumatisme, maladie infectieuse, pneumonie, érysipèle. On placera le malade dans une pièce bien éclairée, aérée où il ne risquera pas de se blesser ; si l'on est obligé de le maintenir on le fixera sur un lit au moyen du maillot de Magnan et pendant peu de temps ; on rejettera systématiquement les autres moyens de contention : camisole de force, drap roulé qui épuisent le malade ; on emploiera avec avantage la balnéation tiède à 35° prolongée pendant une ou deux heures. Le traitement consiste à agir : contre l'intoxication alcoolique par le sevrage total ou partiel (faibles quantités d'alcool). Contre l'agitation et l'insomnie l'usage des sédatifs est ici particulièrement important. L'élimination est facilitée par l'administration de diurétiques, de purgatifs ; le foie sera stimulé par l'action de cholagogues ; contre le collapsus cardiaque on donnera des analeptiques : huile

camphrée, spartéine, coramine dans les cas graves. La pathogénie particulière du delirium tremens a fait employer dans son traitement des moyens thérapeutiques que l'on peut associer en raison de la complexité des facteurs incriminés.

La strychnine se comporte comme un antagoniste physiologique de l'alcool ainsi que le montrait déjà Stacchini (38) dans sa thèse et plus récemment Gold et Travell (15). Depuis l'on a pu préciser la nature de cet antagonisme et l'action de la strychnine sur la chronaxie a été particulièrement étudiée par Knoeffel (21). Une longue expérience clinique a montré l'intérêt de l'usage de la strychnine dans le delirium tremens.

Les doses élevées ont été préconisées dès 1873 par Luton (25) qui prescrivait des injections de 5 milligr. de sulfate de strychnine répétées selon la tolérance du malade et pouvant atteindre dans certains cas 50 milligr. et au-dessus par 24 heures. Pagniez et Chaton (30-31) donnent 2 milligr. de strychnine toutes les trois heures pour atteindre 10 à 16 milligr. par 24 heures. Des doses plus fortes sont employées par Flandin et Bernard (12) qui ont précisé la posologie de la strychnine : chez l'homme normal la dose de 1 centigramme par jour est bien supportée, à 2 centigr. apparaissent des troubles pénibles, à 3 centigr. des troubles graves ; chez les alcooliques la tolérance de l'organisme peut être fixée aux environs de 8 centigr. Ils atteignent cette dose par des injections répétées de 1 centigr. et ils insistent sur l'innocuité et l'efficacité de leur méthode. Cossa (10) revient à la posologie de Luton atteignant 2 à 3 centigr. par des injections de 5 milligr. Il insiste sur la nécessité de prolonger la strychninothérapie pendant plusieurs semaines. En pratique, si les doses préconisées par Flandin sont supportées par certains alcooliques, il faut tenir compte des facteurs individuels, et les doses plus faibles de 1 et 2 centigr. donnent chez la plupart des malades des résultats satisfaisants.

L'insuffisance hépatique est considérée comme l'une des causes du delirium tremens et les travaux de Klippel ont montré que le dysfonctionnement du foie joue un rôle capital dans l'apparition du délire. C'est pourquoi l'opothérapie hépatique est justifiée dans le delirium. Mattei (28) insiste sur l'action heureuse des extraits hépatiques dans les délires aigus toxi-infectieux. Utilisant ces données Giroire et Crèze (14) ont traité 181 cas en injectant 4 à 8 cmc. d'extrait hépatique en deux ou trois fois, le sédatif employé était le somnifène à la dose de XX gouttes répétée toutes les deux heures jusqu'à diminution de l'agitation ; ils ont constaté une baisse de la mortalité de 15 p. 100 à 10 p. 100 et une réduction de la durée du délire. Goude et Girard préconisent une méthode analogue : le malade prend XX gouttes de somnifène et reçoit en même temps une injection de 3 cmc. d'extrait hépatique et une autre injection de 3 cmc. d'huile camphrée. On recommence 20 minutes après si le malade ne s'est pas calmé ; une troisième et une quatrième séries semblables à intervalle de 20 minutes pouvant être nécessaires.

L'œdème cérébral a été considéré par certains comme la cause du delirium tremens et contre cet œdème on peut employer la réduction des boissons et le drainage spinal préconisé par Steinbach. Cline et Coleman (7) font une ponction lombaire de 50 à 75 cmc. et réduisent les boissons à 1.000 cmc. par 24 heures, sauf en cas de lésion pulmonaire. Plus récemment Ph. Piker (32) a vérifié le rôle de la limitation des liquides dans le pronostic du delirium ; trois cents malades divisés en deux séries ont reçu un traitement identique sauf en ce qui concerne la quantité de liquides absorbés forcée à 3.000 et 4.000 cmc. chez les uns, réduite à 1.000 cmc. chez les autres ; le drainage spinal, drainage total en décubitus latéral, a été pratiqué dans les deux séries. Dans ces deux séries la mortalité fut de 5,3 p. 100, les durées de séjour des malades furent identiques ; et l'auteur conclut en recommandant de ne pas forcer ni limiter la quantité des liquides et d'user de moyens de déshydratation : diurétiques et toni-cardiaques, et drainage du liquide céphalo-rachidien.

Le chlorhydrate d'émétine a été préconisé par Bodart (4) qui donne des doses de 2 centigr. répétées deux ou trois fois dans les premières 24 heures ; puis, le deuxième jour deux injections seulement avec un intervalle de 12 heures. Les mêmes doses sont répétées les troisième, quatrième, cinquième et sixième jours, puis le malade ne reçoit plus qu'une injection par 24 heures. Cette cure est suivie pendant 15 jours d'une série d'injections de strychnine à 1 milligr. Tenco (39) a modifié cette technique : il administre 6 centigr. de chlorhydrate d'émétine en une seule fois les 4 premiers jours ; du cinquième au dixième jour, 2 centigr. seulement. Il supprime la série d'injections de strychnine.

La psychose de Korsakow d'origine alcoolique est caractérisée par une polynévrite et un syndrome mental constitué par une amnésie de fixation avec fabulation compensatrice. Le traitement de ces états a bénéficié des acquisitions récentes concernant la pathogénie de la polynévrite éthylique exposées dans la thèse de Klotz (20). Il convient d'établir le sevrage total et d'instituer un régime alimentaire avec réduction des hydrates de carbone : légumes verts abondants, fruits, viande en quantité modérée, suppression momentanée du pain. Chaque fois que l'on peut mettre en évidence une infection déclenchante : tuberculose, infections banales, il faut mettre en œuvre une thérapeutique adéquate : pneumothorax artificiel, médication anti-infectieuse. Il faut traiter le terrain sur lequel se développent ces troubles : l'hépatite sera traitée par l'opothérapie à hautes doses, les troubles gastriques doivent être traités en raison du rôle important qu'ils semblent jouer dans l'apparition des polynévrites. Ils consistent presque toujours en hypochlorhydrie et hypopepsie ; on stimulera les sécrétions par la solution de Bourget, on donnera de la limonade chlorhydrique, on fera de l'opothérapie gastrique. Les troubles endocriniens très fréquents sont justiciables chez l'homme d'extraits thyro-surréno-testiculaires, chez la femme d'extraits thyro-surréno-ovariens. La carence en vitamine B^1 que l'on a pu mettre en évidence dans la polynévrite alcoolique sera traitée par l'administration de vitamine B^1 par voie buccale à la dose de 1.000 unités par jour ; mais l'on pourra lui préférer la voie

parentérale sous-cutanée, intra-veineuse ou même intra-rachidienne utilisée en Suisse par A. Friedmann et en France par Martimor et Neveu (27). L'aminothérapie a été utilisée pour suppléer à l'incapacité d'assimilation de l'estomac en administrant des produits de désintégration de la molécule d'albumine : tryptophane, 2 centigr., et histidine, 4 centigr. La strychnine sera employée soit à doses faibles de 2 milligr. pendant 1 mois, soit à doses plus fortes de 15 à 20 milligrammes par jour pendant 20 jours, puis par doses décroissantes, selon la méthode de Cossa (10). L'urotropine à la dose de 0,50 gr. pendant 10 à 15 jours a été employée par Brunerie et Moitel (5) qui insistent sur le facteur hépatique dans l'apparition des troubles mentaux du syndrome de Korsakow. Ils rapportent des observations où la régression de la confusion leur a paru évidente sous l'action du traitement. Tinel (40) utilise les injections de chlorure de calcium pour leur action antichoc.

Enfin nous n'insisterons pas sur l'utilité de la physiothérapie, du traitement électrique, des massages et de la mobilisation progressive des membres atteints.

La démence alcoolique apparaît chez le buveur invétéré après une longue période de tassement intellectuel de plus en plus marqué. Comme toute démence organique elle est incurable à la période d'état ; mais on peut envisager une action thérapeutique à la période de début où prédominent les troubles du caractère. Le sevrage produit très souvent l'arrêt dans l'évolution démentielle mais le déficit intellectuel reste fixé sans espoir de régression et il paraît bien difficile d'empêcher ces malades à l'auto-critique affaiblie de renoncer d'eux-mêmes à leurs habitudes d'éthylisme chronique, c'est pourquoi on peut leur appliquer les méthodes de dégoût que nous indiquerons ci-dessous. A la période prodromique A. Tenco (39) traite ces malades par les injections de chlorhydrate d'émétine : 2 centigr. le 1er, le 3e, le 5e, le 8e, le 12e, le 17e, le 23e et le 30e jours et il recommande de surveiller le cœur.

Traitement de la toxicomanie alcoolique. — Le problème posé par l'alcoolisme considéré comme toxicomanie de l'alcool est complexe : comme dans toutes les autres toxicomanies il faut considérer le terrain psychopathique et la difficulté d'obtenir une désintoxication complète et persistante chez des malades souvent abouliques, parfois soumis à des impulsions, qui vont se trouver incités par l'exemple, les conseils, les nécessités professionnelles à récidiver. Il faut distinguer l'alcoolique chronique, buveur d'habitude, du dipsomane qui boit le plus souvent par accès de caractère impulsif à l'occasion d'une phase morbide de dépression ou d'excitations ; dans la dipsomanie le terrain psychopathique joue un rôle capital, le plus souvent il s'agit d'une cyclothymie, d'un déséquilibre émotif, de l'une des anomalies mentales que l'on rangeait dans les dégénérescences en insistant sur l'importance du facteur héréditaire. Les impulsions à l'ingestion massive de boissons alcooliques sont d'ailleurs comparables aux faits de potomanie qui évoluent sur un terrain identique. Chez le dipsomane la répétition de plus en plus fréquente de ces accès peut entraîner l'alcoolisme chronique et il faudra s'attacher à retrouver la psychopathie cachée par les signes d'imprégnation.

Chez les buveurs d'habitude, s'il n'existe pas à proprement parler un état de besoin il y a un état d'appétence pour l'alcool qui favorise les récidives. Les inhibitions d'ordre éthique seront d'autant moins actives que l'affaiblissement intellectuel sera plus marqué, affaiblissement parfois en rapport avec une maladie mentale à évolution démentielle : paralysie générale, démence sénile ou artériopathique, démence précoce, affections qui peuvent être masquées par un tableau d'alcoolisme chronique ou subaigu, d'où l'importance d'un examen psychiatrique qui peut révéler une maladie sous-jacente qu'il conviendra de traiter lorsque les accidents alcooliques seront dissipés (1).

Lorsque les accidents aigus présentés par l'alcoolique ont cédé, cas le plus fréquent, au bout de quelques jours, il faut envisager un traitement prolongé pour obtenir la désintoxication complète du malade. Il ne suffit pas de réaliser la suppression du toxique qui serait illusoire. Dans une première étape on s'est efforcé de supprimer l'état de besoin ; Toulouse (41), puis Sapelier et Dromard (36) ont utilisé le sérum anti-éthylique recueilli sur le cheval alcoolisé ; mais l'expérience montre que la suppression de l'état de besoin ne suffit pas en raison des multiples incitations à boire que va rencontrer l'alcoolique rendu à une vie normale ; c'est pourquoi l'on a envisagé des méthodes tendant à produire le dégoût des boissons alcooliques.

Intolérance provoquée. — L'auto-hémothérapie est préconisée par Lopez-Lomba (23-24) qui fait trois fois par semaine une injection sous-cutanée de 10 à 12 cmc. de sang du sujet, il a obtenu ainsi dès la 3e injection un dégoût de l'alcool et en particulier de la variété d'alcool habituelle au malade. La stabilisation des résultats a pu exiger 10 à 15 injections et parfois la reprise du traitement trois ou quatre semaines après. Certains auteurs ont adjoint l'ingestion d'alcool au moment de la piqûre.

Les méthodes basées sur la création chez le malade d'un réflexe conditionnel de dégoût ont été étudiées par Markovnikow et rapportées par G. Ichok (16) ; Martimor et Maillefer (26) l'ont étudié dans le service spécial de buveurs des Asiles de la Seine ; ils donnent aux malades 0,40 gr. d'extrait d'ipéca mélangé à 1 litre de vin. Après 15 repas suivis de vomissements, le traitement est arrêté ; on met le malade à l'épreuve en lui faisant absorber un verre de vin sans ipéca, absorption qui déclanche un état nauséeux et parfois des vomissements. Actuellement les buveurs reçoivent après ingestion de 1/2 litre de vin une injection de 5 milligr. d'apomorphine. On observe peu de récidives, cependant en raison de l'électivité du réflexe pour une boisson donnée quelques malades ont pu recommencer à user d'une autre variété d'alcool.

Le traitement par la strychnine a pu provoquer un dégoût de l'alcool observé par Combemale (8), Cossa (10) note la disparition du besoin d'alcool pendant

(1) Rappelons que dans une statistique récente, Govzkowski trouvait : 10 p. 100 de P. G., 4 p. 100 d'oligophrènes, 4 p. 100 d'épileptiques, 2,5 p. 100 de déments séniles. Biswanger, à Zurich, trouve sur 174 cas : 6 schizophrènes, 3 débiles, 1 épileptique, 1 psychose d'épuisement.

la strychnothérapie. Dupouy (11) traite l'alcoolisme comme les toxicomanies par l'injection d'un complexe de lécithines en solution dans des lipides végétaux. L'insuline aurait donné des résultats à Klemperer (19).

La psychothérapie a été employée dans le traitement des buveurs d'habitude et des dipsomanes. En règle on fera comprendre au malade le rôle de l'alcool dans l'apparition de ces troubles ; on lui fera admettre progressivement que l'on peut faire des accidents d'alcoolisme sans être un ivrogne, on insistera sur la fragilité particulière de son système nerveux ; enfin on usera de l'intimidation en le menaçant dans son intégrité physique et mentale d'une déchéance inévitable s'il persiste ; l'internement ou le réinternement prolongés constituent également des menaces souvent efficaces. Il ne faudra pas omettre d'éduquer l'entourage, de lui faire comprendre la gravité de l'alcoolisme pour le malade et la nécessité d'une surveillance étroite avec mise en œuvre de tous les moyens qui peuvent empêcher le malade de se procurer des boissons alcooliques. A côté de ce traitement moral qui est toujours mis en œuvre chez les alcooliques, il existe des traitements où la psychothérapie est au premier plan, ce sont les traitements par l'hypnose et la psychanalyse. Bérillon (3) proposait un traitement de l'aboulie des buveurs d'habitude et de la dipsomanie par la suggestion hypnotique ; sa méthode consistait à créer un « centre d'arrêt » après plusieurs séances d'hypnotisation où le malade était entraîné, il lui suggérait qu'il ne pouvait plus faire le geste de boire lorsque son verre contenait un liquide alcoolisé ; commentant l'exposé de cette méthode E. Régis faisait remarquer que l'hypnose était plus facile à provoquer dans les états toxi-infectieux, le malade pouvant après la guérison ne plus être hypnotisable. Forel et Vocke ont, eux aussi, utilisé l'hypnose et ont obtenu de bons résultats. De nos jours Kallenberg (18) a repris le traitement de l'alcoolisme par la persuasion dans l'état d'hypnose, et il insiste également sur la facilité de l'hypnotisation des alcooliques et l'efficacité des suggestions données dans cet état. Haupt, par contre, aurait obtenu des résultats moins encourageants.

Les psychanalystes ont appliqué leur méthode au traitement de l'alcoolisme. Ils considèrent chez le buveur le complexe d'infériorité et l'homosexualité latente refoulée qui se sublime dans la fréquentation de compagnons de beuverie préférés au milieu familial. Pour Simmel il s'agit d'une perversion narcissique dans la recherche du plaisir. Plotke (33) considère le problème de l'alcoolisme en fonction de l' « individual psychologie » d'Adler : le buveur, souvent un découragé, cherche un refuge dans les endroits où l'on consomme l'alcool. C'est par crainte de ne pas être un bon camarade, un bon mari, un bon travailleur que l'homme prend le chemin de l'alcoolisme, de la perversion, du crime..., etc., qui pour Adler ne représentent que des stages du même phénomène, la névrose. Le traitement proposé a pour but de permettre au buveur d'échanger sa supériorité de « roi des buveurs » ou de « meilleur camarade parmi les habitués du cabaret » contre une autre supériorité fondée sur des actes profitables à la société ; d'où la mise en œuvre d'une cure d'encouragement visant à donner au malade un sentiment de valeur propre.

Nous ne discuterons pas le problème général de la prophylaxie de l'alcoolisme qui est une question politico-sociale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baonville et Titeca. *Journ. belge de Neur. et de Psychiat.*, n° 3, 1937.
2. Bargues et Grimal. *Ann. méd. psychol.*, mars 1936.
3. Bérillon. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes.* Grenoble, 1902.
4. Bodart. *Arch. méd. belges.*
5. Brunerie et Moitel. *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 juill. 1937.
6. Chaton. *De l'action thérapeutique du sulfate de strychnine chez les alcooliques.* Thèse, Paris, 1930.
7. Cline et Coleman. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 8 août 1936.
8. Combemale. *Bull. méd.*, 1896, p. 358.
9. Corman et Horveno. *Gaz. méd. de Nantes*, janv. 1935.
10. Cossa, Bougeant, Puech et Sassi. *Presse méd.*, 17 nov. 1937 et *Ann. méd. psychol.*, février 1938.
11. Dupouy et Delaville. *Presse méd.*, 12 déc. 1934.
12. Flandin et Bernard. *Bull. Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, n° 32, 1933.
13. Friedmann. *Arch. suisses de Neur. et de Psychiatr.*, suppl. 1937.
14. Giroire et Crèze. *Gaz. méd. de Nantes*, N° 8. 1935.
15. Gold et Travell. *The journ. of pharmac. and exp. therap.*, sept. 1934.
16. Ichok. *Progrès méd.*, 10 nov. 1934.
17. Kallenberg. *Zentralblatt f. Psychopathologie*, heft 10, 1931.
18. Kielholz. *Arch. f. Neurologie u. Psychiatrie*, XVI-27-35, 1925.
19. Klemperer. *Der Nervenarzt.* 3, 1930.
20. Klotz. *La polynévrite alcoolique.* Thèse Paris, 1937.
21. Knoeffel. *Amer. Journ. of Physiol.*, CXVII, 638-641, 1936.
22. Legrain. *Presse méd.*, 27 janvier 1900.
23. Lopez-Lomba. *Rev. Med. latino-amér.*, fév. 1932.
24. Lopez-Lomba. *Progrès méd.*, 25 avril 1936.
25. Luton. *Art. Alcoolisme* in Traité de thérapeutique générale et spéciale, 1883.
26. Martimor et Maillefer. *Progrès méd.*, avril 1936.
27. Martimor et Neveu. *Ann. méd. psychol.*, févr. 1938.
28. Mattei. *Bull. Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, 28 avril 1933.
29. Mazel. *XVIIIe Congrès de médecine légale*, 1933.
30. Pagniez et Chaton. *Presse méd.*, 28 févr. 1931.
31. Pagniez. *Presse méd.*, 3 déc. 1936.
32. Piker. *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, janv. 1938.
33. Plotke. *Hygiène mentale*, déc. 1934.
34. Ramond. *Monde médical*, 1er nov. 1926.
35. Robinson et Salesnick. *The journ. of the Amer. Med. Ass.*, nov. 1935.
36. Sapelier et Dromard. *L'alcoolomanie. Son traitement par le sérum antiéthylique.* Doin, Paris, 1903.
37. Sperber. *New England Journ. of med.*, déc. 1936.
38. Stacchini. *Antagonisme entre la strychnine et l'alcool.* Thèse Paris, 1880.
39. Tenco. *Revista mexicana de Psiq. y de Med. Legal.*, nov. 1934.
40. Tinel. *Ann. méd. psychol.*, juin 1933.
41. Toulouse. *Soc. de Biologie*, 28 mars 1896.
42. Triboulet, Mathieu, Mignot. *Traité de l'alcoolisme chronique.* Masson, Paris 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MAI 1938)

Pouvoir trophophylactique de certaines huiles comestibles vis-à-vis des substances toxiques. — MM. Pierre LASSABLIÈRE, Maurice UZAN et Alain MONNET ont utilisé différentes huiles comestibles (olives, arachides, amandes douces, etc.) en injections sous-cutanées à la dose de 0 cmc. 5, une demi-heure avant l'injection sous-cutanée de la substance toxique (extrait d'*Amanita muscaria*, venin de cobra, sulfate de spartéine, cyanure de Hg).

Les expériences ont été effectuées sùr des souris blanches de 20 gr. Sur 84 animaux en expérience, 38 p. 100 ont échappé définitivement à la mort.

L'action trophophylactique des huiles employées est plus ou moins marquée suivant la nature de l'huile et du toxique lui-même.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1938)

Fièvre typhoïde anormale. Encéphalo-typhus ; contrôle microbiologique, séro-réactions négatives. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, LEVY-BRUHL, GALLOT et MIGNOT. Au début d'une septicémie éberthienne, le malade a présenté un syndrome encéphalitique avec rigidité, tremblement, paralysie faciale, confusion mentale et cataplexie. Liquide céphalo-rachidien normal. Evolution mortelle en 4 semaines.

Hémocultures positives jusqu'au 28e jour. Séro-agglutinations négatives. Les auteurs posent le problème de la négativité de la réaction de Widal en se fondant sur la complexité des antigènes bactériens.

Traitement des pneumococcies aiguës par le p-aminobenzènesulfamide. — MM. CAIN, CATTANT et SIKOVAY. Résultats importants obtenus dans 6 pneumococcies graves par l'usage du 1162 F. Guérison rapide après le début du traitement, parfois en moins de 24 heures. Aucun accident toxique.

La « maladie d'intolérance » (intolérances polymorphes successives). Données cliniques. — MM. TZANCK, DUPERRAT et LEWI. Chez certains sujets on peut observer toute la série des intolérances organiques relevant de la chimiothérapie. Les manifestations rénales, cutanées, articulaires, digestives, psychiques, cardio-vasculaires... peuvent survenir chez un même sujet sans cause apparente et donner lieu à une entité clinique pouvant être individualisée sous le nom d'intolérance polymorphe successive, ou « maladie d'intolérance ».

Urticaire immédiate des arsénobenzènes. — M. MILIAN. 5 cas dans lesquels l'urticaire s'est produite pendant l'injection d'arsénobenzènes ou immédiatement après. Il y a : 1° l'urticaire généralisée avec chaleur thoracique et prurit intense ; 2° l'urticaire localisée avec prurit limité avec placards ne dépassant guère la taille d'une pièce de 5 francs. Cette urticaire localisée répond à une méiopragie locale rendue évidente par l'injection médicamenteuse. Pour l'urticaire généralisée, il y aurait des territoires méiopragiques multiples.

Réinfections tuberculeuses abortives du poumon. — MM. AMEUILLE, SACREZ et CANETTI pensent qu'il faut séparer les foyers de réinfection abortive des lésions pulmonaires et ganglionnaires du complexe primaire. On peut ainsi étudier les foyers abortifs de réinfections qui se trouvent souvent en dehors du sommet. Le bacille disparaîtrait au bout de quelques années de la plupart des résidus du complexe primaire. Il peut disparaître à la longue des foyers de réinfection. D'où il résulte qu'un apport bacillaire exogène peut jouer un rôle dans la production des tuberculoses abortives de réinfection. Enfin, il y aurait une liaison possible entre la réinfection exogène et certains cas de tuberculose évolutive de l'adulte.

Dystrophies osseuses au voisinage de grandes plaques de dermatolysie dans la neuro-fibromatose. — MM. BORDIN et CAILLAS. Il y aurait plusieurs types de lésions osseuses au voisinage des grandes plaques de dermatolysie : agénésie osseuse ; lésions destructives ; lésions hypertrophiques. Les auteurs citent le cas d'une fillette porteuse d'une large plaque de dermatolysie sur l'avant-bras droit et dont le membre supérieur de ce côté présentait un allongement de 7 cm. Il conviendrait d'admettre l'origine congénitale des lésions et de connaître les facteurs qui expliquent le caractère évolutif des dystrophies.

Pneumothorax extra-pleural médical pratiqué d'urgence pour hémoptysie grave. — MM. ARMAND-DELILLE, PAILLAS et HACKER.

Symptômes fonctionnels faisant craindre la tuberculose, et dus à un corps étranger bronchique. — MM. E. BERNARD, KREIS et EYRIES. Observation d'une femme atteinte de dyspnée, de toux et d'expectoration, durant plusieurs mois, troubles accompagnés d'amaigrissement faisant craindre la tuberculose pulmonaire. La cause de ces troubles relevait de la présence d'un fragment de dentier tombé dans les voies respiratoires au cours d'un accident.

Ostéite fibro-kystique de localisation et d'évolution anormales. — MM. PAGNIEZ, PLICHET et FAUVET.

Syndrome de Guillain et Barré avec méningite rachidienne. — MM. RISER, PLANQUES et GERAUD (Toulouse).

Agranulocytose aiguë mortelle au cours d'un traitement par le pyramidon. — MM. LEMIERRE, LAPORTE et DEPUILLAT. (Voir *Gaz. Hôp.* 1938, n° 26, p. 413.)

Méningo-myélite aiguë à proteus vulgaris. Complication d'une ano-rectite lymphogranulomatose. — MM. LÉVY-VALENSI, DE SÈZE et IMBONA. C'est l'histoire d'une maladie de Nicolas-Favre avec abcès péri-rectal, aboutissant à une méningo-myélite infectieuse et consécutivement à une paraplégie en flexion. La méningo-myélite put être attribuée au *proteus vulgaris*. Ce germe put être retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien, dans le pus des urines et dans le pus d'un abcès péri-rectal.

Septicémie gonococcique avec coxite aiguë nécrosante. Guérison. Ankylose de la hanche. — MM. LÉVY-VALENSI, DE SÈZE et IMBONA. Observation d'une coxite blennorragique évoluant au décours d'une polyarthrite accompagnée de septicémie gonococcique. Ce germe put être retrouvé dans l'hydarthrose du genou, dans le sang, dans un élément papulo-vésiculeux du dos de la main, dans le pus d'un abcès de fixation.

La coxite évolua rapidement, entraînant des mutilations osseuses graves et une ankylose définitive.

Syndrome hypophysaire avec hirsutisme. — MM. SOULIÉ, ROYER DE VÉRICOURT. Femme de 48 ans atteinte de cécité chez qui apparurent les signes suivants : acromégalie, aménorrhée, hirsutisme, goitre avec abaissement du métabolisme basal et troubles psychiques : symptômes en relation avec un adénome anti-hypophysaire.

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1938)

Trois cas de néphrose lipoïdique vraie. — MM. RATHERY et FROMENT rapportent 3 cas de cette affection guérie par le traitement d'Epstein : guérison maintenue depuis plusieurs années. Il convient de prolonger minutieusement ce traitement, car dans un cas, le mieux n'est apparu qu'au bout de trois mois. Ces formes de néphrose lipoïdique vraie sont différentes des néphrites compliquées de syndrome lipido-protidique signalées par Chauffard et Widal et comportent un pronostic et un traitement différents.

Crises myopathiques paroxystiques avec hémoglobinurie. — MM. HUBER, FLORAND, LIÈVRE et Mme NÉRET. Dans cette observation typique, il s'est agi de crises de douleurs et de contractions musculaires accompagnées de fièvre et de symptômes généraux et circulatoires graves. Cette crise est suivie de mictions noirâtres dues au passage dans les urines d'une substance analogue à l'hémoglobine, mais d'origine musculaire, la myohématine. Cette maladie est l'équivalent chez l'homme d'une affection connue chez le cheval, la maladie de Lucet. Dans l'observation humaine actuelle, la cause est demeurée inconnue.

Anévrysme du ventricule gauche survenu 6 semaines après un infarctus. — MM. AUBERTIN et HOREAU.

Processus pneumonique d'après la médecine actuelle. Pneumonie maladie de sensibilisation courte et bénigne. — M. RENAUD. Le processus pneumonique, d'après l'auteur, appartient sûrement à la catégorie des processus dits de sensibilisation, où l'importance et la soudaineté du désordre sont hors de proportion avec l'importance de l'excitation pathogène. Pour l'auteur, ce n'est pas le pneumocoque qui, par son contact *direct*, provoque l'inflammation pneumonique, laquelle ne serait commandée que par une action vaso-motrice s'exerçant à distance. Si les pneumocoques fourmillent bientôt dans l'exsudat, ils ne l'ont envahi que secondairement. Au processus initial toxinique, seul spécifique, pourra succéder un processus de broncho-pneumonie bactérienne qu'on doit considérer comme une complication, même si le pneumocoque en est responsable. En somme, la pneumonie vraie ne serait qu'une fluxion lobaire, rapide et bénigne. Les formes écourtées sont, en réalité, les formes typiques de la maladie. Tout ce qui les dépasse doit être qualifié de broncho-pneumonie et tenu pour une complication.

Remarques sur la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Syndrome de Heerfordt. Variabilité des modes évolutifs, et sur la variabilité de guérison des lésions et sur l'étiologie. — M. PAUTRIER insiste sur la variabilité des modes évolutifs. Parfois la peau est prise la première, et le poumon ne se prend qu'ultérieurement ; d'autres fois, le poumon est pris le premier et seul, le malade étant alors considéré comme tuberculeux, et les lésions cutanées ne viennent que plus tard. Les lésions cutanées du malade qui fait l'objet de la présentation actuelle ont disparu rapidement en 5 mois. Cette disparition spontanée de toutes les lésions est un argument contre l'étiologie tuberculeuse de la maladie.

Hérédo-syphilis inapparente. — M. Marcel PINARD.

Syndrome de Stokes-Adam paroxystique. — MM. FERRABOUC et JUDE. Homme de 46 ans présentant une dissociation auriculo-ventriculaire intermittente et instable. Malade normal dans l'intervalle des crises. Survinrent bientôt des crises épileptiformes subintrantes, et le malade succomba le même jour. A l'autopsie histologique, pas de lésion du faisceau de His.

(SÉANCE DU 6 MAI 1938)

Une observation d'ostéose parathyroïdienne. Anurie post-opératoire. Guérison. — MM. MOULONGUET et LIÈVRE. Dans ce cas, les symptômes non osseux de l'hyperfonctionnement parathyroïdien : polydipsie, polyurie, constipation, anorexie, asthénie, marquèrent seuls l'évolution de la maladie. Une tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur vint confirmer le diagnostic. L'adénome parathyroïdien fut extrait ; et fut suivi d'une anurie de 48 heures, laquelle précéda la guérison.

Actinomycose pulmonaire à forme de grand abcès aigu du poumon. Pneumotomie. Guérison. — MM. VERAN, PICARD, DELAUNAY (Nantes). Malade de 52 ans ayant présenté un syndrome pseudo-pleurétique fébrile, suivi d'une vomique dans le pus de laquelle manquait tout agent d'infection secondaire. La culture en gélose décela le *Cohnistreptothrix Israeli*. Administration d'iodure de potassium par la bouche, puis injections intra-veineuses de Lugol amenèrent la guérison. Cette actinomycose pulmonaire, ayant l'aspect d'un grand abcès aigu, eut une évolution spéciale.

Maladie cœliaque avec nanisme et ostéoporose. (Guérison du syndrome intestinal, persistance de l'ostéoporose. Rôle des avitaminoses. — MM. LESNÉ et LAUNAY. Les auteurs insistent : 1° sur la présence dans le liquide retiré par tubage duodénal des trois ferments pancréatiques ; 2° sur la dissociation des symptômes ; 3° sur le trouble de l'assimilation des vitamines.

Ulcères chroniques des pieds au cours d'un ictère hémolytique congénital avec grosse rate. — MM. LENÈGRE, LEVY-COBLENTZ et LUBAS. Cas d'ulcère hémolytique de type congénital, où l'on a rencontré : l'absence de caractère familial, une grosse splénomégalie et des ulcères chroniques, récidivants et douloureux, des pieds. Ces ulcères paraissent une complication exceptionnelle de la maladie hémolytique.

Syndrome de Raynaud unilatéral. Echec de la sympathectomie et de la stellectomie. Résultats favorables de la radiothérapie de la région hypophysaire. — MM. MAY, HUET et BLOCH-MICHEL.

Kala-azar autochtone chez un adolescent. Diagnostic tardif par les ponctions splénique et sternale. — MM. NICAUD, LAUDAT, BOLGERT et BRETON. Cliniquement, la maladie se manifesta par l'anémie modérée, par la splénomégalie, l'hypertrophie du foie et une fièvre irrégulière. Diagnostic établi par la formol-leucogélification, par la réaction à l'uréastibomine, par la formol-néostibosane. Réactions, toutes positives. Découverte des parasites par ponctions splénique et sternale.

Ictère infectieux primitif à forme d'ictère grave, d'origine typhique, après ingestion de moules crues. — MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT, CLAISSE et ROUX. Cas d'un ictère infectieux primitif, à forme d'ictère grave, dû à une septicémie éberthienne consécutive à l'ingestion de moules crues. L'ictère infectieux avec hypertrophie du foie et de la rate apparut le 5e jour. Survint un syndrome hémorragique qui aboutit à des hémorragies intestinales profuses. Mort dans le collapsus. C'est donc un ictère infectieux d'origine éberthienne.

Néphrite aiguë grave par inhalations de tétrachlorure de carbone. — MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT, MAURIC et DOMART. Il s'agit d'une néphrite aiguë avec oligurie prononcée durant 7 jours, allant jusqu'à l'anurie avec abuminurie et cylindrurie ; azotémie de 2 gr. 98. Guérison.

Deux cas de pancréatite syphilitique chronique d'emblée. — M. LANGERON. Parmi les particularités séméiologiques, il faut signaler la valeur de la grosse rate pour interpréter les ictères chroniques de nature néoplasique. L'anastomose vésiculo-gastrique a été efficace dans les deux cas.

Le docteur PEARE, de Beyrouth, rapporte deux observations : l'une d'un cas d'**abcès du poumon avec tuberculose** ; l'autre d'un cas de **poliomyélite aiguë guérie sans séquelles par le sérum antipoliomyélitique de Pettit et la radiothérapie associée.**

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 13 juin. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Débré, Lévy-Solal, Gueniot. — M. ROUCHY. L'interruption thérapeutique de la gestation dans les cardiopathies. — M. DÉCAMPS. Fonctionnement d'un hôpital-sanatorium de province (Fontainebleau). Les résultats de 1927 à 1937. — M. HAREL. Contribution à l'étude de l'avortement. — M. Carlos y VALERO. Les maternités, la puériculture et la prophylaxie en France.

Mardi 14 juin. — Jury : MM. Cunéo, président ; Mocquot, Brocq, Sénèque. — M. DUPORT. Etude clinique des épithéliomas de la portion abdominale du tube digestif chez les sujets jeunes. — M. GROSS. Les lésions génitales au cours de l'avortement criminel par eau de savon. — M. FAUQUET. De la nécessité de la surveillance systématique de la tension artérielle durant la rachi-anesthésie. — M. DOUAY. Chirurgie conservatrice en gynécologie. — M. LANTHIER. L'adénome solitaire du foie. Son diagnostic. Son traitement. Son pronostic.

— Jury : MM. Tiffeneau, président ; Laignel-Lavastine, Laubry, Lereboullet. — M. SZYLOWICZ. Etude sur la morphologie du complexe ventriculaire électrique chez les mitraux. — M. COLIN. Le cœur des sportifs. — M. SPINADEL. Contribution à l'étude des hyperavitaminoses. — M. GAUDEUL. Saint Vincent de Paul précurseur de l'assistance publique. — Mlle JOLIVET. La prévention des infections dans les collectivités de nourrissons et en particulier à l'Hospice des Enfants Assistés.

Mercredi 15 juin. — Jury : MM. Gosset, président ; Mathieu, Tanon, Petit-Dutaillis. — M. SAUTTER. Contribution à l'étude du drainage et de la péritonisation après hystérectomie pour fibrome. — M. GENTY. Enclouage des fractures récentes du col fémoral par voie extra-articulaire. — M. HANSEN. Etat actuel des mesures prises en Norvège pour la protection publique et l'assistance à l'enfance.

Jeudi 16 juin. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Brumpt, Marion, Fey. — M. WEISS. De l'atropine dans la prévention de la maladie opératoire. — M. EON. Action du 852 et du 915 Fourneau sur le paludisme humain et aviaire. — M. BOUGOUIN. Etat actuel de la chimiothérapie antigonococcique chez l'homme par les composés organiques soufrés. — M. ROLLAND. Contribution à l'étude des uretères bifides.

Samedi 18 juin. — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Chevallier, Gastinel. — M. GHOZLAN. Etude sur la sensibilisation et l'intolérance aux facteurs physiques. — M. SCHNEIDER. Le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques récents après une année de traitement arséno-bismuthique. — M. THIÉBLOT. Action locale des vitamines et des hormones dans le traitement des dermatoses. — M. VASSAL. Contribution à l'étude des chancres syphilitiques du col de l'utérus et en particulier de leur adénopathie satellite.

Lundi 20 juin. — Jury : MM. Champy, président ; Leroux, Mulon, Bulliard. — M. GRUNDLAND. Complexe lipoprotéique surrénalien et réaction du cancer. Rôle des po-

lypeptides. — M. CORCELLE. Les tumeurs malignes à type blastème rénal ou néphroblastomes chez l'adulte. — M. SZERESZEWSKI. Etude sur le rôle de l'hérédité dans le cancer humain.

Mardi 21 juin. — Jury : MM. Bezançon, président ; Crouzon, Laubry, Chevallier. — M. BLONDEAU. Les balancements entre les différents foyers de l'organisme tuberculeux. — M. BOGUET. Atélectasie pulmonaire massive post-hémoptoïque. — M. PRUNEL. Statique et cinématique thoracique dans le pneumothorax. — Leur application pour l'appréciation radioscopique de la pression intra-pleurale. — M. RICHARD. La tuberculose dans le département du Finistère. — M. BINEAU. Les accidents nerveux de la sérothérapie. — M. SIMÉONIDÈS. Le cœur chez la femme au réveil de la ménopause.

Mercredi 22 juin. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Harvier, Strohl, Lemaire. — M. CHIGOT. Les cancers du foie de longue durée. Un cas d'épithélioma en palissade. — M. RUIZ-ISAZA. Ulcération de l'aorte dans le cancer de l'œsophage. — M. RIST. L'allergie conférée par les bacilles tuberculeux morts enrobés dans les paraffines. — M. DUCELLIER. Quelques cas de maladie de Graves-Basedow traités par la roentgenthérapie. — M. MAURY. Réactions leucocytaires et réactions focales précoces aprèc radiothérapie sympathique.

Jeudi 23 juin. — Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Marion, Fey. — M. BELLANCOURT. Contribution à l'étude de l'enchevillement central des fractures diaphysaires. — M. MÉRIAN. Considérations sur l'évacuation rapide et totale de l'utérus en dehors de l'accouchement par incision antérieure du col. — M. TÊTU. Ruptures par traumatismes fermés de l'artère axillaire et de ses branches. — M. SARRADIN. Les fractures diaphysaires fermées du fémur chez l'adulte. — M. GRÉPINET. Les atrophies rénales unilatérales. — M. SILBERSTEIN. Contribution à l'étude de l'action de l'extrait testiculaire sur l'hypertrophie prostatique.

— Jury : MM. Balthazard, président ; Claude, Laignel-Lavastine, Duvoir. — M. MERCIER. Les états de déséquilibre mental. Considérations théoriques et cliniques. — M. GODARD. La pharmacie dans les asiles d'aliénés. — M. MAGDELANAT. La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans une fonderie de 1.000 ouvriers. — M. MALPART. La peste à Amiens au VIIe siècle. Etude médico-historique. — M. MAURICE. Les psychoses d'épuisement à base de dénutrition. — Mlle BOUTONNIER. La notion d'ambivalence. Etude critique. Valeur séméiologique.

Vendredi 24 juin. — Jury : MM. Abrami, président ; Lemierre, Loeper, de Gennes. — M. FRAJMAN. Les ostéo-arthropathies révélatrices du tabès. — M. LAMPIDÈS. De la tuberculose parenchymateuse péri-hilaire. — M. SÉVILÉANO. Contribution à l'étude des cancers de l'ampoule de Vater. — M. LEJOSNE. Les diverticules épiphréniques de l'œsophage. — M. GONZALEZ. Etude sur l'utilisation thérapeutique des hormones génitales du sexe opposé.

Samedi 25 juin. — Jury : M. Lemaître, président ; Terrien, Maurice Villaret, Renard. — M. LOWKOWICZ. Contribution à l'étude des cataractes endocriniennes. — M. WIEBROTTE. Contribution à l'étude de l'hydroclimatisme social. — Mlle KLETTER. Les ostéites mandibulaires chez l'enfant et leur traitement par la carboxy-sulfamido-chrysoïdine.

— Jury : MM. Gougerot, président ; Nobécourt, Rathery, Boulin. — M. BARNIER. La syphilis pendant la guerre. — M. BOURÉE. L'acrodynie infantile. Ses aspects encéphalitiques. — M. COUTIN. Contribution à l'étude du traitement des syndromes cholériformes du nourrisson par la perfusion intraveineuse continue. — M. TRÉGOAT. L'ion phosphorique et le métabolisme des glucides. Le phosphate de sodium dans le traitement du diabète. — M. DRESKSLER. Le pityriasis rubra-pilaire ; ses rapports avec la tuberculose.

THESES VETERINAIRES

Lundi 13 juin. — Jury : MM. Strohl, président ; Coquot, Robin. — M. LAFONTAINE. Les substances radio-opaques dans la pratique radioscopique des petits animaux.

Mardi 14 juin. — Jury : MM. Brumpt, président ; Henry, Lesbouyriès. — M. GARCEAU. Diagnostic coprologique des helminthoses du mouton.

Jeudi 23 juin. — Jury : MM. Gougerot, président ; Panisset, Verge. — M. MIRABAÏ. Rôle de la peau dans l'infection charbonneuse.

Samedi 25 juin. — Jury : MM. Tanon, président ; Letard, Panisset. — M. CATHERINE. Elevage dans l'extrême Sud de Madagascar.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DINITRÉ EN DEHORS DE L'OBÉSITÉ

par le docteur GAILLARD (1)

L'indication majeure de la médication dinitrée est l'obésité ; mais il ne faudrait pas croire qu'elle est la seule. La dinitrophényl-lysidine trouve des applications médicales nombreuses, découlant de son action accélératrice du métabolisme ; ce sont elles que l'auteur étudie, en s'inspirant du livre récent de Jacques Bell, consacré à cette question.

La dinitrophényl-lysidine est indiquée dans l'arthritisme, où son pouvoir accélérateur du métabolisme est de première importance. Elle est le médicament par excellence des troubles que Bouchard avait groupés sous le titre de « Ralentissements de la nutrition ».

En gastro-entérologie, les gastronévroses avec anorexie mentale relèvent aussi de la médication dinitrée (Salmon, Riviérez).

Enfin, en psychiatrie, Vermeylen et Heerm ont appliqué avec succès cette thérapeutique aux états dépressifs et à la mélancolie.

L'auteur conclut en montrant le vaste champ ouvert à la médication dinitrée, médication efficace et non toxique, à condition d'employer, comme le recommande le professeur Pouchet, la dinitrophényl-lysidine pure.

LIVRES NOUVEAUX

Notions d'hygiène militaire et d'administration du Service de santé, par M. Stéphane PRAT (2). — L'excellent livre du médecin lieutenant-colonel Prat : *Notions d'hygiène militaire et d'administration du Service de santé* s'adresse aux étudiants en médecine et aux médecins suivant les cours des Ecoles de perfectionnement.

Il a pour but de familiariser le public médical avec les questions administratives médico-militaires. Ces dernières, pouvant paraître compliquées au premier abord, sont expliquées à l'aide de tableaux et de schémas qui en rendent l'explication très claire dès la première lecture.

Les questions d'hygiène militaire, les règlements sur le Service de santé y sont exposés de manière à la fois schématique et très nette.

C'est un livre qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèques médicales, étant donné sa clarté et sa concision.

(1) *Paris Médical*, n° 9, 26 février 1938, p. 159.
(2) Charles Lavauzelle, éditeur, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES STÉNOSES DU PYLORE [1]

L'examen radiologique vient confirmer le diagnostic en montrant l'existence :

D'un estomac atone,

D'une rétrodilatation atteignant le fond de l'estomac, mais modérée, et débutant à une certaine distance de l'antre prépylorique qui est infiltré.

Mais surtout d'images lacunaires, fixes, permanentes, retrouvées semblables à elles-mêmes à des examens répétés dans des positions différentes : défilé tortueux de la région antropylorique.

Image marécageuse,

Amputation du pylore.

Reste le délicat problème des possibilités thérapeutiques, que ne permettent de résoudre ni l'absence clinique de métastases ganglionnaires, hépatiques, ni même l'étude de la mobilité gastrique à la radio.

Seule, la laparotomie exploratrice pourra en réalité préciser l'étendue des lésions et la conduite à tenir : gastro-pylorectomie élargie ou gastro-entérostomie palliative.

3° *En réalité, il n'est pas toujours aussi aisé de différencier ulcère et cancer du pylore.*

Certaines formes de cancer sont atypiques : squirrhe en virole donnant une sténose serrée et rapide, s'accompagnant de vomissements précoces, fréquents et de signes de lutte gastrique, simulant la sténose ulcéreuse.

L'ulcus ancien avec périgastrite peut donner le change, car s'accompagne d'hypopepsie, de douleurs continues, parfois d'une tumeur perceptible et d'altération de l'état général.

Enfin la question de l'ulcéro-cancer, de fréquence d'ailleurs discutée, vient compliquer le problème, qui ne sera parfois résolu que par l'examen histologique de la pièce opératoire.

C'est dire l'intérêt considérable de la laparotomie exploratrice.

4° *La lithiase vésiculaire,* par un processus de péricholécystite à une phase tardive de son évolution, peut donner une sténose organique.

La radio montre la fixité du pylore par adhérences aux organes voisins.

5° La syphilis gastrique peut simuler une sténose ulcéreuse ou cancéreuse par ses hémorragies, sa cachexie.

En l'absence de signes de spécificité probants, on pourra tenter l'épreuve du traitement, surtout si la mobilité, l'indolence de la tumeur perçue contrastent avec son volume, parfois considérable.

6° Quant aux autres causes de sténoses organiques, elles ne seront souvent reconnues qu'à l'intervention, et parfois même qu'à l'examen histologique.

Nous ne ferons que citer :

— Les tumeurs bénignes de l'estomac ;

— La tuberculose gastrique, rare ;

— Les périviscérites adhésives du carrefour sous-hépatique, soit d'origine colitique ou appendiculaire, soit de nature tuberculeuse liée à un processus de péritonite chronique circonscrite, soit de cause indéterminée ;

— La sténose hypertrophique du pylore de l'ADULTE (fibromatose localisée), de diagnostic bien difficile avec le cancer, même au cours de la laparotomie ;

— Les tumeurs extrinsèques produisant une sténose par compression : kyste, ganglions, etc...

B. CAUSES DE STÉNOSES SPASMODIQUES.

Le syndrome de Reichmann reconnaît à l'origine de nombreuses causes.

Il peut venir compliquer les autres gastropathies, et, comme nous l'avons vu, se surajouter aux lésions organiques du pylore.

Il est très souvent symptomatique de l'évolution d'un ulcère :

Non pas seulement pylorique à ses débuts, mais même duodénal ou de la petite courbure.

Les gastrites, les pyloro-duodénites sont aussi capables de retentir fonctionnellement sur le pylore, de même que diverses affections abdominales douloureuses engendrant un spasme réflexe, au premier rang desquelles se placent deux affections :

— La lithiase biliaire, dont le diagnostic avec l'ulcère n'est pas toujours aisé. On invoquera en faveur de la cholécystite : la brièveté des crises douloureuses, le siège des douleurs, le subictère, les résultats fournis par la radiographie vésiculaire.

— L'appendicite chronique, qui peut rester latente par ailleurs. L'examen radiologique de la région cœco-appendiculaire présente un intérêt capital.

Enfin, plus accessoirement :

Les annexites,

La lihiase rénale,

La ptose rénale,

Peuvent être à l'origine de spasme du pylore.

L'épreuve du traitement antispasmodique sera toujours pratiquée.

STÉNOSE PYLORIQUE DU NOURRISSON

Elle est bien spéciale, et due à une hyperplasie de la musculature du sphincter pylorique d'origine congénitale. Cependant, un élément spasmodique s'y ajoute d'ordinaire.

Elle se manifeste de la deuxième à la quatrième semaine après la naissance, par des :

Vomissements explosifs, d'un seul jet, survenant après chaque tétée.

D'abord mis sur le compte d'une intolérance au lait, d'un pyloro-spasme, d'une spasmophilie fruste, ces vomissements attirent l'attention du fait de leur ténacité, des signes accompagnateurs : chute de poids, constipation, hypothermie, oligurie.

Des examens radiologiques en série de la région pylorique doivent être pratiqués, qui permettront de faire un diagnostic et, après échec du traitement médical, de recourir à la pylorotomie longitudinale extramuqueuse de Fredet.

En résumé, le diagnostic des sténoses du pylore reste un problème médico-chirurgical de la plus haute importance. L'organicité de la lésion en cause reconnue, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement pour rétablir le transit gastro-intestinal et pour supprimer, si possible, l'agent sténosant.

PASCAL VILLANOVA.

[1] Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 44, du 1er juin, p. 730 ; n° 46, du 8 juin, p. 762 ; n° 48, du 15 juin, p. 794.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.

N° 51. — SAMEDI 25 JUIN 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LE VOYAGE DES SOUVERAINS BRITANNIQUES

Un message de l'Académie de médecine

« *A l'occasion de l'arrivée en France de LL. MM. le Roi et la Reine de Grande-Bretagne, l'Académie de médecine adresse à la Société Royale de Médecine et à tout le corps médical de l'Empire britannique son salut confraternel.*

Elle se réjouit de manifester en ces jours solennels les sentiments qui reflètent la confiante amitié existant entre la France et l'Empire britannique. »

Hôpitaux de Paris. — *Concours de nomination pour deux places de médecin des hôpitaux.*

Le jury de ce concours qui s'ouvrira le lundi 27 juin est définitivement composé de MM. Lereboullet, Laignel-Lavastine, Crouzon, Flandin, René Bénard, Aubertin, Lian, Vincent, Cain, Boulai et Desplats.

Hôpital-Hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination de deux internes titulaires et de deux internes provisoires, aura lieu à l'hôpital-hospice d'Orléans, le lundi 8 août 1938, à 10 heures.

Pour tous renseignements et se faire inscrire, s'adresser au Directeur de l'hôpital-hospice.

Sanatorium du Pic du Midi, à Jurançon (Basses-Pyrénées). — Un concours sur titres est ouvert en vue de la désignation d'un médecin chef résidant (ne faisant pas de clientèle), au Sanatorium du Pic du Midi, à Jurançon, sanatorium privé agréé, disposant de 75 lits pour hommes.

Outre les avantages en nature habituels, le traitement de début, y compris les indemnités, est fixé à 39.000 francs.

Les candidats désireux de participer à ce concours doivent adresser, avant le 10 juillet 1938, leur demande, au Comité national de défense contre la tuberculose (66, boulevard Saint-Michel, Paris, 6e), accompagnée de leurs titres et références (copies certifiées conformes).

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront en juillet 1938, à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

Samedi 2 juillet, à Baudelocque, à 9 heures, service de M. le professeur COUVELAIRE : Clinique obstétricale Baudelocque, 1 titulaire sans indemnité ; Clinique obstétricale Tarnier, 1 tit. avec indemnité, 2 sans ind., 1 adjoint ; clinique obstétricale Saint-Antoine, 1 sans ind. ; clinique gynécologique, 1 avec ind., 1 sans ind.

Lundi 4 juillet 1938, hôpital des Enfants-Malades, à 9 heures, service de M. le professeur NOBÉCOURT : Clinique médicale infantile, 3 titul. sans indemnité ; clinique hygiène de la 1re enfance, 3 sans ind. ; clinique maladies infectieuses, 1 avec ind., 1 sans ind., 2 adj.

Lundi 4 juillet 1938, asile Sainte-Anne, à 9 h., service de M. le professeur CLAUDE : clinique maladies mentales, 3 avec ind., 2 sans ind. ; clinique maladies nerveuses, 3 sans ind. ; clinique maladies cutanées, 1 avec ind., 2 sans ind.

Mercredi 6 juillet 1938, Salpêtrière, à 9 heures, service de M. le professeur GOSSET : Clinique chirurgicale Salpêtrière, 3 sans ind., 1 à titre étranger ; clinique chirurgicale Hôtel-Dieu, 3 sans ind. ; clinique chirurgicale Cochin, 3 sans ind. ; clinique chirurgicale Saint-Antoine, 1 adjoint.

Jeudi 7 juillet 1938, Hôtel-Dieu, à 9 heures, service de M. le professeur CARNOT : Clinique médicale Hôtel-Dieu, 1 avec ind., 3 sans ind. ; clinique médicale Saint-Antoine, 3 sans ind. ; clinique médicale Pitié, 2 sans ind. ; clinique médicale Cochin, 1 avec ind., 4 sans ind.

Vendredi 8 juillet 1938, hôpital de la Pitié, à 9 heures, service de M. le professeur RATHERY : clinique thérapeutique médicale Pitié, 3 sans ind. ; clinique médicale propédeutique, 1 sans ind. ; clinique médicale cardiologique, 2 sans ind., 1 adjoint.

Samedi 9 juillet 1938, hôpital de Vaugirard, à 9 heures, service de M. le professeur Pierre DUVAL : clinique thérapeutique chirurgicale, 1 sans ind. ; clinique chirurgicale infantile, 1 sans ind. ; clinique ophtalmologique, 1 avec indemnité.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, jusqu'au jeudi 30 juin 1938, pour les clinicats ayant lieu les 2 et 4 juillet ; jusqu'au samedi 2 juillet 1938, pour les clinicats ayant lieu les 6 et 7 juillet ; jusqu'au mardi 5 juillet 1938, pour les clinicats ayant lieu les 8 et 9 juillet.

Sont admis à concourir : 1° tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge ; 2° les docteurs de nationalité étrangère titulaires du doctorat d'une Université française, mention médecine, sont également admis à concourir, à condition toutefois que leurs candidatures soient transmises par leurs légations respectives à la Faculté par l'intermédiaire de M. le ministre des Affaires étrangères, et avec son assentiment. Ceux d'entre eux qui subissent avec succès les épreuves du concours sont nommés en surnombre. Ils ne peuvent recevoir d'indemnité. Il ne peut y avoir dans chacun des services de clinique, plus d'un chef de clinique étranger en surnombre.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Lafond, agrégé des Sciences physiques, docteur ès Sciences, est institué pour neuf ans professeur suppléant de physique et de chimie.

Le jubilé du professeur Mario Donati a été célébré à Milan à l'occasion du 25e anniversaire de son enseignement chirurgical à l'Université de Milan, en présence des plus hautes autorités italiennes. Des discours furent prononcés par le recteur Papere, par les professeurs Alessandri, di Natale, Ragnotti, del Itala, Palmieri, Boschi, Forni, Fasiani, Uffreduzzi.

Un livre d'or contenant 363 mémoires écrits en son honneur fut remis au professeur Donati. Les chirurgiens français s'étaient associés à cet hommage à leur illustre confrère.

Le cinquième Congrès international des travaux d'hygiène publique vient de se tenir à Genève, sous la présidence de M. Justin Godard, sénateur, ancien ministre, membre de l'Académie de médecine, assisté du sénateur de Michelis, du professeur Reh, directeur du bureau d'hygiène de Genève, et du docteur Krul, directeur du bureau royal des eaux de La Haye, vice-présidents, et de M. Raymond Mage, secrétaire général de l'organisation internationale des travaux d'hygiène publique.

La prochaine réunion aura lieu en 1939.

Les voix latines. — M. le professeur Edmundo Escomel, de Lima, Recteur honoraire de l'Université d'Aréquipa, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, membre d'honneur de l'Umfia ou Union Médicale Latine, donnera le mardi 5 juillet 1938, à 21 heures précises, à la Sorbonne, Amphithéâtre Descartes, 17, rue de la Sorbonne, Paris, une conférence sur : *Le Pérou et la France. Les relations entre nos deux pays* (avec projections), sous la présidence scientifique de M. le professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et sous la haute présidence de S. Exc. Francisco Garcia Calderon, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Pérou.

On trouvera des cartes d'invitation chez le Dr Dartigues, président de l'Umfia ou Union Médicale Latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e) ; aux Laboratoires du docteur F. Debat, 60, rue de Monceau, Paris (8e) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e) ; à la Librairie du Monde Médical, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (16e), à l'Académie Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (2e).

La 8e session de conférences du Comité international de médecine militaire se tiendra du 1er au 4 juillet prochain à Luxembourg, sous le patronage de LL. AA. RR. Mme la Grande duchesse et Mgr le Prince de Luxembourg, qui ont en outre accepté de présider la séance inaugurale.

Parmi les personnalités qui ont accepté de faire partie du Comité de Patronage, nous relevons entre autres : S. E. M. Henri Cambon, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de France ; S. Exc. M. le marquis Pasquale Diana, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire d'Italie ; S. Exc. M. Otto von Radowitz, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire d'Allemagne ; S. Exc. M. le baron Kervyn de Meerendré, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Belgique ; M. Georges Platt-Waller, chargé d'affaires des Etats-Unis d'Amérique.

Parmi les conférenciers qui prendront la parole au cours de ces importantes assises internationales, nous citerons : MM. le major médecin Brandi (armée allemande), le général médecin Christian (chef du service de santé de l'armée roumaine), le professeur Dautrebande (Ecole supérieure de protection contre les gaz de combat), le professeur de La Pradelle (Faculté de droit de l'Université de Paris), le médecin général Schickelé (armée française), et le lieutenant-colonel médecin Sillevaerts (aéronautique militaire belge), etc., etc...

NÉCROLOGIE

— On annonce la mort, à Vienne, à l'âge de 80 ans, du professeur Ismar Boas, le célèbre gastro-entérologiste.

— Le prof. Alfonso di Vestea, qui occupa avec éclat la chaire d'hygiène de Pise pendant de longues années, est décédé à Rome, à l'âge de 84 ans.

— Le Dr Georges Maloens, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital civil de Schaerbeek et de la Polyclinique du Parc Léopold. Notre regretté confrère fut un des héros de Liége en 1914.

Nous prions la rédaction de *Bruxelles Médical*, qui perd un collaborateur brillant et dévoué, d'agréer nos très affectueuses condoléances.

REVUE GENERALE

GLANDES ENDOCRINES, SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF ET GROSSESSE

(Physiologie et Pathologie)

Par M. le docteur JACQUES COURTOIS,
Accoucheur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Les sécrétions hormonales, — le nouveau réglage du système nerveux végétatif qui en résulte, — conditionnent en partie la physiologie spéciale, les troubles fonctionnels et la pathologie propre à l'état puerpéral. Nous étudierons successivement les particularités endocriniennes, l'état neuro-végétatif qui caractérisent le terrain gravidique.

Trois semaines après la fécondation, dès la *greffe de l'œuf* dans les tissus maternels, le sang maternel est envahi par des *prolans*, en majorité des prolans B, intensément lutéinisants. Leur taux varie dans la grossesse normale de 800 unités-lapine par litre (Brindeau), à 20.000. Leur taux n'atteint pas 600 unités en cas de mort de l'œuf, mais dépasse 20.000 en cas de vomissements gravidiques et 60.000 (pouvant même atteindre plusieurs centaines de mille) dans la môle hydatiforme. Cette dernière semblerait due à une aplasie des vaisseaux sanguiformateurs dans laquelle l'avitaminose E joue un rôle. L'*excès de prolan B* de la môle peut entraîner une albuminurie massive et d'énormes kystes lutéiniques des deux ovaires. Les prolans B proviendraient surtout des cellules de Langhans, des villosités choriales.

L'*ovaire* de la gestante est très vascularisé, œdématié. Son *ablation* est possible, sans avortement, après le premier mois. Son *exérèse partielle* peut augmenter la lutéinisation et l'atrésie des follicules. *L'ovaire du fœtus* est très actif et conditionne le développement de ses organes sexuels (caractères sexuels primaires).

Au début de la grossesse, la sécrétion de *folliculine*, qui semble bien provenir de l'ovaire, atteint 300 à 400 unités-souris par litre de sang et d'urine ; elle hypertrophie et multiplie les cellules et les vaisseaux du myomètre, elle épaissit l'endomètre et en développe les glandes (1). Ce n'est que vers le deuxième mois que son taux dépasse celui de tous les autres états physiologiques et pathologiques.

La folliculine passe au fœtus dont elle semble accélérer le métabolisme. Une brusque chute de la folliculinurie est un signe possible de mort fœtale. La folliculine est la principale cause d'hypertrophie gravidique des myomes et de l'aggravation des néoplasies. Son taux est d'ailleurs élevé dans les cancers génitaux. La folliculinémie gravidique arrête la sécrétion de gonado-stimuline hypophysaire et détermine, dans le lobe antérieur d'hypophyse l'apparition de cellules de grossesse faiblement acidophiles.

(1) Le taux de folliculine varie selon les espèces animales, les époques de la gestation et les organes ou humeurs considérés, c'est dire que nous ne connaissons pas encore son métabolisme, et surtout les tissus réceptifs, ou modificateurs, ou éliminateurs.

Un *excès de folliculine* au début de la gestation peut provoquer l'avortement en déterminant une hyperplasie fonctionnelle de l'endomètre prenant l'aspect histologique de « fromage de gruyère ». L'excès de folliculine aggrave l'ostéomalacie.

En fin de grossesse, la folliculine provient surtout du placenta et peut atteindre 50.000 à 100.000 unités par litre.

Près du terme, son excès semble préparer le *déclenchement du travail* qui survient très fréquemment lors de l'époque d'une ponte ovulaire (1). La folliculine semble contribuer à l'hypertrophie du périnée.

La folliculine est capable de rendre perméables des trompes obstruées (Clauberg).

La folliculine, par son action sur l'hypophyse (Collip), détermine la prolifération des galactophores et des acini de la glande mammaire (pouvant aller jusqu'à l'*adénome du sein*, l'*hypertrophie mammaire* et la *maladie kystique*) et la sécrétion de colostrum.

La *chute de folliculinémie post partum* contribue à la sécrétion de prolactin par l'hypophyse ; elle détermine chez le nouveau-né la poussée génitale (premières règles) et mammaire. La folliculine, dans le post-partum, est au taux de 2.000 à 4.000 unités-souris les 2 premiers jours, de 1.000 à 500 les 2 jours suivants.

L'*ovulation* peut persister pendant la grossesse comme le démontrent les *superfœtations* possibles jusqu'à soudure des caduques. Elle peut coïncider avec des *règles de grossesse* qui nous paraissent en rapport avec la variabilité de la teneur des humeurs en prolans B (2) et en gonadostimuline A (3). Nous ne savons encore que peu de chose sur le métabolisme des prolans (4).

Cette *variabilité des hormones de grossesse* explique les *variations extraordinaires de croissance du fœtus* d'un mois à l'autre, d'une femme à l'autre, et probablement la fragilité, la vigueur du nouveau-né, voire même sa mort (les carences de vitamines jouent aussi leur rôle). L'ovulation, en effet, ne peut se produire que lorsque principe A et principe B se succèdent selon un rythme et une intensité déterminés. Févolet et Hisaw indiquent que la gonadostimuline A fait proliférer la granulosa des follicules primordiaux. La gonadostimuline B fait apparaître une cavité folliculaire. La gonadostimuline A finit la maturation du follicule. *Le coït* par un réflexe venant du vagosympathique vulvo-vaginal détermine la sécrétion, par l'hypophyse, de gonadostimuline B qui provoque la rupture du follicule, la ponte de l'ovule, la formation du corps jaune qui persiste tant que l'ovule en migration, — puis

(1) D'ailleurs la ponte ovulaire qui suit l'accouchement précède, comme il est habituel, d'une quinzaine de jours l'apparition du retour de couches, dont la date est classiquement le 42e jour. Cette première ponte ovulaire est donc située environ 28 jours après l'accouchement, qui correspond bien ainsi à une ponte ovulaire. L'examen des rares cas de règles de grossesse, et des cas de fécondation avant retour de couches nous semble concluant.

(2) Qui nous a paru très variable en cas de mort habituelle du fœtus, par exemple (Courtois, Lecoq, Garnier).

(3) La teneur en gonadostimuline A est élevée en cas de cancer génital, de vomissements gravidiques et peut-être d'achondroplasie et d'acromégalie.

(4) Dont la teneur varie selon les espèces animales, les tissus considérés et les époques de gestation. Nous ne savons rien sur leur fixation et leur utilisation.

éventuellement l'œuf qui en résulte, — reste vivant. (*Symbiose ovule-corps jaune.*)

Sous l'action du prolan B, le *corps jaune de grossesse* s'hypertrophie jusqu'au troisième mois, puis commence à dégénérer à partir du 5e mois.

Simultanément le prolan B transforme en membrane lutéinique la thèque interne des *follicules atrétiques* (glande interstitielle). Le taux de lutéine reste à peu près fixe jusqu'à terme grâce à ces follicules atrétiques et aux glandes myométriales. La *chute de la lutéine* dans le sang contribue à l'apparition du travail d'accouchement.

Le corps jaune de grossesse contient un taux élevé de vitamine C et est caractérisé par sa teneur en colloïdes (Portes, Ascheim, Roby). La lutéine transforme l'endomètre en « dentelle prégravidique », favorise la greffe de l'œuf, en développant la réaction déciduale, ramollit le myomètre (de l'isthme, puis du corps, puis du col utérin), s'oppose aux fortes contractions utérines, et relâche l'appareil ligamentaire du bassin (ampliation pelvienne) ; elle accroît l'hyperplasie glandulaire des acini mammaires.

L'*insuffisance de lutéine* peut entraîner l'avortement très précoce (comme l'ablation du corps jaune au début de la grossesse), des vomissements, une absence de ramollissement utérin et l'ampliation périnéale, des contractions utérines incoercibles. Ce sont des femmes réglées trop souvent.

L'*excès de lutéine* (môle hydatiforme) entraîne un utérus extrêmement mou, très congestif, une tendance à la toxémie gravidique.

Des *sécrétions utérines normales* sont indispensables à la nutrition et au bon fonctionnement des ovaires. La réaction déciduale de l'endomètre, des vaisseaux utérins, du péritoine pelvien semble indispensable au bon fonctionnement du corps jaune, que la *glande myométriale* peut en partie suppléer. Il y a dans l'utérus, un *appareil phéochrome* sécrétant de l'adrénaline lors des contractions utérines et jouant un rôle dans le tonus végétatif et musculaire. Enfin l'*endomètre* semble agir sur le métabolisme des prolans et peut-être même comme « métronome » des cycles génitaux. L'endomètre réagit lui-même extrêmement à la présence de l'œuf.

L'*ablation de l'utérus* précipite l'évolution de l'ovaire dont les follicules jaunes s'atrésient et les murs se lutéinisent. La sclérose ne tarde pas à apparaître. D'où le principe, dans l'hystérectomie, de laisser une partie suffisante d'endomètre pour préserver les ovaires laissés en place, en respectant leur vascularisation.

Nous avons vu l'*hystérectomie avec castration* entraîner une cachexie hypophysaire de Simmonds, au quatrième mois d'une gestation. Il y a augmentation des cellules basophiles et apparition de cellules de castration dans l'hypophyse.

L'*ablation de l'œuf vivant avant terme* entraîne souvent l'atrophie des ovaires et de l'utérus et des troubles hypophysaires. Ce n'est pas là un des moindres risques de l'avortement criminel. Il faut souvent craindre alors la stérilité *secondaire*. Des grossesses multiples peuvent aussi entraîner l'atrophie utérine par *surinvolution*.

La *mort du fœtus in utero* entraîne une chute de la folliculinémie et une régression rapide des signes sympathiques de la grossesse.

La *mort du placenta* entraîne la chute des prolans et l'apparition de prolactin dans l'hypophyse, d'où, si l'utérus se vide, la montée laiteuse. Le corps jaune de l'ovaire et l'endomètre doivent jouer un rôle dans le métabolisme des vitamines. L'expulsion d'*œuf clair* (où le fœtus est résorbé) est souvent en rapport avec une *avitaminose E* combinée à l'*hypothyroïdie*. L'avortement par *avitaminose C* a lieu avant la fin du premier mois. C'est dire l'utilité de joindre au traitement opothérapique, un traitement hormonal chez les femmes atteintes d'avortement habituel d'origine endocrinienne.

La grossesse peut doubler le poids de l'*hypophyse* et même tripler son *lobe antérieur*, sans que la radio décèle de changement de forme ou de dimension de la *selle turcique* (Stumm et Erdhein). Macroscopiquement, elle paraît produire la même action que l'ablation de l'utérus seul ou l'injection de placenta ou de folliculine. Mais, histologiquement, la castration augmente les cellules basophiles et fait apparaître des cellules de castration, dont la sécrétion est active et peut être empêchée par la folliculine. L'*hypophyse de grossesse* est caractérisée par l'apparition de cellules sidérophiles, la raréfaction des cellules à granulations éosinophiles qui s'atrophient ; il en est de même des cellules à granulations basophiles. Il y a multiplication et hypertrophie des cellules de grossesse à protoplasme faiblement acidophile. L'hypophyse acquiert une structure alvéolaire et homogène ; elle est entourée, à la périphérie, par de grands éléments éosinophiles.

L'hypophyse sécrète des *gonadostimulines* (surtout A dans les vomissements gravidiques, l'achondroplasie, les cancers génitaux), de la *parathyrostimuline* en forte quantité, de la *thyrostimuline* en quantité normale, de l'*hormone acétonémiante* en excès (1). L'hypophyse, par cette dernière hormone et le tuber (Smith-Solari), peuvent entraîner des perturbations des métabolismes des lipides. Chez les *obèses*, le foie est gros, infiltré par un stockage exagéré d'acides gras saturés. Le rein, le cœur, le muscle utérin, la sangle abdominale, le pelvis sont aussi infiltrés de graisse et le fœtus est souvent énorme. Il en résulte des dystocies très graves. Ces femmes font des hémorragies, des thromboses, des morts subites. Elles cicatrisent mal car leur système réticulo-endothélial est saturé. Leur état est très aggravé par une excessive suralimentation. Le diabète et l'urémie achèvent souvent ces malades.

L'hypophyse joue encore un rôle dans les troubles de la *pigmentation*, et du *sommeil*, voire même dans les cirrhoses pigmentaires. L'hormone post-hypophysaire sécrétée surtout en fin de grossesse joue un rôle prépondérant sur le *travail d'accouchement* ; elle fait contracter les viscères creux, diminue la chlorhydrie gastrique, élève la tension et la coagulation sanguine. Elle modifie l'hydrophilie des colloïdes, leur teneur en eau de constitution et par conséquent la *soif* et la *diu-*

(1) Cette hormone diminue les graisses neutres du sang, oxyde les acides gras non saturés, augmente la cétonémie et surtout l'acide β-oxybutyrique, ce qui peut déterminer des cétonémies allant jusqu'au coma.

rèse, c'est dire son rôle énorme dans l'imbibition gravidique (la mise en réserve d'eau des gestantes, la constitution du liquide amniotique) (1). La post-hypophyse excite le vague et accélère l'expulsion utérine.

L'*ablation de l'hypophyse*, dans les premières semaines de grossesse, entraîne, par dégénérescence du corps jaune, la non-nidation de l'œuf, ou l'avortement, ou la lyse fœtale, ou la mort fœtale, selon le moment où survient l'intervention. En fin de grossesse, l'ablation de l'hypophyse peut retarder la date de l'accouchement ou plus tard, dans le post-partum, tarir la sécrétion lactée.

L'utérus vidé de son contenu se rétracte et la succion du mamelon hâte la régression utérine. Il paraît alors une hormone, la *prolactin*, déterminant la sécrétion du lait. La sécrétion de cette hormone est assurée par l'*excitation du mamelon* par la tétée ; l'excrétion du lait est provoquée par la post-hypophyse. La folliculine peut, en freinant l'hypophyse, faire cesser la sécrétion lactée. La prolactin semble faire régresser les fibromes ; en tous cas, chez la nourrice, elle peut provoquer l'avortement. Elle peut développer des *tumeurs mammaires*.

La *préhypophyse du fœtus* est intensément active dès le 3e mois de grossesse comme le prouve la haute teneur de son sang en hormones hypophysaires quoique celles de la mère ne traversent pas le placenta (Max Aron).

L'absence d'hypophyse fœtale (anencéphalie) s'accompagne de prolongation de la grossesse et de troubles du métabolisme de l'eau ovulaire (Hydramnios). L'hypophyse fœtale aurait la même action que celle de la mère.

L'excès de fonctionnement de l'hypophyse (réveil d'un adénome latent par la grossesse) entraîne la sécrétion d'un excès de thyréostimuline [déclenchant *un syndrome de Parabasedow* (Labbé) : excitation des nerfs sympathiques, glucosurie, exophtalmie, tachycardie, tremblement, insomnie, excès d'hormones mélanophoro-dilatatrices] ; de corticostimuline, une élévation de la cholestérolémie et parfois des symptômes de *compression du chiasma* : hémianopsie bitemporale, diminution du champ visuel au vert et au rouge, de la baisse de l'acuité visuelle, de l'amaurose temporaire, de l'atrophie de la papille et du nerf optique avec douleurs oculaires et céphalée rétro-orbitaire. Il y a des épistaxis, de la somnolence, des troubles de la pigmentation, du pouls, de la température, des vomissements. L'hypertrophie de la thyroïde et de la cortico-surrénale est fréquente.

Nous avons rencontré fréquemment des *acromégalies temporaires de grossesse* (Fruhinsholz) par prolifération adénomateuse éosinophile du lobe antérieur d'hypophyse. Il y a excès de prolan B et le thymus est souvent hypertrophié. L'ensemble peut coïncider avec de la galactorrhée (*adénome à cellules de grossesse*). Une reprise appréciable de la croissance n'est pas rare chez la jeune femme. La finesse des traits disparaît, le nez et le menton se déforment comme chez un polichinelle, les mains et les pieds s'hypertrophient ; on peut voir des fibroma *molluscum* gravidarum, de l'acné, un excès de sécrétion sébacée. Une lordose lombaire s'ébauche. La femme se plaint souvent de céphalée. L'accouchement est souvent prématuré d'un enfant de taille supérieure à la normale, il est rapide, le vagin est souple et agrandi, le périnée très malléable. Les varices sont souvent abondantes.

Dans les cas d'*éclampsie mortelle*, Cushing aurait trouvé un *adénome basophile* (ce qui expliquerait l'excès constaté de prolan A), avec augmentation des corps hyalins et de la colloïde dans le lobe postérieur. Il y aurait un excès d'hormone post-hypophysaire dans le sang et plus spécialement d'hormone hypertensive et oligurisante (1), spasmant les artérioles, la vaso-pressine (Anselmino, Hoffmann). On trouve encore un excès de parathyrostimuline et de parathormone, et de corticostimuline. La folliculine freinant l'hypophyse, on a invoqué son taux insuffisant dans ce syndrome. L'éclampsie traduit surtout une inadaptation à la grossesse.

Le *syndrome de Cushing* est caractérisé par un basophilisme hypophysaire. Le métabolisme basal augmenté coïncide avec une obésité douloureuse débutant par la face et respectant les extrémités. L'exophtalmie, la tachycardie accompagnent des troubles de la peau et des phanères : peau rose ou mélanodermique, vergétures rouges, purpura, — peau sèche, souvent infectée, — hypertrichose, hirsutisme, cheveux cassants, ongles malades. L'hypertension et l'hémogénie peuvent déclencher des hémorragies rétiniennes et cérébrales. Dans le sang, il y a taux élevé de glucose, de cholestérol, de potassium, de calcium. La décalcification se traduit par une ostéoporose du rachis dorso-lombaire, entraînant une déformation, de la douleur et de l'immobilisation.

L'*insuffisance hypophysaire* qui porte aussi le nom de *cachexie de Simmonds*, entraîne souvent l'avortement, la stérilité, l'aménorrhée. Elle peut succéder à des avortements ou à un accouchement. Elle est caractérisée par une atrophie basophile du lobe antérieur. Nous en avons traité cinq cas nets. Sa forme atténuée est la *maigreur hypophysaire de Bickel* ; il peut même y avoir *anorexie mentale*.

Une de nos cachexies hypophysaires a succédé à une éclampsie, c'est-à-dire à un excès de fonctionnement vraisemblable de l'hypophyse. Dans la maladie de Simmonds, après une obésité transitoire, la femme maigrit, perd l'appétit, vomit, présente de la diarrhée. Le métabolisme basal, la glycémie, la calcémie sont diminués. La bradycardie s'accompagne d'hypotension, de lipothymies. Il y a de l'aménorrhée, de l'asthénie, de la frilosité. Les troubles du sommeil sont le plus souvent à type de somnolence. La tétanie peut se voir. La peau est sénile, sèche, ridée, les ongles sont malades, les cheveux blanchissent, les poils tombent, les dents également, le maxillaire s'atrophie. Les troubles psychiques ne sont pas rares. Le myxœdème peut apparaître, ainsi que des troubles de la pigmentation. Notons enfin des troubles circulatoires périphériques et de la microsplanchnie. Nous avons trouvé à la radiographie de petites selles turciques (Courtois-Contre-

(1) Les polyptoses, les élastopathies, certains types de vergétures et de varices, les maladies des tissus conjonctifs et les troubles de la cicatrisation seraient dus aussi à des altérations hypophysaires.

(1) Pour Lévy-Solal, l'excès d'hormone post-hypophysaire cause également des œdèmes.

moulins). Le professeur Renard ne nous a pas décelé de troubles ophtalmologiques. *La maigreur du post-partum de Curschman* est primitive, s'accompagne de ménorragies et d'une fécondité extrême. Elle est souvent guérie par la grossesse suivante.

L'*hypertrophie des seins* est une cause de stérilité. Quand elle survient au cours de la grossesse, elle peut entraîner l'avortement, la mort du fœtus ; on est d'ailleurs souvent obligé d'interrompre la grossesse, ou de réséquer les seins douloureux, énormes, ptosés. Cet accident peut récidiver à des grossesses ultérieures.

Dans le post-partum, la *succion du mamelon* détermine par réflexe la contraction, la rétraction et *l'involution utérine*. Cette rétraction utérine provoque dans l'hypophyse antérieure la production de *prolactin* qui déclenche dans les seins, grâce à la suppression du courant vasculaire utéro-placentaire et de la folliculinémie, la *sécrétion de lait*. Des injections de folliculine peuvent tarir la montée de lait.

La chute de la folliculinémie détermine dans les seins du nouveau-né l'apparition du « *lait de sorcière* ».

La *thyroïde* est hypertrophiée et congestionnée chez la gestante, quoique la quantité de thyrostimuline soit normale dans son sang. Le tissu conjonctif se raréfie, les vaisseaux sont dilatés et sinueux. Il apparaît de nouvelles vésicules. Les cellules épithéliales des follicules jeunes prolifèrent et augmentent de hauteur. La colloïde s'accumule très abondante jusque vers le 4e mois (l'iode thyroïdien est diminué). L'accumulation de colloïde intrafolliculaire est due à l'action freinatrice sur les thyroïdes du corps jaune (W. Bernard), des hormones placentaires et de la vitamine A. L'activité thyroïdienne est souvent en raison inverse de l'activité du corps jaune. La thyroïde freine la sécrétion folliculinique. Des doses massives d'hormone thyroïdienne préparent à l'accouchement. La *thyroïde fœtale*, toujours grosse, est très active dès le quatrième mois.

L'*insuffisance thyroïdienne* entraîne du myxœdème, la stérilité, l'avortement d'œuf clair, la mort du fœtus, des varices, la prolongation de la grossesse, la lenteur du travail, la mauvaise involution utérine, l'éclampsie (Hergott et Fruhinsholz). Nous avons vu une achondroplasique ichtyosique faire, sans prodromes, une éclampsie fort grave. Les insuffisantes thyroïdiennes ont un teint sec, eczémateux, des œdèmes suboculaires, des douleurs pseudo-rhumatismales, de l'hydarthrose intermittente, la chute des cheveux et des poils, de la somnolence, de la constipation, de la frilosité. Le taux de la thyréostimuline est très bas. Ces femmes ne doivent pas allaiter. Nous avons observé fréquemment, chez des toxémiques menacées d'éclampsie, un syndrome voisin de la *néphrose lipoïdique* : œdèmes, albuminurie massive, tension normale; chlorémie normale, inversion du rapport sérine-globuline (1), hypercholestérolémie excessive (qui serait d'ailleurs cause de dégénérescence du foie par nécrose centrolobulaire [Bartholomew, Kracke]), syndrome très vite amélioré par opothérapie thyroïdienne à hautes doses. Les myxœdémateuses peuvent mettre au monde des *Mongoliens* ou des *myxœdémateux*. Elles sont facilement atteintes d'ostéomalacie. Le bassin peut garder ses cartilages non ossifiés.

Les *femmes atteintes de goitre* les voient s'hypertrophier, et même se basedowifier ou subir la dégénérescence cancéreuse. Les syncopes, la mort subite sont à redouter lors de l'accouchement. Dans le post-partum, les troubles respiratoires sont fréquents en cas de goitre plongeant, et les troubles cardiaques en cas d'adénome toxique. Il faut supprimer l'allaitement. L'instabilité du pouls et de la température, la colibacillose sont de règle. Le *nouveau-né* peut naître avec un goître et alors souvent en présentation de la face ou du front.

Les femmes malades du *syndrome de Basedow* (1) nous ont paru très fécondes et peu enclines à l'avortement. Leur agitation, leur turbulence, leur anxiété, leur manque de suite dans les idées est typique. Les crises nerveuses, l'insomnie, les contrariétés, les suffocations, les palpitations, les syncopes, le tremblement, la tachycardie, l'exophtalmie, l'amaigrissement, la glycosurie sont de règle. La sécrétion thyroïdienne augmente le tonus neuro-végétatif qui accroît à son tour la sécrétion thyroïdienne : il y a amphotonie neuro-végétative à prédominance sur le groupe excitateur (D. Danielopolu). L'insuffisance cardiaque commande l'interruption de la grossesse. Les vomissements incoercibles, l'apoplexie utéro-placentaire ne sont pas rares. Rappelons à titre thérapeutique que la vitamine A est antagoniste de la sécrétion thyroïdienne (von Euler). Les Basedowiennes peuvent donner naissance à des *enfants* atteints d'*achondroplasie* ou de *dysplasie périostale*.

Les *hyperthyroïdiennes* présentent fréquemment une exacerbation extrême des sensations nerveuses qui deviennent facilement douloureuses et insupportables, elles sont sujettes aux polynévrites et à l'avitaminose B. Les psychoses ne sont pas rares. Elles accouchent souvent en avance et extrêmement vite. Leur Sympathique cervical et leur pigmentation sont fréquemment perturbés. Les phlébites sont à redouter chez les thyroïdiennes.

Chez la gestante, il y a excès de *parathyrostimuline* et d'*hormone parathyroïdienne* (comme en cas d'adénome basophile de l'hypophyse). La parathormone favorise, par catalyse, après assimilation de phosphore soluble, la formation d'un complexe soluble phosphore-calcium qui est rapidement éliminable par les urines. La parathormone pourrait encore favoriser la synthèse du phosphagène musculaire (acide créatine-phosphorique).

Chez la gestante normale, il y a des amas de phosphate et de carbonate de calcium dans le placenta. Le calcium augmente sans cesse chez le fœtus surtout dans ses muscles. La calcémie joue un rôle dans la contractilité utérine. La folliculine décalcifie et tend à faire baisser la calcémie.

L'excès de calcium produit de gros enfants, à crâne dur, très ossifié, et des bassins maternels peu relâ-

(1) C'est dire le rôle de la thyroïde sur la pression colloïdo-osmotique et le métabolisme de l'eau.

(1) Les ostéophytes ne sont pas rares. Le thymus est hypertrophié. Nous avons souvent vu le métabolisme basal atteindre + 50 p. 100 dans ces cas.

chés. Dans la grossesse extra-utérine, la rétention prolongée de l'œuf et du fœtus entraîne leur pétrification (lithokéliphos, lithopaedion).

L'*insuffisance de calcium* provoque des avortements, des morts fœtales.

Il peut y avoir trouble du *métabolisme du Calcium* parce que les parathyroïdes insuffisantes n'arrivent pas à maintenir le taux du calcium du sang ou parce que les parathyroïdes, fonctionnant excessivement pour assurer une calcémie normale, décalcifient de trop les os. Les anomalies d'apport de la vitamine D et du phosphore jouent également un rôle.

La grossesse et l'allaitement aggravent souvent une *insuffisance parathyroïdienne* latente. On constate alors dans les urines une diminution du calcium et du phosphore. Il y a donc rétention de phosphore. L'élimination du phosphore en excès ne pouvant se faire que dans les fèces à l'état de sel tricalcique insoluble, cette élimination consomme le calcium de l'organisme qui baisse si l'apport de calcium extérieur est insuffisant, surtout si l'apport de phosphore alimentaire est excessif. Il en résulte une baisse du calcium sanguin aggravé parfois par la déviation alcalosique de l'équilibre acide base, comme l'indique l'application de la formule suivante réglant le taux du calcium ionisé : $Ca'' = K \frac{H+}{CO^3H-}$ (Henri Bénard). Il y augmentation dans le sang du potassium et du sodium, d'où élévation des rapports $\frac{K}{Ca}$ et $\frac{Na}{Ca}$ et hyperphosphorémie.

Il y a diminution du phosphagène musculaire et augmentation des chronaxies qui deviennent instables. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire provoque la tétanie, la spasmophilie (vomissements, spasmes vasculaires), les crampes des extrémités. On peut noter les signes de Chvostek, de Trousseau, de Schlesinger, d'Erb — des syncopes, un état de mal tétanique, le coma, une cataracte peuvent encore aggraver la situation.

L'*hyperparathyroïdie* se produit souvent pour lutter, par décalcification osseuse, contre l'abaissement de la calcémie. La décalcification est suivie d'une prolifération excessive des ostéoblastes d'où résorption osseuse et lésions médullaires pouvant créer des kystes et des tumeurs brunes à myéloplaxes. Si dans les fèces, l'élimination du phosphore et du calcium est normale, il y a abaissement du seuil rénal du phosphore et élimination excessive de calcium urinaire (encore favorisée par le taux excessif du magnésium). Selon le pH urinaire, l'excès de calcium urinaire (urines laiteuses) se combine avec l'acide urique (provenant des nucléoprotéides), ou avec l'acide oxalique (métabolisme pathologique des glucides), ceci en milieu alcalosique, ou avec l'acide phosphorique. Ces décharges de calcium et d'acides divers indiquent un terrain favorable à la colibacillose ; un trouble du système réticulo-endothélial et une perversion du métabolisme de l'eau avec insuffisance de diurèse. Les os sont incurvés, déformés, douloureux spontanément d'une façon diffuse, et à la pression on peut voir des fractures spontanées (par exemple des côtes au cours de l'expulsion). On note de la raideur articulaire, surtout du rachis, de l'hypotonie musculaire, de l'amyotrophie, de l'aréflexie.

L'hypophosphorémie, l'hypercalcémie, l'excès de magnésium dans le sang s'accompagnent d'une *hypercalcinose* du système réticulo-endothélial, du derme, des artères, du cœur, du foie, des reins. Il en résulte de la sclérodermie, des artérites, de la lithiase vésiculaire (1), de la lithiase et de la sclérose rénale. La lordose vertébrale est fréquente. Des kystes osseux en forme de géode peuvent confluer dans les os du pelvis. La carie dentaire est de règle.

La femme est maigre, fatiguée, irritable, sujette à la tachycardie, sans appétit, souffrant de crises gastriques douloureuses (crampes), vomissant, constipée. On peut voir, après un accouchement, la *dégénérescence génito-sclérodermique de Van Noorden* : aménorrhée, sclérodermie, maigreur, hypotension.

Chez le *fœtus*, on voit des *chondrodystrophies congénitales* par hyperparathyroïdie (résultat fréquent d'une hérédo-syphilis tardive) altérant la trophicité des os pendant leur croissance. Citons la non-ossification du crâne fœtal, le rachitisme congénital, la dysplasie périostale et l'ostéopsathyrose ou maladie de Lobstein (êtres de verre ; fractures spontanées ; sclérotiques bleues ; surdité).

Dans le *rachitisme*, il y a excès de parathormone et de phosphatase (2) dans le sang, insuffisance de phosphore dans le sang. L'apport excessif de calcium, l'apport insuffisant de phosphore (3) soit en quantité, soit en qualité de phosphore minéral ou organique, la présence de substances empêchantes, entraînent, avec l'excès d'hormone parathyroïdienne compensatrice, des décalcifications et des atrophies musculaires, une tendance aux spasmes et aux contractures (par exemple : un bassin rétréci, du spasme cervical, du spasme des releveurs, du vaginisme, de la contracture utérine, une paroi abdominale hypertonique).

La vitamine D règle l'absorption par l'intestin du calcium ingéré, en diminue l'excrétion fécale, et empêche une nourriture trop riche en calcium d'entraîner, par précipitation intestinale de phosphate de calcium insoluble, une élimination fécale de phosphate. La préparation Anti-Tétanique déminéralise, et élève la calcémie et la phosphatémie dangereusement.

Dans l'*ostéomalacie*, chez la femme puerpérale, l'hyperovarie entraîne un excès d'acide lactique dans les os, une dissolution des travées osseuses par résorption du calcium et du magnésium. Le ramollissement du squelette (localisé surtout au bassin) est très lent. L'hyperactivité des cellules osseuses entraîne une forte augmentation de la phosphatase du sang. La moelle osseuse retourne à l'état fœtal ; on y trouve un excès de myélocytes neutrophiles, d'éosinophiles, de mégacaryocytes (anémie avec myélocytes). Dans le sang, il y a acidose avec hypercalcémie et dans les urines excès d'élimination de calcium, de magnésium, de soufre. Ces ramollissements osseux ne sont

(1) La déperdition de bile (qui serait un neutralisant du poison tétanique) favoriserait la tétanie.

(2) La phosphatase, enzyme de la minéralisation osseuse, transforme par hydrolyse les éthers phosphoriques en acide phosphorique et alcool.

(3) Rapport calcium-phosphore et déséquilibré (Lecoq).

pas toujours douloureux, mais entraînent des dystocies de plus en plus graves chez des multipares.

Nous avons ainsi pratiqué deux symphysiotomies sous-cutanées à la Zarate et 1 Césarienne chez trois multipares qui avaient jadis parfaitement accouché. Chez une, on notait simplement une lordose extrême non douloureuse projetant le promontoire au-dessus du pubis. La castration peut améliorer ces états. Notre mortalité fœtale est de 33 % chez les ostéo-malaciques.

Dans les *avitaminoses complexes* C-A-D (où d'ailleurs le scorbut fruste domine) on trouve des hémorragies sous-périostées, juxta-épiphysaires, douloureuses, un arrêt de l'activité des éléments ostéogéniques. La diaphyse peut être réduite à une coque et se fissurer. On peut noter un pseudo-rhumatisme ankylosant (surtout vertébral). Des hémorragies intramusculaires et viscérales multiples peuvent survenir.

Ces femmes, qui suivent souvent des régimes carencés et déséquilibrés, sont fatiguées, courbaturées, tristes, somnolentes, sans appétit.

Leur teint est terreux ou cyanique, leurs muqueuses décolorées. Elles s'essoufflent et leur cœur palpite au moindre effort. Leurs membres inférieurs se dérobent : une paraplégie peut survenir. La tendance aux hémorragies entraîne des hématuries, et une gingivite hémorragique et purulente avec chute des dents. Un régime équilibré et des vitamines rétablissent la situation.

La grossesse peut quadrupler les *surrénales*. Il y a excès de corticostimuline. Les cellules de la *corticale* se multiplient surtout au niveau de la zone fasciculée où les inclusions lipidiques augmentent (comme dans l'adénome basophile de l'hypophyse). Les cellules de la zone réticulée deviennent volumineuses et se bourrent de pigment. Les fonctions adipogéniques et pigmentaires de la surrénale sont donc très accrues. La grossesse est toxique pour les surrénales dont la corticale lutte contre les toxémies gravidiques.

La *médullaire* est probablement suppléée par l'appareil phéochrome génital qui est synergique du Sympathique. L'adrénaline renforce le tonus utérin et fait contracter la rate en cas d'hémorragie. Il est possible qu'au cours de la crise d'éclampsie, l'excitation du vague déclenche des crises vaso-constrictives d'hyperépinéphrie avec hyperglycémie.

L'*hypersurrénalisme* s'accompagne d'hyperadrénalinémie, d'hyperglycémie, d'hypercholestérolémie. La femme peut être atteinte d'hirsutisme et de virilisme sans signes osseux. L'obésité de la face et du tronc s'accompagne de vergetures, d'acné. L'hypertrichose contraste avec la calvitie syncipitale. Le virilisme pileux est caractérisé par des favoris, des moustaches, une couronne pileuse autour des mamelons, une implantation masculine des poils abdominaux. La colibacillose est fréquente.

Dans l'*insuffisance cortico-surrénale* légère (Amado-Stévenin), on note de la frilosité, de la céphalée, de l'asthénie, de la dyspepsie par ptose gastrique, de la vagotonie. Ces femmes au teint plombé sont toujours fatiguées, capricieuses, puériles, pessimistes, fatalistes, angoissées. Elles accouchent en retard, se dilatent lentement, poussent mal. Elles sont sujettes aux hypoplasies vasculaires, aux hémorragies, aux

thromboses, aux morts subites surtout après une intervention. Dans leurs antécédents, on trouve souvent de l'hérédo-syphilis, des morts vasculaires. Elles suivent parfois depuis des années des régimes de carence. Elles ne résistent à aucun choc. L'adrénaline peut, peut-être, s'opposer à la vagotonie et éviter une syncope mortelle par anémie et asphyxie bulbaire. L'insuffisance surrénale favorise encore l'avortement et la mort fœtale, et la tuberculose maternelle.

Dans la *maladie d'Addison*, il y a diminution de la perméabilité du rein au potassium d'où élévation toxique du potassium dans le sang et fuite exagérée du sodium sanguin dans les urines. Le sodium entraîne avec lui du chlore quoiqu'il neutralise, en partie, des acides en lieu et place de l'ammoniaque que le rein devrait sécréter. Il en résulte une baisse du sodium plasmatique, de la réserve alcaline et du chlore sanguin. Les réserves de glycogène diminuent et, par chute du glutathion et de la vitamine C, les glucides brûlent mal : il se forme des produits toxiques et il y a incomplète resynthèse des hexoses à partir de l'acide lactique. Il y a chute du glucose, du glutathion, de la cystéine, de la vitamine C et du cholestérol dans le sang, et tolérance accrue au glucose. La masse sanguine diminue, les oxydoréductions sont troublées, le métabolisme basal baisse. La fatigabilité musculaire est excessive, le tonus est très bas, les intoxications endogènes et exogènes sont des plus faciles. Le coefficient de Maillard croît dans les urines.

Le thymus est hypertrophié, il y a diminution des cellules basophiles de l'hypophyse et de la corticostimuline. L'acidose, l'azotémie accroissent l'asthénie, la torpeur, les troubles du caractère, la maigreur, l'anémie. L'hypotension est très inconstante chez la gestante (Frühinsholz). La tachycardie, la bradypnée, la tendance au collapsus s'accompagnent de douleurs abdominales, de vomissements graves, de diarrhée. La peau et les muqueuses se teintent. Le phénomène de la ligne blanche peut se voir. Au stade terminal, les psychoses sont fréquentes.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La blennorragie chez l'homme et chez la femme. Méthodes actuelles de diagnostic et de traitement, par le docteur Pierre BARBELLION, préface du prof. Legueu, deuxième édition. Un volume de 380 pages, avec 3 planches en couleur et 73 figures, à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de Médecine, à Paris (6e), 1937.

Nouvelles voies pour la guérison du bégaiement et de la crainte de parler, par le docteur S. LOEW. Un volume de 94 pages, à Paris, chez Vigot frères, éditeurs.

La maladie d'Armstrong, chorio-méningite lymphocytaire, une nouvelle entité morbide, par Boris KREIS. Un volume grand in-8 de 160 pages, à Paris, chez J.-B. Baillière et Cie, 19, rue Hautefeuille (6e), 1937.

Manuali pratici di medicina biopsicologica, 'el Prof. Dott Casimoro FRANK N° 9 : Nuova teoria e pratica di ringiovanimento generale con speciale riguardo alle runzioni sessuali. Un volume de 335 pages, avec 2 planches hors texte. Prix : 20 lires, chez Edoardo Tinto, éditeur à Rome, 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1938)

Notice. — M. PASTEUR VALLERY-RADOT lit une notice nécrologique sur M. Mouisset (de Lyon).

La contractilité de la veine cave supérieure. — MM. CHAMPY et LOUVEL démontrent par un film la contractilité autonome de la veine cave. Cette contractilité peut jouer un rôle dans les retentissements des troubles de la pression veineuse sur le rythme cardiaque.

L'embolie pulmonaire. Sa réalité anatomique et son expression clinique. — MM. P. AMEUILLE et FAUVET estiment qu'il y a lieu de revoir de près toutes les idées médicales en cours actuellement sur l'embolie pulmonaire, telle qu'elle est conçue anatomiquement et les accidents cliniques, mort subite, dyspnée angoissante, crachats hémoptoïques, qui lui sont attribués.

Les cliniciens, qui ont identifié les troubles cliniques et la lésion matérielle, ne se sont pas toujours préoccupés d'en vérifier constamment la coïncidence et croyant que les troubles fonctionnels étaient dus aux troubles mêmes de la circulation pulmonaire, ils ont assigné une gravité différente et une forme différente aux accidents causés par les petites, les moyennes et les grandes embolies.

Des recherches expérimentales récentes viennent contredire ces vues et montrent que les petites embolies sont le plus souvent très graves chez le chien et que les grosses embolies sont généralement bien tolérées.

MM. Ameuille et Fauvet et leurs collaborateurs ont, dans une première série de recherches, montré que des thromboses ou des embolies des plus gros troncs de l'artère pulmonaire, même du tronc originel, pouvaient passer cliniquement inaperçues et n'être que des découvertes d'autopsie.

Ils ont montré aussi qu'en cherchant l'embolie anatomique à l'autopsie des sujets morts avec le syndrome ordinairement attribué à l'embolie pulmonaire, on avait souvent des déconvenues.

Ils ont fait cette recherche à l'aide de leur méthode particulièrement sensible des injections de gélatine au carmin dans le tronc de l'artère pulmonaire du cadavre.

Dans 5 cas d'embolie pulmonaire post-opératoire mortelle, ils ont trouvé 2 sujets chez lesquels l'embolie était indémontrable ; 2 autres chez lesquels il s'agissait d'embolie relativement petite des branches des première et deuxième subdivisions. Dans le 5e cas, il s'agissait d'un gros embolus d'une branche lobaire ; mais cet embolus ne causait qu'une oblitération incomplète et paraissait vieux de plus de 24 heures ; alors que les accidents mortels avaient duré à peine un quart d'heure en tout.

Les auteurs estiment que les accidents mis au compte d'embolies pulmonaires peuvent être produits aussi par des causes qui actuellement nous échappent, tout aussi bien que les accidents de l'angine de poitrine peuvent être produits par des causes inconnues, autres que l'oblitération coronarienne.

Ces accidents ne paraissent pas dus à la simple oblitération vasculaire, mais à des phénomènes surajoutés.

Ils concluent que, pratiquement, il est bien hasardeux de faire des tentatives d'embolectomie chez les sujets qui présentent le syndrome attribué ordinairement à l'embolie pulmonaire, étant donné que cette intervention grave risquera le plus souvent de tomber sur des malades où l'embolus sera trop petit pour pouvoir être trouvé, ou même sera complètement absent.

Sur un mode exceptionnel de contamination rabique. — MM. REMLINGER et BAILLY.

Sur la déclaration obligatoire des causes de décès. — M. MARQUIS. L'application de la circulaire ministérielle sur la déclaration obligatoire des causes de décès a soulevé bien des difficultés, que M. Marquis indique dans sa communication.

A la suite de l'intervention de M. CUNÉO, puis de M. HARTMANN, l'Académie, qui précédemment, s'était occupée de cette question, nomme une commission chargée de faire un rapport sur le travail de M. Marquis.

MM. Cunéo, Hartmann, Gosset, Tanon, Lemaître et Barrier, sont nommés membres de cette commission.

— La séance du 28 est supprimée.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1938)

Stomatite mercurielle grave chez un enfant de 4 ans et demi. — MM. BOZO et MÉNARD.

Diastèmes inter-incisifs. — Le docteur GORNOUEC rapporte deux cas qui sont de nature à minimiser le rôle du frein dans la formation des diastèmes inter-incisifs. Il présente de plus un cas de diastème médian inférieur provoqué par le développement d'une épulis.

Lithiase salivaire. Exérèse de la glande sous-maxillaire et du canal de Warthon en un seul temps. — M. CROCQUEFER.

Réduction d'une fracture complexe du maxillaire inférieur par combinaison de forces inter-maxillaires et d'une anse transosseuse. — M. le docteur GINESTET (du Val-de-Grâce).

Un cas atypique de synalgie dento-dentaire. — MM. BOZO et MËNARD.

XXXIe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

LA LITHIASE RÉNALE

(Etiologie, prévention et thérapeutique médico-chirurgicale)

Synthèse des conclusions des Assises départementales

par le docteur HENRI GODLEWSKI

La lithiase rénale, moins répandue que la lithiase biliaire, ne paraît pas avoir, sur l'étendue du territoire, la fréquence qu'apparemment elle a en de grands centres, où les cas sont groupés dans les services spécialisés. Les examens radiologiques, aujourd'hui à la portée de tous, même des ruraux, révèlent cependant de plus en plus les lithiases méconnues ; malgré cet apport de cas insoupçonnés, le pays semble peu lithogène et l'est au minimum dans les régions d'hyperdiurèse due à l'ingestion liquide en excès : pays à cidre de Normandie et de Bretagne, régions vinicoles du Languedoc et du Roussillon, régions de grande consommation de vin importé comme en Haute-Loire. Mais les eaux y sont peu minéralisées ; au contraire, lorsqu'elles sont très calcaires comme dans certains villages corses, les cas de lithiase rénale sont plus groupés. Cela est en corrélation avec l'influence de la minéralisation thérapeutique : la lithiase des tuberculeux, surtout pottiques, est maintes fois consignée.

On retrouve toujours, dans le plus grand nombre d'observations régionales, l'étiologie classique : *influence de la pléthore sur la lithiase*, tant il s'agit souvent de gros mangeurs, de gourmets, consommateurs de viande, surtout d'abats, de gibier ; le type représentatif du graveleux

reste le bon vivant, sédentaire par profession ou par goût et cela fait mettre en valeur aussi l'importance du terrain et des habitudes familiales, des diathèses et de l'hérédité.

La possibilité de suivre les mêmes sujets au cours de leur existence a permis aussi aux médecins de famille, dont ces Assises reflètent l'opinion, d'attirer l'attention sur la longue tolérance clinique des lithiasiques, au point que leur calculose date parfois de l'enfance. Alors qu'un gravier révèle sa présence, par la douleur de sa migration ou même seulement par le bruit cristallin de sa chute, une pierre, repérée anciennement, peut rester silencieuse jusqu'à un âge avancé, quand l'infection ne vient pas favoriser des troubles (le germe le plus cité est aujourd'hui le colibacille).

La coïncidence d'une infection et d'accidents lithiasiques initiaux rend parfois très ardu le diagnostic de lithiase rénale. C'est même là le fait de pratique courante sur lequel les médecins ont le plus insisté partout. Leurs nombreuses observations à ce sujet ont particulièrement trait à la très grande difficulté de différencier l'appendicite d'une colique néphrétique ; un état nausieux subit, avec douleur vive, défense musculaire, météorisme et « masque » occlusif laissent perplexe et dans le doute, la laparotomie s'impose d'ailleurs.

Il est toutefois deux procédés d'investigations, la recherche de l'hématurie microscopique et la radiographie qui ont un intérêt capital : la première, procédé simple entre tous, quand elle est négative, libère de l'hypothèse d'accident lithiasique ; la seconde permet de mettre en évidence la plupart des calculs du rein, de les localiser par pyélographie, urographie intra-veineuse, et de déduire, quand il y a lieu, la possibilité de pyélotomie, néphrotomie, néphrectomie.

L'exploration urologique, qui précède toute intervention, a si bien enrichi son domaine depuis un tiers de siècle, notamment grâce à Guyon et à ses élèves, qu'il est peu de branches où les progrès de la chirurgie aient si bien bénéficié des investigations préopératoires. Mais les chirurgiens, comme les médecins, se heurtent aux récidives de la lithiase et tous prescrivent des *mesures de prévention* à l'opéré et au malade, qui a spontanément expulsé un calcul.

Pour cette prévention, l'identification de la nature urique, oxalique, phosphatique de la lithiase s'impose ainsi que l'observation de l'acidité ou de l'alcalinité des urines. Mais dans tous les cas, il est des principes communs : favoriser la diurèse, soigner l'intestin, prescrire diététique, traitement solvant propre à chaque gravelle, enfin prévention antiseptique.

Le plus souvent, le médecin est appelé d'urgence auprès d'un lithiasique qui saigne et qui souffre. L'hématurie grave implique l'aide du spécialiste ; la douleur fait recourir à la morphine, qui n'est pas toujours efficace. Les médecins ont souvent insisté, à ces Assises, à ce sujet.

Par contre, il y a unanimité pour reconnaître les heureux effets des cures hydrominérales de nos grandes stations françaises (suivant les cas : Contrexéville, Evian, Vals, Vichy, Vittel), et celles des stations plus modestes (notamment Capvern, La Preste, dans les Pyrénées ; le Puits doux de Saujon en Saintonge ; Propiac, Euzet-les-Bains, dans le Gard).

Tels sont les faits les plus généraux recueillis dans les conclusions des Assises départementales, où pour la trente-et-unième fois, maîtres et disciples, médecins et chirurgiens, citadins et ruraux, civils, militaires et marins, ont confronté leurs observations de carrière dans l'ambiance d'amitié et d'estime qui caractérise toutes les réunions de notre grande Association.

LIVRES NOUVEAUX

Les régions génitales de la femme (Formes normales et malformations), par André BINET, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Nancy (1).

Ce livre complète des études de morphologie gynécologique entreprises par l'auteur.

Déjà, l'année dernière, le professeur André Binet faisait paraître sous le titre : *Morphologie médico-artistique de la femme*, un volume sur la conformation générale de la femme. Car, disait-il, « si l'enseignement traditionnel a sagement inscrit les travaux de dissection à la base des études médicales, par un paradoxe déconcertant, à peu près aucune place n'est faite à l'examen visuel des vivants. C'est pourtant à ceux-là que le praticien est appelé à donner ses soins ».

Ce livre avait été écrit à la fois pour les médecins et pour les artistes, avec le souci d'éviter l'aridité souvent décourageante des protocoles purement anatomiques. « Il ne m'a pas semblé interdit, ajoutait l'auteur, de mettre avec discrétion le sourire de la poésie au service d'un enseignement des formes féminines. »

Aujourd'hui, le professeur André Binet s'adresse plus spécialement aux praticiens qui s'intéressent, même d'une manière occasionnelle, à la gynécologie et, dans une forme scientifique impeccable, l'auteur envisage successivement la configuration des seins, du ventre, du bassin et des organes génitaux externes chez la femme.

Cette étude de morphologie normale est suivie d'une description très claire des malformations génitales et, en particulier, d'un chapitre fort intéressant sur l'hermaphrodisme.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ACNÉ ET LA FOLLICULINE

par le docteur VIGOUROUX (2)

On sait combien l'acné est fréquente, surtout au visage, au moment de la puberté, au cours de la vie génitale et vers la ménopause.

A ces mêmes périodes, toutes les personnes atteintes de prurit vulvaire ou ano-génital sont très bien guéries par l'application bi-quotidienne d'onguent à base d'hormone œstrogène (œstroglandol) ; de même, cette pommade spéciale donne d'excellents résultats chez les jeunes gens aussi bien que chez les jeunes filles qui présentent de l'acné avec de l'eczéma, car il y a, comme Zondek l'a prouvé, une action intriquée des hormones mâles et femelles.

On peut d'ailleurs compléter cette application bi-quotidienne d'onguent d'œstroglandol par un traitement général, soit sous forme de thyroxine « Roche » chez les hypothyroïdiens, soit sous forme de comprimés d'œstroglandol chez les jeunes filles qui présentent une insuffisance ovarienne, mais il faut bien retenir que cette pommade spéciale à base d'hormone œstrogène est vraiment utile dans toutes les dermatoses : on a même pu dire que l'onguent d'œstroglandol joue le rôle d'une véritable crème de beauté.

(1) Un volume in-8 raisin de 200 pages avec 135 figures. Prix : 60 fr. — Vigot frères éditeurs, Paris.

(2) *Courrier médical*, Paris, n° 7, février 1938.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
PRATIQUE AU MAXIMUM
KOUMYL
Gouttes de bacilles lactiques vivants
Conservation pratiquement illimitée
Traitement peu onéreux
KOUMYL
LABORATOIRES DEHAUSSY 66. R. NATIONALE - LILLE

N° 52. — MERCREDI 29 JUIN 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Le voyage des souverains britanniques. — Le deuil qui vient de frapper la Maison royale d'Angleterre a été vivement ressenti en France où les tristesses comme les joies de la nation amie sont toujours sincèrement partagées.

Avant la nouvelle de l'ajournement du voyage, des messages d'amitié avaient été échangés. Nous avons signalé celui de l'Académie de médecine à la Société royale de Londres. De son côté, l'Association de la Presse médicale française a échangé avec la presse médicale britannique des vœux dont la cordialité doit être soulignée.

Faculté de médecine de Paris. — Le *Concours des Bourses de Doctorat* est fixé au mardi 19 juillet 1938. Première épreuve à 8 heures, à la Bibliothèque de la Faculté de médecine. Appel des candidats à 7 h. 45. Le Concours est exclusivement réservé aux étudiants titulaires de 4, 8, 12 et 16 inscriptions âgés de 18 ans au moins *et de 28 ans au plus*, et qui ont obtenu *au moins la moyenne de 6 points* pour l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année. Ces demandes de candidatures doivent être formulées à M. le Doyen sur timbre à 5 fr. 40 et accompagnées d'un formulaire remis par le guichet 1 et rempli par l'étudiant suivant les indications y figurant. Les inscriptions sont acceptées jusqu'au 9 juillet 1938 inclus. Après cette date, aucune demande ne pourra être prise en considération.

Travaux pratiques de physiologie. 1re année. — Une série de Travaux pratiques supplémentaires, organisée pour les étudiants dont les travaux réguliers n'ont pas été validés, commencera le lundi 24 octobre 1938. S'inscrire au Secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 heures. Droits d'inscription : 200 francs.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 21 juin 1938, la chaire de physiologie (dernier titulaire : M. Dubois) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est déclarée vacante.

L'exercice de la médecine vétérinaire. — Le *Journal officiel* du 22 juin 1938 publie le texte de la loi relative à l'exercice de la médecine vétérinaire.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 24 juin publie, p. 7197, un avis de concours pour le recrutement d'un inspecteur départemental d'hygiène dans le département de l'Ille-et-Vilaine.

Guerre. — Sont promus au grade de médecin général : M. le médecin colonel Cot, en remplacement de M. le médecin général Martin, placé dans la section de réserve ; M. le médecin colonel Coudray, en remplacement de M. le médecin général Cot, placé hors cadre (détaché au ministère de l'Air).

Le Congrès de la Société internationale de chirurgie n'aura pas lieu à Vienne, mais à Bruxelles à la date prévue, soit du 19 au 22 septembre 1938. — Voici, en effet, ce que nous écrit M. le professeur Léopold Mayer, secrétaire général de la Société internationale de chirurgie :

« Le Congrès de la Société internationale de Chirurgie, qui devait se tenir à Vienne, du 19 au 22 septembre 1938, a paru brusquement irréalisable dans cette ville au comité organisateur austro-allemand. Considérant que plusieurs membres de la Société habitant l'Australie, la Nouvelle-

Zélande, le Mexique, étaient déjà en route ; estimant aussi que la remise du Congrès serait discourtoise pour les rapporteurs dont les importants mémoires sont déjà imprimés et expédiés, le Comité permanent dont le siège statutaire est à Bruxelles, a pris l'initiative de réunir le XIe Congrès, à la date convenue, à Bruxelles. »

L'Académie des Sciences morales et politiques vient de décerner le *Prix François-Joseph Audiffred* à Mme Louise Matha, fondatrice-directrice générale des Centres sociaux de Rééducation Gérard de Parrel, et à l'*Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant* que préside le docteur G. de Parrel. Ce prix annuel est destiné à récompenser « les plus beaux, les plus grands dévouements, de quelque genre qu'ils soient ».

On sait que les organisations créées par Mme Louise Matha reçoivent les enfants déficients de l'intelligence, du caractère, de la parole, de l'ouïe, de la motricité et de la respiration. A l'heure actuelle, 1.500 enfants sont en cours de réadaptation et pendant l'année 1937, il a été dispensé 23.000 séances individuelles de rééducation.

Rappelons que le siège de l'Œuvre est 13, rue de l'Ancienne-Comédie, dans le 6e arrondissement.

La Solidarité Sociale, siège social 14, rue Saint-Guillaume, Paris (7e), documentation et Secrétariat 6, rue de Berri (8e), a édité la brochure « Pour guider nos mères », seconde publication du Guide de la Mère. Cet ouvrage donne un résumé des Lois de Protection maternelle, des droits reconnus à la mère par la loi des Assurances sociales, et des secours mis à sa disposition par l'Assistance publique.

Il donne en outre la liste des consultations pré-natales et des consultations de nourrissons pour Paris et la Seine, l'adresse des Cantines maternelles, Refuges, Pouponnières, Crèches, Abris temporaires, etc.; ces Œuvres sont classées par arrondissement, avec indication des jours de permanence, conditions d'admission, téléphone. (Prix de l'opuscule, 5 francs.)

La Solidarité Sociale a également édité en accord avec l'Office de protection de la maternité et de l'enfance le *Fichier social de Paris,* qui est un résumé sur 104 fiches de 500 Œuvres environ, groupées par arrondissement, avec permanences et téléphone. La mise à jour de ce Fichier est assurée par des Correctifs paraissant annuellement. Le prix de cet ouvrage avec les 4 Errata actuellement parus est de 40 francs.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance (Hospice des Enfants Assistés, 71, rue Denfert-Rochereau, 14e). — Un cours de perfectionnement aura lieu du 10 au 28 octobre 1938, sous la direction de M. le professeur Lereboullet et de M. le professeur agrégé Lelong, avec le concours de MM. Cathala, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau ; Mme Wertheimer, MM. Baize, J. Bernard, Benoist, Bohn, Gavois, Joseph, Odinet, Willot, Saint-Girons, Roudinesco, chefs et anciens chefs de clinique ; MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire.

Ce cours portera sur l'hygiène, la diététique, la clinique et la thérapeutique de la première enfance.

NÉCROLOGIE

— Le médecin général inspecteur Lanne, du cadre de réserve, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 68 ans, à Choisey-les-Dôle.

— Docteur Émile Gerat, à Neuvy-Saint-Sépulcre.

Médecins, chirurgiens et spécialistes présents à Paris pendant les vacances. — *Comme les années précédentes, nous publierons la liste des médecins, chirurgiens et spécialistes présents à Paris pendant les vacances. Nous serions obligés à nos confrères de bien vouloir nous prévenir le plus tôt possible.*

CHRONIQUE

UNE DERNIÈRE LEÇON

Le professeur Fernand Bezançon a fait vendredi sa dernière leçon à l'hôpital Laënnec, où il va avoir comme successeur dans la chaire de clinique de la tuberculose, le professeur Jean Troisier.

Bezançon m'a demandé de ne pas rendre compte de cette leçon à laquelle il désirait garder un caractère d'intimité absolue. Le journaliste s'incline, mais le vieil ami a le droit de dire ce qu'il pense de cette leçon, qui fut des plus brillantes et bien digne d'un Maître, dont l'enseignement a toujours revêtu un grand éclat.

Dans une forme très simple, mais qui fut merveilleusement ordonnée, Bezançon retraça à grands traits l'évolution de la phtisiologie pendant ces cinquante dernières années. En voyant le Maître, toujours si jeune d'aspect, toujours si ardent, en écoutant ce solide exposé du passé, ces vues étincelantes et précises sur l'avenir, personne ne put avoir l'impression que c'était une dernière leçon. L'enseignement habituel continuait. Et ce fut bien ainsi.

M. le recteur Roussy, qui assistait à la leçon avec M. le doyen Tiffeneau, MM. le médecin inspecteur général Sieur, vice-président, et Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, ainsi que de nombreux collègues et amis, se fit l'interprète de tous. Il retraça, avec son élégance habituelle, la vie scientifique de Bezançon ; il parla de sa jeunesse à Boulogne, où son père, médecin estimé, accueillait les amis de son fils avec une bienveillance qu'ils n'ont pas oubliée. Roussy rappela ensuite les brillants débuts de Bezançon dans les hôpitaux, son enseignement de la bactériologie dans le laboratoire de Cornil, son amitié pour Widal, si fructueuse pour la science, ses succès de professeur de clinique médicale, puis de la tuberculose, sa grande autorité de consultant, son rôle éminent, enfin, dans l'organisation internationale de lutte contre la tuberculose.

En terminant, M. le Recteur nous laissa entrevoir ce qu'on peut attendre de « ce jeune Président de l'Académie de médecine », dont la magnifique activité se prolongera longtemps pour le bien des malades et pour le plus grand renom de la science française.

F. L. S.

LES EFFETS DE LA PROTAMINE ZINC INSULINE CHEZ LES DIABÉTIQUES

PAR

Mme MARGUERITE BARDY, MM. L. BUGNARD et C. DARNAUD
(de Toulouse)

La valeur thérapeutique de l'insuline n'est discutée par personne et il est certain que la découverte de Banting et Best a permis de traiter le diabète d'une façon logique et efficace. Mais si les médecins qui ont l'habitude de se servir de l'insuline se plaisent à en reconnaître les excellents effets, ils n'ignorent pas les défauts ou les imperfections de l'insuline commerciale courante.

Lorsqu'on introduit sous la peau d'un sujet une certaine dose d'insuline, cette substance commence à manifester son action une demi-heure, environ, après le moment de l'injection. Au bout de trois à cinq heures, l'effet de l'insuline est maximum : la glycémie est au plus bas. Mais au bout de sept à dix heures (plus tôt si le malade est en état d'acidose), la glycémie s'est lentement relevée jusqu'à sa valeur initiale : l'insuline a cessé d'agir.

Comme nous allons le montrer, cette action de l'insuline est à la fois trop brutale et trop brève :

1° Nous venons de dire qu'une injection sous-cutanée d'insuline agit pendant huit heures. Accroître la dose ne fait que creuser un peu plus la courbe glycémique et n'allonge pas les effets de l'injection. Pour maintenir un diabétique sous l'effet permanent de l'insuline, il faut donc trois ou même quatre injections par jour. Ces multiples injections quotidiennes, qui doivent être subies pendant des années, excèdent les malades. Elles sont, de plus, dangereuses, car toute injection est une porte ouverte à l'infection. Enfin, chez les malades dont la peau, pendant des années, a été lardée de piqûres, le tissu cellulaire sous-cutané réagit souvent, donnant naissance à des amas lardacés qui modifient profondément l'absorption de l'insuline.

2° Il est évident que si l'on administre l'insuline en une, deux, trois, ou quatre injections quotidiennes, on ne réalise, comme l'écrit Krarup, « qu'une très imparfaite imitation du délicat mécanisme organique qui est immédiatement prêt à fournir une quantité adéquate d'insuline à chaque instant de la journée où cette quantité lui est demandée ».

Dans le cas de diabète grave, après chaque injection, des phases d'hypoglycémie souvent dangereuse succèdent aux phases d'hyperglycémie. La courbe glycémique a l'allure d'une sinusoïde dont les maxima correspondent à des phases de glycosurie, et les minima à des manifestations plus ou moins sévères d'hypoglycémie.

3° Il est très difficile d'éviter, quand on traite un diabétique avec de l'insuline normale, que la dernière injection d'une journée ne soit séparée de la première injection du lendemain par un trop long intervalle (dix heures au moins, et souvent beaucoup plus). Les malades sont donc toujours mal soignés pendant la nuit. Ceci explique pourquoi il est si malaisé, dès que l'on traite un diabète un peu grave, de supprimer la glycosurie du matin.

4° L'emploi de l'insuline normale oblige à fixer rigoureusement l'horaire des injections par rapport à l'horaire des repas, et c'est là une sérieuse difficulté pour les nombreux diabétiques que leurs occupations professionnelles retiennent par ailleurs.

Une grave conséquence pratique résulte de ces quelques imperfections de l'insuline normale : beaucoup de malades se lassent de subir chaque jour, et pendant des années, deux, trois ou même quatre injections sous-cutanées. Si quelque accident hypoglycémique apparaît, les malades finissent de se décourager, et ils abandonnent de leur propre autorité ce traitement dont ils apprécient souvent mal les heureux effets, mais dont ils perçoivent tout de suite les moindres inconvénients... et nous avons pu observer quelques cas de comas diabétiques qui n'avaient pas d'autre cause.

Il est dès lors trop aisé de comprendre à quel point Joslin avait raison, lorsqu'il écrivait, dans une édition ancienne de son traité :

« Quelle reconnaissance aura-t-on, lorsque l'insuline ou quelque autre substance aussi active que l'insuline sera donnée sous une forme telle que l'action s'en poursuivra 12 heures ou davantage au lieu de huit heures, et que l'effet très brusque de l'insuline dû à une rapide absorption sera évité et régulièrement remplacé par une absorption lente. »

Les insulines à absorption ralentie

1° *La protamine insuline ou « Insuline retard ».* — Hagedorn, Jensen, Krarup et Wodstrup, voici quelques années, eurent l'idée de prolonger l'effet de l'insuline en l'associant à une substance basique protéinique. Ils choisirent, pour cet usage, une monoprotamine préparée à partir du sperme de salmo iridius (truite arc-en-ciel). Les auteurs scandinaves concentrèrent le produit ainsi obtenu et obtinrent une solution dont le pH était de 7,3, c'est-à-dire sensiblement celui du plasma sanguin. Il fut aisé de constater que cette nouvelle insuline était absorbée beaucoup plus lentement que l'insuline normale, dont le pH est nettement plus faible.

Voici le résumé des conclusions d'Hagedorn :

1° L'hypoglycémie brutale qui suit de trois à quatre heures l'injection sous-cutanée d'une certaine dose d'insuline normale est remplacée par un abaissement lent et prolongé du taux de la glycémie. Cet effet hypoglycémiant semble persister au moins douze à quatorze heures. Cependant, l'existence de l'acidose ou d'une infection locale ou générale chez le malade en cours de traitement peut abréger cette action.

2° La protamine insuline a un effet trop lent pour qu'on puisse l'utiliser contre le coma diabétique.

3° Elle ne parvient souvent pas à neutraliser l'hyperglycémie brutale qui succède à un repas trop riche en matières hydrocarbonées.

4° Il est avantageux d'utiliser le matin l'insuline normale, et la protamine insuline avant le repas du soir.

Les travaux entrepris pour vérifier ceux d'Hagedorn (en particulier à la clinique Baker de Boston, et à la Mayo Clinic), n'ont fait que confirmer les conclusions des auteurs scandinaves.

2° *Les insulines cristallisées.* — Depuis 1925, nombre de chercheurs, parmi lesquels Abel, Jensen, Wintersteiner, Geiling, Guerlouch et Bates, étaient parvenus à préparer une insuline cristallisée. Les effets de ce produit ont été peu étudiés par les cliniciens, mais ils semblent se rapprocher de ceux que l'on obtient avec la protamine insuline.

3° *La protamine zinc insuline.* — Scott (de Toronto) qui avait longtemps étudié la cristallisation de l'insuline, remarqua que cette cristallisation était grandement facilitée par l'adjonction de certains métaux (cadmium, cobalt, zinc). D'après Scott et Best, la dose optimum de chacun de ces métaux est proportionnelle à leur poids atomique. Si l'on ajoute à la préparation un peu plus de zinc qu'il n'en faut pour obtenir la cristallisation, on obtient une substance, la zinc insuline, dont l'effet est plus prolongé que celui de l'insuline normale.

Scott pensa que, de même, l'adjonction de zinc à la protamine insuline pourrait encore prolonger l'effet de cette substance. C'est ce qui amena à la découverte de la protamine-zinc-insuline.

Scott l'obtint en associant à 500 unités de protamine insuline 1 mg. de zinc (quantité qui est dépourvue de toute toxicité). La protamine zinc insuline a l'aspect d'un liquide clair contenant un précipité blanchâtre qui renferme tous les principes actifs. Injectée par voie sous-cutanée, cette substance agit seulement au bout de plusieurs heures, mais elle abaisse la glycémie pendant plus de 24 heures. Il est encore impossible de dire si ce nouveau produit est une véritable combinaison au sens chimique du mot ou s'il n'est qu'un complexe.

Lorsque l'insuline normale, l'insuline retard et la protamine zinc insuline sont introduites dans l'organisme par la voie intra-veineuse ou intra-musculaire, *leurs effets sont analogues.*

Mais quand on les introduit par voie sous-cutanée, les diverses sortes d'insuline ont des modalités d'action très différentes, que nous schématiserons comme suit :

1° L'insuline normale agit au bout d'une demi-heure. Son effet est maximum au bout de 3 à 5 heures. Au bout de 8 heures, elle a cessé d'agir.

2° La protamine insuline commence à agir au bout de 2 heures, elle a son effet maximum au bout de 6 à 8 heures, et cesse d'agir au bout de 12 à 16 heures.

3° La protamine zinc insuline commence à manifester son action au bout de 3 à 5 heures. Son effet maximum se produit au bout de 8 à 15 heures. L'action persiste de 24 à 30 heures.

Recherches personnelles

Nous avons voulu, chez quelques-uns de nos malades, comparer les variations de la glycémie durant la journée sous l'effet d'une seule injection de protamine zinc insuline, et sous l'effet d'une ou de plusieurs injections d'insuline normale. Nous avons utilisé comme insuline normale de l'endopancrine ; comme PZI le produit fabriqué par Boots.

Voici comment nous avons conduit nos recherches. Nous avons d'abord traité nos patients avec l'insuline normale jusqu'à disparition de la glycosurie (dans quelques cas ce résultat n'a pas été absolument obtenu : la glycosurie en 24 heures a alors été notée). A ce moment nous avons pratiqué 4 dosages de la glycémie : un premier à 9 heures du matin, un second avant le repas de midi, un troisième aussitôt après ce repas, un quatrième avant le repas du soir.

Dès que l'équilibre recherché était atteint nous avons essayé de le reproduire en pratiquant seulement une injection de Protamine zinc insuline en 24 heures. Nous avons commencé par injecter une dose totale de P.Z.I. un peu inférieure à la dose totale d'insuline normale utilisée précédemment. Quand la glycosurie a persisté (ce qui a été exceptionnel) nous avons accru très progressivement la dose de P.Z.I. jusqu'à disparition complète du glucose urinaire. Nous avons alors déterminé la glycémie de nos patients à 4 reprises, selon l'horaire indiqué plus haut.

Tous nos malades ont été alimentés avec des régimes riches en hydrates de carbone :

1° Régime dit Standard comportant en 24 heures et par kg. de poids idéal (poids correspondant au nombre de cm. de taille qui excèdent le mètre) :

Hydrates de carbone .... 2 gr. 50
Protides .... 1 gr. 25
Lipides .... 2 gr. »

2° Régime hypersucré que nous avons seulement utilisé, et toujours de façon très brève, chez les malades atteints d'acétonurie, et chez ceux qui devaient subir une intervention chirurgicale. Ce régime comporte 1.500 cc. de lait et 100 gr. de sucre répartis en quatre prises quotidiennes.

Rappelons le mode d'utilisation de la P.Z.I. Cette substance est un liquide blanchâtre, trouble, contenant un précipité assez abondant. Si l'on n'injectait que le liquide surnageant, on n'obtiendrait aucun effet, car le liquide ne renferme ni insuline ni protamine. Il faut donc agiter doucement l'ampoule, et éviter la formation de mousse, car celle-ci pourrait contenir quelques parcelles de protamine et les déposer sur les parois de l'ampoule. Toutes ces précautions doivent être sévèrement observées, car une mauvaise injection compromet le traitement du malade durant 24 heures consécutives.

L'injection doit être faite rigoureusement sous la peau.

Il ne faut jamais renouveler l'injection au même endroit avant plusieurs semaines.

La seringue qui a servi à l'injection doit être rincée après usage et stérilisée à l'alcool.

Nous résumons ci-dessous l'ensemble des résultats cliniques et de nos observations :

OBS. I. — Diabète sans acétonurie évoluant chez une femme de 60 ans simultanément atteinte de tabès. Système cardio-rénal à peu près indemne. T. A. 15-7, pas d'albuminurie. Traitée par le régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	10-10	2,20	2,25	1,80	0,80	18 gr.
P.Z.I.	15	1	1,25	1,50	1,80	0 gr.

OBS. II. — Diabète sans acétonurie évoluant chez une femme de 65 ans, atteinte en outre de rhumatisme chronique de l'épaule droite. T.A. 14-8 ; pas d'albumine. Urée sanguine 0 gr. 62.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	20-20	2	1,65	1,85	0,80	12 gr.
P.Z.I.	20	0,80	1	1	1,20	0 gr.

OBS. III. — Malade de 58 ans, atteinte de diabète sans acétonurie, compliqué de cataracte bilatérale. T. A. 18-10. Pas d'albuminurie. Régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	20-20-10	1,15	0,80	1	1,50	0
P.Z.I.	40	0,80	0,95	1,30	1	0

OBS. IV. — Malade atteinte de diabète sans acétonurie, compliqué d'albuminurie et de troubles dyspeptiques ; urée sanguine 0 gr. 30. Les troubles dyspeptiques semblent purement fonctionnels et associés à une perturbation intense du système vago-sympathique. Cœur normal. Tension artérielle 13-8. Régime du lait sucré.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	20-20-10	1,35	1,05	1,45	1,35	0 gr
P.Z.I.	40	0,80	0,70	1,50	2,10	24 gr.

OBS. V. — Malade de 50 ans atteinte de diabète sans acétonurie, mais compliqué de lésions oculaires graves. Traitée par le régime du lait sucré.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	20-20-20	1,40	0,95	1,45	0,90	0
P.Z.I.	50	1,50	1	1,60	1	0

OBS. VI. — Malade de 50 ans, atteinte de diabète avec acétonurie, reconnu depuis 4 ans. Système cardio-vasculaire et système urinaire remarquablement indemnes. Régime du lait sucré.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	15-15	2,10	2,50	2,50	1,70	22 gr.
P.Z.I.	30	1,60	1,10	1,60	1,50	0 gr.

OBS. VII. — Malade de 54 ans atteint de diabète avec acétonurie. T. A. 19-8 ; le cœur paraît indemne. Pas d'albuminurie. Rhumatisme chronique poly-articulaire associé au diabète. Régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	25-20-20	1,20	0,80	0,80	1,50	0
P.Z.I.	60	1,45	1,10	1,50	0,95	0

OBS. VIII. — Diabète très grave, avec forte acétonurie, chez un homme de 32 ans. La maladie est reconnue depuis 1 an environ. Régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insuline norm.	20-40-40-10	1,70	1	1	1,30	0
P.Z.I.	70	2	1,50	1,50	1,80	0

OBS. IX. — Homme de 43 ans atteint depuis 7 ans de diabète avec acétonurie. Cœur et reins indemnes en apparence. Rétinite bilatérale. Régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	30-20-10	2,40	2,25	0,80	1	14
P.Z.I.	40	0,80	0,55	0,75	0,75	0

OBS. X. — Femme atteinte de diabète avec acétonurie, compliqué d'un panaris osseux du médius gauche suivi d'amputation du doigt. Régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	20-20-10	1,30	1	1,35	1,20	0
P.Z.I.	50	0,70	0,70	1	0,80	0

OBS. XI. — Homme de 49 ans atteint de diabète sans acétonurie, compliqué de plaies infectées des deux mains et des deux jambes. Régime du lait sucré.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	30-30-10	1,45	0,75	0,90	1	0
P.Z. I.	40	1,25	1	1	0,80	0

OBS. XII. — Femme de 47 ans atteinte de diabète avec acétonurie, compliqué de phlegmon du pied droit. Régime du lait sucré.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	40-30-40	2	1,50	1,65	1,90	0
P.Z.I.	90	1,20	1	1,35	1,30	0

OBS. XIII. — Homme de 74 ans atteint de diabète sans acétonurie, compliqué de phlegmon de la fosse ischio-rectale. Régime du lait sucré.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	25-25-10	1,70	1,60	1,60	1,35	0
P.Z.I.	50	1,30	0,90	0,95	1	0

OBS. XIV. — Diabète avec acétonurie chez une femme atteinte en outre de nécrose infectée de la face plantaire du pied droit. Régime du lait sucré.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	20-20-20	1,20	1	1,80	1,95	16
P.Z.I.	60	2,30	2	2	2	22

OBS. XV. — Homme de 23 ans atteint de diabète avec acétonurie et d'une tuberculose unilatérale, d'évolution torpide, apyrétique, traitée par pneumothorax. Régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	30-30-20	2,90	2,80	2,30	1,05	34
P.Z.I.	80	2,25	1,70	1,90	1,70	14

OBS. XVI. — Malade de 70 ans atteinte de diabète sans acétonurie depuis 10 ans, compliqué à l'heure actuelle de gangrène circonscrite du gros orteil gauche et de polynévrite. Régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale..	15-15	2,20	2	2,20	1	8 gr.
P.Z.I.	25	1,40	1	1,10	1,20	0 gr.

OBS. XVII. — Malade de 66 ans atteint de diabète sans acétonurie, compliqué de gangrène circonscrite non infectée du gros orteil gauche. Régime du lait sucré.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale.	20-20-20	1,55	1,25	1,55	1,60	0
P.Z.I.	50	1,15	0,80	1,10	0,70	0

OBS. XVIII. — Malade de 59 ans atteint depuis plusieurs années d'un diabète grave découvert à l'occasion d'un phlegmon de la cuisse droite ayant nécessité une amputation. Revient à l'Hôtel-Dieu pour gangrène circonscrite et non infectée du gros orteil gauche. Régime standard.

	Glycémie à	9 h.	11 h.	11 h. 30	17 h.	Glycosurie en 24 h.
Insul. normale..	20-20	1,40	1,30	1,25	0,90	0
P.Z.I.	40	1,20	0,70	0,85	0,80	0

Etude critique de nos résultats

Quinze fois, sur dix-huit cas observés, le résultat obtenu à l'aide d'une seule injection de P.Z.I. a été aussi satisfaisant, et souvent même plus satisfaisant que celui que l'on obtenait à l'aide d'injections répétées d'insuline normale (Observations 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18).

Une fois (observation 8) le résultat a été moins bon, mais la dose de protamine zinc insuline utili-

sée était nettement trop faible (70 unités remplaçant 110 unités d'insuline normale). En pratiquant une injection de 90 unités de P.Z.I. en une seule fois, nous avons pu, les jours suivants, obtenir la disparition de la glycosurie. Nous considérons le cas de l'observation 8 comme plutôt favorable.

Restent deux cas (observations 4 et 14) où les résultats obtenus à l'aide de la P.Z.I. ont été nettement mauvais. Analysons en détail chacune de ces deux observations :

La malade dont l'observation 4 rapporte l'histoire clinique est atteinte d'un diabète léger, mais présente une très forte hyperglycémie après le repas. Celle-ci semble rompre brusquement l'équilibre très favorable obtenu jusque-là à l'aide de P.Z.I. Nous reviendrons sur cette notion classique en étudiant les contre-indications de P.Z.I.: les sujets qui présentent une très forte hyperglycémie post-prandiale ne peuvent être traités que très difficilement par la P.Z.I.

L'observation 14 est celle d'une malade atteinte de diabète avec acétonurie, compliqué de nécrose et d'infection plantaire. Il se trouve que la dose de P.Z.I. qui n'a eu qu'une action très insuffisante le jour où nous avons pratiqué nos dosages a agi infiniment mieux le lendemain et les jours suivants, et a suffi à supprimer la glycosurie.

Joslin, récemment, a signalé des cas semblables. Il a remarqué l'existence, chez les malades traités par P.Z.I., de « jours de glycosurie » inexplicables, puisqu'ils apparaissent brusquement dans une période où l'équilibre est déjà obtenu, et que cette glycosurie cesse à la suite d'une nouvelle injection. Joslin en conclut que les malades traités par P.Z.I. sont beaucoup plus sensibles que les autres aux écarts de régime.

Cette explication répond peut-être à la réalité, mais une interprétation beaucoup plus simple vient tout de suite à l'esprit : nous avons vu que l'absorption de P.Z.I. n'est ralentie que si cette substance est injectée exactement sous la peau. Si elle est injectée dans les veines ou dans le muscle, P.Z.I. se comporte comme l'insuline normale. Nous croyons que les « jours de glycosurie » dépendent tout simplement d'une injection mal faite, et nous croyons utile d'insister sur cette règle essentielle :

L'injection de P.Z.I. doit être faite exactement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si l'on commet une faute en pratiquant cette injection, il faut surveiller très attentivement le malade pendant les 24 heures qui suivent. En effet, il est menacé à la fois par son diabète (puisque tout effet insulinien aura cessé 8 à 10 heures après l'injection) et par l'hypoglycémie immédiate (puisqu'une dose massive d'insuline va être absorbée dans un laps de temps très bref).

Contre-indications de la P.Z.I. — Ces contre-indications sont très importantes à préciser, et sont d'ailleurs assez rares :

1° Disons tout de suite que l'acidose ne nous semble pas contre-indiquer l'emploi de P.Z.I. Contrairement à ce qui a été dit, il ne nous semble pas que l'acidose raccourcisse notablement l'effet de P.Z.I. Les malades acidosiques que nous avons traités (Obs. 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15) ont bénéficié normalement des propriétés de cette insuline nouvelle. D'une façon d'ailleurs assez vague on peut dire qu'il faut habituellement plus de protamine zinc insuline pour traiter un diabétique avec acidose que pour soigner un diabétique non acidosique, mais il en va de même quand on utilise l'insuline normale.

2° Il ne faut pas employer la P.Z.I. pour soigner un coma diabétique. C'est là une règle de bon sens. La protamine zinc insuline ne commence à agir sur la glycémie que plusieurs heures après son injection sous la peau. On ne choisira pas ce produit quand il convient de lutter d'extrême urgence contre l'acidose.

3° Pour traiter les formes particulièrement sévères du diabète, il faut quelquefois de très fortes doses d'insuline (plus de 100 unités par jour). Il devient alors dangereux d'injecter en une seule fois une aussi forte dose de protamine zinc insuline. Nous verrons que l'on peut tourner la difficulté en associant les injections d'insuline protamine zinc à des injections d'insuline normale ou d'insuline retard.

4° Quand un diabétique présente à la suite de chaque repas une très forte ascension de la glycémie, il devient difficile de le traiter en utilisant P.Z.I. (tout au moins P.Z.I. employée seule). Cette constatation demande quelques réflexions :

a) Il est certain que les régimes très riches en hydrates de carbone (tous les régimes dits anticétoniques par exemple) provoquent des poussées d'hyperglycémie après chaque repas. Pour associer la P.Z.I. et les régimes anticétoniques, il devient dès lors indispensable de segmenter la ration alimentaire en un grand nombre de petits repas n'apportant chacun qu'une quantité restreinte d'hydrates de carbone.

b) Les travaux de Soula et de ses élèves ont montré que, dans l'hyperglycémie post-prandiale des diabétiques, il n'y avait pas qu'un élément nutritif. Si l'on mesure la glycémie avant et après un repas de composition identique, on constate chez certains une ascension glycémique post-prandiale modérée (0 gr. 20 à 0 gr. 40), chez d'autres une flèche brutale d'hyperglycémie (jusqu'à 2 gr.), chez d'autres enfin (et ceci montre bien que l'élément nutritif n'est pas tout dans le taux d'une glycémie) la glycémie est plus basse après le repas qu'avant l'absorption des aliments. La mise en jeu des glandes digestives, le tonus vago sympathique et les décharges adrénaliniques et insuliniques qui accompagnent le déclenchement des phénomènes digestifs expliquent ces variations souvent paradoxales de la glycémie. Il est en particulier des malades qui présentent une forte poussée d'hyperglycémie quelle que soit la composition de leur repas. Telle était la malade de notre observation n° 4 : chez elle, l'absorption de 50 gr. de pommes de terre provoquait une ascension immédiate de la glycémie qui s'élevait aussitôt de 1 gr. 10 au-dessus du taux initial. Après la simple absorption d'un œuf, la flèche hyperglycémique était de 0 gr. 80. Lorsque le type que nous venons de décrire se présente sous sa forme caractérisée (hyperglycémie dépassant 1 gr. après absorption d'un repas mixte), il est contre-indiqué d'utiliser la P.Z.I. seule.

Les dangers de la Protamine Zinc Insuline

Il n'y a qu'un danger : c'est l'hypoglycémie.

Si les doses de P.Z.I. ont été fixées avec prudence, il n'y a pratiquement jamais d'hypoglycémie.

Mais il faut savoir que l'emploi de doses excessives de P.Z.I. risque de provoquer des accidents très redoutables : en effet, l'hypoglycémie provoquée par P.Z.I. n'est ordinairement précédée d'aucun prodrome : ni sueurs, ni faim, ni sensation d'asthénie, ni phénomènes parétiques légers. D'autre part, c'est une hypoglycémie qui dure et qui s'aggrave, et plusieurs injections de sérum sucré hypertonique sont ordinairement indispensables pour la juguler.

Certains auteurs ont prétendu que l'on observe quelquefois des phénomènes brutaux d'hypoglycémie chez les malades qui avaient été traités longtemps par une injection quotidienne de P.Z.I. Ces accidents seraient provoqués par une sorte d'accumulation de l'insuline. Nous n'avons jamais observé de pareils accidents, ni chez les 18 malades dont nous rapportons les observations, ni chez 42 autres que nous avons également traités à l'aide de P.Z.I. Il est néanmoins certain qu'il faut surveiller étroitement les malades soumis à pareille thérapeutique. Ils présentent souvent des améliorations surprenantes, et les doses utilisées au début doivent ordinairement être réduites au bout de quelques jours. Mais c'est là un fait banal toutes les fois que l'on utilise des régimes relativement riches en hydro-carbonés, même s'ils sont associés à des injections d'insuline normale.

Comment régler l'emploi de la Protamine Zinc Insuline ?

A) *Utilisation de la seule P.Z.I.*

On utilisera d'abord l'insuline normale selon les règles habituelles et l'on s'efforcera d'obtenir la disparition de la glycosurie. Ceci n'est pas toujours aisé et la glycosurie du matin est souvent difficile à supprimer. De toute façon, dès qu'un équilibre satisfaisant aura été obtenu, on remplacera l'insuline normale par la protamine zinc insuline. On commencera par injecter en une fois (à 7 heures du soir en général) une dose de P.Z.I. inférieure de 1/4 à la dose quotidienne d'insuline normale utilisée précédemment. Si cette dose ne suffit pas pour faire disparaître la glycosurie, on l'accroîtra très progressivement. Il nous paraît dangereux d'injecter en une seule fois plus de 80 unités de P.Z.I.

Nous conseillons d'ordinaire de faire l'injection quotidienne de P.Z.I. à 19 heures. C'est d'abord une heure où les malades sont rarement occupés. D'autre part, une injection pratiquée à 19 heures assure un équilibre glycémique optimum entre 7 heures du matin et 7 heures du soir, moment où les malades ont habituellement à accomplir les efforts qu'exige leur profession.

Il est bien entendu que de pareils malades doivent être étroitement surveillés, surtout au début de leur cure.

Après disparition de la glycosurie, il est indispensable de pratiquer de temps en temps des courbes glycémiques et l'on verra souvent que la dose de P.Z.I. indispensable au début est devenue excessive. S'il est matériellement impossible d'avoir recours à des dosages du sucre sanguin, on essaiera de diminuer progressivement la dose de P.Z.I. jusqu'à réapparition de la glycosurie. On parviendra par une série de tâtonnements à adapter la dose d'insuline aux besoins précis du malade.

Dans les cas de diabète de gravité moyenne, une seule injection de P.Z.I. suffit à assurer l'équilibre convenable. Parfois cependant une dose de 80 unités de P.Z.I. est insuffisante, or comme chaque injection de P.Z.I. agit plus de 24 heures, il ne faut jamais pratiquer plusieurs injections de ce produit en une même journée. Aussi, dans les cas de diabète très grave, on associe à l'injection d'une certaine dose de P.Z.I. des injections de doses variables des autres catégories d'insulines.

B) *Utilisation de la Protamine Zinc Insuline associée à l'Insuline normale.*

a) Dans les cas où une brusque hyperglycémie postprandiale vient rompre l'équilibre assuré jusque-là par P.Z.I. on peut utiliser l'artifice suivant : on injecte la dose totale de P.Z.I. une demi-heure avant le repas du soir, en même temps qu'une dose minime (10 à 15 unités) d'insuline normale. Une autre dose identique d'insuline normale sera injectée une demi-heure avant le repas de midi. Ainsi, P.Z.I. assurera l'équilibre de fond de la glycémie et les deux injections d'insuline normale s'opposeront aux poussées hyperglycémiques post-prandiales.

Il est commode de faire en même temps l'injection de P.Z.I. et celle d'insuline normale qui doit précéder le repas du soir. De cette façon, le malade reçoit seulement deux injections par jour. Mais certaines précautions sont indispensables : on injectera d'abord l'insuline normale, et on laissera l'aiguille en place en ayant soin d'en déplacer fortement l'extrémité sous la peau, de façon à injecter P.Z.I. dans un territoire assez éloigné de celui qui a reçu l'insuline normale. En effet, il ne faut jamais mélanger P.Z.I. et l'insuline normale, ni dans la seringue, ni sous les téguments.

b) Dans certains cas de diabète très grave, 24 heures après l'injection de P.Z.I., l'équilibre glycémique commence à ne plus être assuré de façon satisfaisante. Donc, entre le moment où P.Z.I. est injectée et le moment où elle agit, il existe un intervalle de quelques heures durant lesquelles le malade n'est soumis à aucun effet insulinien. On peut, en pareil cas, pratiquer à 7 heures du soir l'injection d'une faible dose d'insuline normale, et l'injection de la dose totale de P.Z.I. (en prenant les précautions indiquées plus haut). L'insuline normale assurera le traitement du diabète dans les heures qui suivent immédiatement l'injection, et P.Z.I. maintiendra l'équilibre jusqu'à l'injection suivante.

c) Enfin Joslin conseille de pratiquer une injection de 20 à 30 unités de P.Z.I. quelques heures avant toute intervention chirurgicale pratiquée chez des diabétiques. Après l'intervention, et si les examens successifs des urines en impliquent la nécessité, on com-

plétera l'effet de P.Z.I. par l'injection de petites doses d'insuline normale.

C) Utilisation de la Protamine Zinc Insuline associée à l'Insuline retard.

Dans quelques cas de diabète particulièrement grave l'injection à 19 heures d'une très forte dose de P.Z.I. n'assure plus un équilibre suffisant le lendemain, à partir de 16 ou 17 heures. Dans ce cas, on peut utiliser le procédé suivant :

1° Injecter 2/3 de la dose totale d'insuline sous forme de P.Z.I. le soir, à 19 heures.

2° Injecter le dernier tiers à 9 heures du matin sous forme d'insuline retard.

Dans ces conditions, les effets des deux insulines se conjuguent admirablement pour maintenir la glycémie au voisinage du chiffre normal durant le nycthémère.

Conclusion

L'utilisation de la P.Z.I. correspond à un très grand progrès dans la thérapeutique du diabète :

1° Chez des malades qui, pendant des années, doivent subir deux, trois ou même quatre injections quotidiennes d'insuline, une injection devient habituellement suffisante.

2° Cette injection unique supprime les oscillations incessantes et dangereuses de la glycémie que l'on observait toujours à la suite des injections d'insuline normale.

3° Le traitement du diabète pendant la nuit et la matinée est beaucoup mieux assuré par P.Z.I. que par l'insuline normale.

4° L'horaire des injections est beaucoup moins rigoureux quand on utilise la P.Z.I. que lorsqu'on ne dispose que d'insuline normale. C'est un avantage considérable qui évite au malade bien des tracas et aussi quelques dangers.

5° La dose journalière de P.Z.I. nécessaire est presque toujours moindre que la dose quotidienne d'insuline normale indispensable pour assurer un traitement correct. Il n'est donc pas plus onéreux de traiter un diabétique avec la P.Z.I. que de le soigner avec de l'insuline normale.

BIBLIOGRAPHIE

Voir la thèse de Mlle Bardy, Toulouse, 1938 : « Contribution à l'étude des effets de la protamine zinc insuline chez les diabétiques. »

Ce que le public doit savoir en matière de défense passive. — Nous signalons l'apparition d'une brochure que vient de publier sous ce titre la Préfecture de Police. Cette brochure se trouve dans tous les commissariats de Paris. Il faut la lire et la conserver : « Elle peut vous sauver la vie. »

Le milieu synovial physiologique et pathologique. (Introduction à l'étude de la pathologie articulaire), par J. Sabrazès et R. de Grailly. Un volume grand in-8 de 205 pages (tome I). Prix : 50 fr., chez J.-B. Baillière et fils, 1936

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1938)

Cicatrice chéloïdienne traitée par l'ionisation iodée. — M. Grain présente une malade de 10 ans 1/2, guérie par l'ionisation iodée d'une cicatrice chéloïdienne sous-maxillaire droite consécutive à une intervention pour suppuration ganglionnaire, après 37 séances d'ionisation iodée, les bourrelets chéloïdiens qui atteignaient jusqu'à 1 cm. 1/2 d'épaisseur ont complètement fondu; laissant une cicatrice blanche et souple. L'auteur considère l'ionisation iodée comme le meilleur traitement des chéloïdes infantiles, parce qu'indolore et d'efficacité certaine.

Les radiographies en coupes dans l'étude des maladies du poumon. — M. Hinault présente cette méthode qui permet d'isoler les images d'un plan choisi, en brouillant celles des autres plans. Pour obtenir ce résultat, il suffit pendant la pose d'imprimer à l'ampoule et au film un déplacement simultané et en sens inverse par rapport à un point fixe ou à un axe. Le procédé paraît devoir être intéressant pour analyser les opacités thoraciques pour découvrir ce qui se passe en avant ou en arrière d'une lame liquidienne, par exemple, pour rechercher une caverne disparue sous un plombage, ou pour fouiller un hémithorax après une thoracoplastie. Cette méthode fait apparaître si bien les détails de structure (bronches et vaisseaux) dans certains plans que des maladies comme les bronchiectasies et les kystes du poumon se prêtent particulièrement bien à ces investigations.

M. Petit de la Villéon insiste sur l'intérêt de cette méthode, tant au point de vue médical qu'au point de vue chirurgical.

M. Rosenthal est d'avis que cette méthode devrait porter en France le nom de « méthode de Bocage », son inventeur.

Sur l'héliothérapie. — M. Félix Bérard.

Lésions oculaires des rayons X. — M. Foveau de Courmelles expose qu'après les lésions cutanées, les membres à amputer, les modifications hématologiques, les rayons X ont frappé les yeux, cataractes doubles comme chez les Wattmen, dont les yeux sont soumis à de nombreux courts-circuits. Les glaucomes doubles, lésions plus tardives, les accompagnent parfois, d'où nécessité de pratiquer de bonne heure des scléro-iridectomies pour stabiliser la vue qui reste et éviter la cécité. Il faut donc examiner de temps en temps le sang et la vue des radiologues, pour éviter l'anémie qui les guette et empêcher ainsi la cécité.

Traitement de l'ischémie cardiaque par greffe épiploïque (Laurence O'Schanghessy) de Londres. — Rapport de M. Le Gac. Pour remédier à la gêne de la circulation coronarienne (thrombose athérome) et à ses conséquences, l'auteur propose l'application sur le péricarde et le myocarde d'un greffon épiploïque pédiculé amené dans le thorax par une brèche diaphragmatique. Expérimentée chez 150 animaux, cette opération a été pratiquée six fois chez l'homme avec succès. Le choix des malades à opérer reste le point délicat et il nécessite une collaboration étroite du cardiologue et du chirurgien.

Quelques progrès dans l'emploi du médicament « Soleil ». — Jean Saidman.

VIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Nice, 19-23 avril 1938

Le VIIe Congrès organisé par la Société française de gynécologie, qui vient de se tenir à Nice du 19 au 23 avril, a remporté un succès aussi important que les réunions précédentes. Ce Congrès, placé sous la présidence d'honneur de l'Angleterre, représentée par le professeur Green-Armytage, de Londres, était présidé par le professeur Chauvin, de Marseille. Le secrétaire général était le docteur Maurice Fabre, de Paris. Un Comité d'organisation local avait été institué, sous la présidence du docteur Gasquet, de Nice.

La question à l'ordre du jour était : « La blennorragie génitale féminine ». M. le docteur L.-M. Pierra assumait les fonctions de rapporteur général.

Six rapports avaient été distribués :

1° L'infection gonococcique chez la femme ;

a) Diagnostic au cabinet du médecin, par M. Pierre Barbellion (Paris) ;

b) L'aide du laboratoire dans le diagnostic de l'infection gonococcique chez la femme, par M. Ch.-O. Guillaumin (Paris).

2° Etude anatomo-clinique de la blennorragie génitale féminine, par MM. Figarella et V. Donnet (Marseille).

3° Complications et séquelles ; la blennorragie maladie sociale ; la stérilité, par MM. L.-M. Pierra et Erlande (Luxeuil).

4° Les traitements, par MM. Maurice Fabre, R.-A. Papillon et André Pecker (Paris).

5° La blennorragie de la femme enceinte et son traitement, par M. Morisson-Lacombe (Nice).

6° La vulvo-vaginite gonococcique des petites filles et son traitement, par J.-E. Marcel (Paris).

PREMIER RAPPORT

L'infection gonococcique chez la femme. 1. Diagnostic au cabinet du médecin, par M. P. BARBELLION (Paris). — L'étude de la blennorragie amène à constater :

1° La fréquence de la blennorragie aiguë chez l'homme ;

2° La fréquence de la blennorragie chronique chez la femme.

Trois grandes notions dominent l'étude de la blennorragie féminine :

1° *Facilité de contamination*, plus grande que chez l'homme, étant donné la disposition anatomique et la multiplicité des foyers féminins ;

2° *Difficulté de guérison spontanée ou thérapeutique*, exigeant des traitements minutieux et prolongés ;

3° *Chronicité*, aspect atténué et prolongation de la maladie, qui souvent ne se révèle que par transmission au partenaire.

Les repaires gonococciques de la femme sont : l'urètre, les replis périurétraux, les glandes de Bartholin, l'utérus, les trompes et le vagin (chez les petites filles).

Le diagnostic ne peut être posé que sur examen microscopique.

Cet examen n'aura de valeur que s'il est fait correctement.

Deux conditions sont à remplir :

1° Prélèvements correctement pratiqués au niveau de tous les repaires et au moment opportun ;

2° Examen bactériologique pratiqué par un bactériologiste compétent.

C'est là que les signes qui permettent de reconnaître le gonocoque prennent toute leur valeur.

On n'admettra comme gonocoque que les diplocoques gram-négatifs en groupe typique intraleucocytaire. En cas

de doute, la réactivation par la bière, l'eau de Vichy, les applications locales de nitrate d'argent seront indispensables.

Le diagnostic du gonocoque est souvent difficile. Il est à la base du diagnostic de la blennorragie. Sans lui, aucun diagnostic valable ne sera posé, aucun traitement logique et efficace ne sera entrepris.

2. L'aide du laboratoire dans le diagnostic de la gonococcie génitale féminine, par M. Ch.-O. GUILLAUMIN (Paris). — Dans la deuxième partie, Ch.-O. Guillaumin expose les particularités des diverses techniques à l'aide desquelles, quand l'examen microscopique direct est devenu insuffisamment précis, le laboratoire peut venir à son tour en aide à la clinique. Il étudie successivement les précautions à prendre lors du prélèvement génital, ou du transport des échantillons, les modes de culture si spéciaux pour le microbe de Neisser, l'isolement et la caractérisation rigoureuse du gonocoque et de ses diverses variétés, aérobies ou anaérobies ; puis la gonoréaction, sa technique au sérum chauffé ou non, le choix de l'antigène, l'intérêt de ses résultats avec la précocité ou la persistance de ceux-ci, et l'utilité de la gonoréaction quand la culture s'avère négative et que le cas n'en demeure pas moins suspect. Enfin, il rappelle diverses techniques complémentaires utiles, telles que l'intradermoréaction aux polysaccharides gonococciques de Grimberg et Mutermilch, la recherche du pH du liquide vaginal de Danis et Opitz, et enfin celle de Mosetti qui s'appuie sur la leucopénie consécutive à l'injection sous forme de vaccin gonococcique de 50 000 à 100 000 germes.

Gonocoques atypiques. — M. Paul ASCH (de Strasbourg).

La réaction de Muller-Oppenheim dans les affections gynécologiques. — MM. BINET, CANEL, DOMBRAY.

Importance clinique de la gono-réaction. — M. Claude BÉCLÈRE (Paris).

Impressions sur la gono-réaction. — MM. J.-E. MARCEL et LAURENT-GÉRARD (Paris).

IIe RAPPORT

Les localisations anatomo-cliniques de la blennorragie génitale chez la femme. par MM. FIGARELLA et DONNET (Marseille). — La blennorragie génitale de la femme doit être considérée comme une maladie cyclique dont l'évolution passe par trois âges : jeunesse, âge adulte et vieillesse.

La jeunesse peut être bruyante comme une flambée ou effacée comme une attaque sournoise. Elle a quatre localisations : périnéo-orificielle, vagino-utérine, annexielle et péritonéale, qui se groupent diversement. On peut distinguer une modalité périnéo-orificielle pure, une atteinte génitale basse, une modalité génitale haute et une forme totale, la panblennorragie génitale aiguë.

Dans son âge adulte, la maladie marque une invincible tendance à se localiser. Ne subsistent des atteintes initiales que les meilleurs habitats, ceux où la flambée d'invasion fut la plus intense ou la moins bien traitée. Dans ces foyers, l'infection est tantôt franche, tantôt sournoise. Mais toujours y surviennent des poussées évolutives.. Elles sont dues à des sortes de réactivations spontanées de gonocoques qui profitent des moments de vitalité diminuée. Elles sont souvent graves et donnent à la maladie un aspect caractéristique.

Malgré son évolution tenace et ses retours de flamme, la maladie blennorragique, comme sa victime et en même temps qu'elle, prend de l'âge et s'affaiblit. C'est ainsi qu'on assiste à l'atténuation progressive de l'infection. Cette atténuation est rarement une *restitutio ad integrum.* Elle laisse ordinairement des reliquats cicatriciels. Parfois enfin elle donne sa succession à de nouveaux germes. Ceux-ci sont malheureusement susceptibles d'entraîner les organes génitaux vers de nouvelles aventures pathologiques.

COMMUNICATIONS

Syndrome abdominal supérieur et thoracique aigu au cours des annexites gonococciques. — MM. I. FLORIAN et I. CLAUDIAN (de Bucarest).

Remarques à propos des gonococcies génitales féminines. — M. Louis NETTER (Paris).

IIIe RAPPORT

Complications et séquelles de la blennorragie génitale féminine ; la blennorragie, maladie sociale ; la stérilité. — MM. L.-M. PIERRA et G. ERLANDE (Luxeuil), étudient d'abord les *éléments étiologiques* qui interviennent dans la genèse des complications et des séquelles de la blennorragie : tendance à la chronicité, prédispositions constitutionnelles (troubles endocriniens, instabilité vago-sympathique) et anatomiques (hypoplasies génitales), associations microbiennes et infections secondaires, rôle du pH vaginal (l'hypo-acidité favorisant le développement du gonocoque).

Ils étudient ensuite les *complications extra-génitales* locales (urétrites, rectites, etc.), régionales (lésions cutanées) et éloignées (gonococcémies, arthrites, endocardites) et les *séquelles tardives* de la blennorragie chez la femme, puis les conséquences de cette affection pour la famille (mari et enfants) et pour la race, s'étendant longuement sur son rôle dans la genèse de la stérilité féminine.

Parmi les mesures de protection que préconisent les rapporteurs pour enrayer le développement de ce fléau familial et social, citons la mise en garde de la jeune fille contre un péril vénérien, l'examen prénuptial dont ils sont les fervents partisans, les consultations antiblennorragiques, la diffusion des méthodes efficaces de traitement, la surveillance des prostituées, etc.

COMMUNICATIOS

La blennorragie féminine, cause principale de stérilité. — M. Claude BÉCLÈRE.

(*A suivre.*)

Association de la Presse médicale française.

PRATIQUE MÉDICALE

L'OBÉSITÉ SIMPLE ET SON TRAITEMENT (1)

Les mesures hygiéniques applicables à l'obésité s'adressent à la sédentarité et aux abus alimentaires ; leur efficacité n'est que relative et leur application souvent pénible. Le traitement médicamenteux est donc indispensable ; la médication dinitrée constitue la thérapeutique de fond de toutes les formes d'obésité simple.

Cette médication est capable d'entraîner par elle-même un amaigrissement notable, beaucoup plus physiologique que celui dû à la thyroxine, celle-ci « brûlant le muscle et fatiguant le myocarde ». L'action de la dinitrophényl-lysidine se rapproche au contraire de celle de l'exercice physique ; cette dinitrophényl-lysidine (dinitra) a de plus l'avantage énorme d'être dénuée de toxicité aux doses thérapeutiques (prof. Pouchet). Nous possédons actuellement, grâce à elle, la seule arme vraiment efficace et maniable sans danger contre l'obésité.

De plus, son association avec l'extrait de lobe antérieur d'hypophyse et l'extrait hépatique (opo-dinitra) donne des résultats particulièrement intéressants dans les obésités endocriniennes (obésités endogènes, syndrome adiposo-génital, obésité de la ménopause).

(1) Jacques BELL. *Journal des Praticiens*, 23 mars 1938, p. 208.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE

L'angine de poitrine est actuellement considérée comme un syndrome autonome, nettement différencié dans le cadre nosologique des algies précordiales.

Il groupe tous les faits cliniques, quelle qu'en soit la cause, qui, séméiologiquement parlant, réalisent :

« Une crise douloureuse paroxystique, de siège habituellement rétro-sternal, à irradiations fréquentes dans le domaine du cubital gauche et surtout : ordinairement constrictive et accompagnée d'angoisse. »

— Ainsi définie, l'angine de poitrine forme un tout dont les éléments obéissent à des étiologies très variées, mais qui présentent tous deux caractères communs, sur lesquels il convient d'insister d'emblée :

1° *La difficulté de leur assigner un pronostic*, tant le facteur évolutif déjoue souvent toutes les prévisions.

2° *L'importance du trouble de la circulation coronaire*, dans le déclenchement des crises d'angor, fait que les travaux modernes ont particulièrement mis en valeur.

CLINIQUE

La « *crise d'angor* » constitue l'élément, la phase essentielle du syndrome.

C'est elle que nous décrirons tout d'abord.

Habituellement. — Il s'agit d'un homme de 40 à 60 ans qui, *brusquement*, au cours d'un effort de nature variable, ressent une douleur atroce, maxima d'emblée, rétro-sternale. Rapidement irradiée dans le bras et l'avant-bras gauches, qu'elle immobilise, cette douleur atrocement constrictive s'accompagne surtout *d'une sensation psychique d'angoisse extrême, de mort imminente* : le malade, figé sur place, le faciès pâle, silencieux, respirant à peine, la main droite à la poitrine comme pour en arracher l'étau qui la serre, semble bien « tout replié sur sa douleur ». Au bout de quelques minutes, l'étreinte se desserre, la douleur se dissipe, dont il ne persiste qu'un endolorissement passager. Finalement, l'angoisse elle-même s'éteint, à moins qu'à l'acmé du paroxysme, le malade ne s'écroule mort, tué par l'accès.

Tel est le tableau habituel que revêt l'accès d'angor, dans son type le plus pur.

Il est susceptible de revêtir, en clinique, quelques modalités différentes, qu'il importe de préciser, et qu'apprend facilement un interrogatoire soigneux.

A. La douleur, élément cardinal du syndrome :

1° *Siège* habituellement derrière le sternum, au niveau de son tiers moyen. Plus rarement, elle est inférieure xyphoïdienne.

2° *Son intensité* est presque toujours extrême. Mais on peut voir tous les intermédiaires, entre la douleur subaiguë typique et la simple gêne rétro-sternale, c'est exceptionnellement qu'elle est remplacée par un *équivalent* (forme viscéro motrice avec syndrome de la « respiration bouchée » de Gallavardin).

3° *Ses irradiations* se font dans la règle dans le domaine du brachial cutané interne et du cubital gauche.

— Mais on peut trouver des irradiations hautes, cervicales.

— Beaucoup plus rarement descendantes, lombaires, testiculaires.

Parfois, ces irradiations *précèdent* la douleur sternale (formes *rétrogrades*).

Parfois encore, elles sont *plus violentes* que la sternalgie.

— Et, à ce sujet, nous insisterons sur la *forme épigastralgique* décrite par Huchard, où la douleur, maxima à l'épigastre, en règle accompagnée de nausées, de ballonnement du ventre, est cause d'erreurs diagnostiques fâcheuses.

Enfin, ces irradiations peuvent manquer (angineux anciens).

4° *Ses conditions d'apparition* doivent être précisées avec un soin tout particulier :

a) Effort notable (montée d'escalier, de pente abrupte ; marche contre le vent)...

— Crise survenant dès la mise en marche.

— Influence de la température extérieure, de l'état digestif...

b) Crise ne survenant que la nuit :

Soit en pleine nuit,

Soit dès que le malade prend le décubitus.

Ces deux modes différents de déclenchement de la crise isolent deux types cliniques particuliers, sur lesquels nous reviendrons.

c) Crise déclenchée par un facteur émotif ou lors d'une époque de la vie génitale, etc...

5° *Les phénomènes sympathiques associés* sont habituellement assez peu accentués :

Paresthésies. Fourmillements dans le domaine de l'irradiation.

Constriction pharyngienne qui vient ajouter encore à l'angoisse.

Polyurie post-critique.

Lorsque leur cortège est impressionnant, le problème étiologique se trouve souvent en partie éclairé et orienté.

B. La sensation d'angoisse est l'élément *psychique* cardinal du syndrome.

Laubry la définit « impression psychique anxieuse et sensation physique de constriction », en traduisant ainsi la part cérébrale et la part motrice.

Très nette lors du 1er accès, elle peut se modifier lors des accès ultérieurs, accentuée qu'elle est par l'anxiété du souvenir des sensations précédentes.

Elle peut dominer le tableau, être plus atténuée au contraire, *mais elle ne manque jamais.*

Telles sont les modalités variées que peut revêtir en clinique l'accès d'angine de poitrine.

— Lorsqu'il est complet et typique, il est aisément reconnaissable.

— Mais lorsqu'un des éléments majeurs du syndrome revêt une forme anormale, le diagnostic peut être plus difficile.

C'est à propos de ces « *états angineïdes* », de ces cas « d'*angors douteux* » que se pose la discussion du *diagnostic différentiel de la crise d'angor.*

Il revient à éliminer :

Les syndromes douloureux thoraciques peu ou pas constrictifs :

— La cellulite pré-cordiale.

— Les névralgies intercostale ou phrénique isolées.

— Le rhumatisme intercostal (Laubry y insiste).

Surtout : le cadre indistinct des *algies précordiales*, de causes multiples, dont l'intensité, très variable, n'est jamais en rapport avec celle de l'effort, qui sont superficielles et souvent très localisées...

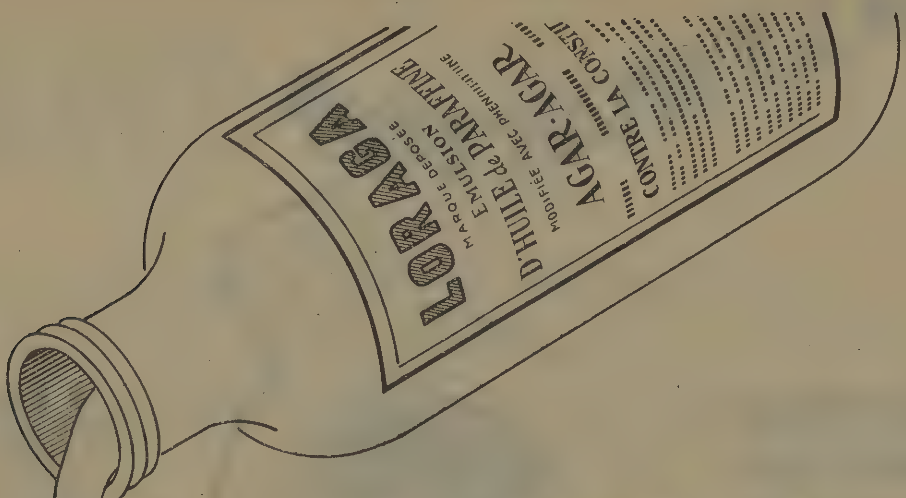
Encore faut-il se méfier d'un diagnostic trop hâtif, et, dans les cas douteux, réserver la possibilité de « *faits de passage* », de transitions vers des accès typiques d'angor. Ils imposent, presque au même titre que les angors francs, une surveillance attentive et suivie du malade, et : *En pratique : dès que la douleur irradie et prend un caractère constrictif, on est en droit de prononcer le mot d'angine de poitrine.*

— Ce diagnostic porté, le problème se pose *de sa cause*

(A suivre.) G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉD., 17, RUE CASSETTE.


LORAGA
MARQUE DÉPOSÉE
ÉMULSION
D'HUILE de PARAFFINE
AGAR-AGAR
MODIFIÉE AVEC PHÉNOLPHTALÉINE
CONTRE LA CONSTI

N° 53. — SAMEDI 2 JUILLET 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital intercommunal de Créteil. — *Concours d'internat.* — Un concours pour 3 places d'internes titulaires et 5 places provisoires, vient d'avoir lieu à l'hôpital de Créteil. Le jury était composé de MM. les docteurs Aubin, Escalier, Métivet, Sureau, chefs de service de l'hôpital, et Pinel, représentant les médecins praticiens du canton.

Questions sorties : Ecrit : 1° Uretère pelvien (sans la physiologie) ; 2° symptômes, diagnostic et traitement du zona ; 3° symptômes, diagnostic et traitement des fractures de la rotule.

Oral : 1° Symptômes, diagnostic et traitement de l'érysipèle de la face ; 2° Perforations des ulcères gastro-duodénaux.

A la suite des épreuves, ont été nommés : internes titulaires : MM. 1. Arnavielle ; 2. Chopard ; 3. Kitmacher. — Internes provisoires : MM. 1. Puiségur ; 2. Couleru ; 3. Mlle Massianni ; MM. 4. Ville ; 5. Galliot.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat en médecine et chirurgie s'ouvrira le 12 septembre 1938. Inscription au siège administratif des hospices, 3, quai des Célestins, jusqu'au samedi 27 août 1938, à 11 heures du matin.

Faculté de médecine de Paris. — Sont prorogés : MM. les agrégés dont les noms suivent : Médecine générale : MM. H. Bénard, Chevalier, G. Laroche, Moreau ; Obstétrique : MM. Portes, Vignes ; Bactériologie : M. Gastinel ; Médecine légale : M. Piedelièvre ; Neurologie et psychiâtrie : M. Lévy-Valensi ; Urologie : M. Fey. Sont rappelés à l'exercice pour la même période, les agrégés libres dont les noms suivent : Médecine générale : M. Chabrol ; Chirurgie générale : MM. Brocq, Gatellier, Quenu.

Legs Augustin Cabanès. — Par décret du 19 juin 1938, le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter, sous réserve, le legs particulier fait à la Faculté par M. le docteur Augustin Cabanès.

Ecole de médecine de Tours. — Le titre de professeur honoraire est accordé au docteur Mercier, professeur, admis récemment à la retraite.

VIIIe Congrès international de « Médecine des accidents et des maladies professionnelles » (Francfort-sur-le-Mein, 26-30 septembre 1938). Le Comité français est ainsi constitué :

Président : professeur V. Balthazard (Paris) ; vice-président : professeur Etienne Martin (Lyon) ; secrétaire chargé de la coordination et de la correspondance : docteur Guy HAUSSER (Paris).

Section : Médecine des accidents : Secrétaire : professeur agrégé Piedelièvre (Paris) ; membres : professeur Crouzon (Paris) ; prof. Imbert (Marseille) ; prof. Lenormand (Paris) ; docteur Henri Desoille (Paris).

Section : Maladies professionnelles : Secrétaire : professeur agrégé Duvoir (Paris) ; membres : prof. Fabre (Paris) ; docteur Kohn-Abrest (Paris) ; prof. Leclercq (Lille) ; prof. agrégé Mazel (Lyon) ; docteur Agasse-Lafont (Paris).

Pour toute demande de renseignements, adhésions, communications, prière d'adresser toute la correspondance au docteur G. Hausser, 6, rue de la Douane, Paris (10e).

XVIe Congrès international de Physiologie. — Le XVIe Congrès international de Physiologie se réunira à Zurich, du 14 au 18 août 1938, sous la présidence du professeur W.

R. Hess. Il sera divisé en six sections : 1° physiologie générale et comparée ; 2° biophysique ; 3° biochimie ; 4° physiologie appliquée (physiologie du travail, physiologie sportive, aviation) ; 5° psycho-physiologie ; 6° pharmacologie.

Adresser les inscriptions au Congrès au professeur E. Rottlin, Sonnenweg 6, Bâle (Suisse).

IIIe Congrès international de Microbiologie. — Le IIIe Congrès international de Microbiologie tiendra ses assises à l'Hôtel Waldorf-Astoria, New-York City, du 2 au 9 septembre 1939, sous les auspices de l'Association internationale des microbiologistes.

Le droit d'enregistrement se montera à 5 dollars et ne couvrira ni le billet d'admission au banquet, ni le coût du volume présentant le compte rendu du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'« American Express Company », qui a été désignée comme agence officielle de voyage pour le Congrès.

Président : T. M. Rivers, Rockefeller Institute for Medical Research, York Avenue and 66th Street, New-York City. — Secrétaire général : M. H. Dawson, College of Physicians and Surgeons, 620 West 160th Street, New-York City. — Trésorier général : Kenneth Goodner, Rockefeller Institute for Medical Research, York Avenue and 66th Street, New-York City.

Avis de concours. — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé (ne faisant pas de clientèle), chargé d'assurer le service des dispensaires antituberculeux de la Côte-d'Or, est actuellement ouvert et sera clos le 30 juillet prochain.

Les conditions de traitement sont les suivantes : 38.000 francs par an, avec augmentation de 2.000 fr. tous les deux ans, jusqu'à concurrence de 46.000 fr. Il est accordé, en outre, une indemnité de résidence de 1.120 fr. et des indemnités pour charges de famille égales à celles des fonctionnaires départementaux.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PROJETS D'ORGANISATION DES HÔPITAUX NATIONALISÉS AMÈNERONT LA MISE EN TUTELLE DES MÉDECINS

Après avoir signalé dans ces colonnes, le 8 juin dernier, le projet de *nationalisation des hôpitaux*, il est indispensable de résumer ce que serait l'organisation envisagée. J'ajoute qu'au cours d'un récent voyage en province, je viens d'avoir une preuve de plus de l'étude toujours plus poussée de la question ; *le ministère vient de demander à plusieurs hôpitaux de ma connaissance quel était l'état de leur actif et de leur passif.* Ceci ne s'était jamais pratiqué. Il est évident que plus les établissements hospitaliers seront riches, plus ils risqueront l'absorption par l'Etat.

Si ce que nous redoutons se réalisait, un budget *unique* assurerait la vie des formations sanitaires (hôpitaux, dispensaires, etc...). Des *Commissions interdépartementales* seraient formées de professeurs des Facultés de médecine, de médecins des hôpitaux, d'anciens internes des hôpitaux de ville de Faculté, de médecins inspecteurs d'hygiène et de fonctionnaires de la Santé publique, des préfets et des délégués des Caisses d'assurances sociales. Il y aurait une de ces Commissions par *région sanitaire* groupant plusieurs départements ; leurs rapports seraient adressés au ministère de la Santé publique, afin de le renseigner sur les projets d'équipement sanitaire du pays. Après quoi, on a l'impression qu'*elles disparaîtraient*.

Les *administrateurs* sortiraient de la section spéciale de la future *Ecole d'Administration* qui soulève tant d'opposition au Sénat. Ces fonctionnaires d'Etat dépendraient directement du ministère qui les nommerait après concours.

Les *médecins* seraient nommés de même et leurs jurys seraient formés de médecins appartenant à des contrées éloignées des pays pour lesquels aurait lieu le concours, à moins que le concours soit *total* pour la France. Bien entendu, les *Commissions administratives des hôpitaux* auraient alors cessé d'exister et *les maires n'auraient plus aucun droit sur les hôpitaux*. De ce fait, le médecin serait désormais dénué de toute influence électorale et c'est grand dommage : il deviendrait mineur.

Les *régions sanitaires* qui se partageraient la France auraient un grand chef, l'*intendant sanitaire* s'appuyant sur un Conseil de gérance, sorte de conseil de composition analogue à celle des Commissions interdépartementales plus haut citées. Ces intendants sortiraient, tel le personnel hospitalier administratif, de l'Ecole d'Administration.

Quant au *ministre*, il serait entouré d'un *Conseil d'hygiène* fort différent du Conseil actuel jugé parfois nettement insuffisant !

***

Les médecins, dans les hôpitaux nationalisés, seraient *sous les ordres* des intendants, tandis qu'à l'heure actuelle ils ne dépendent que *de leur conscience*. De même que dans l'*ancien* Service de santé militaire les médecins étaient sous la tutelle des intendants militaires, de même dans le futur Service de santé *civil* les médecins seraient réduits au rôle d'agents subalternes et de soignants. La maîtrise de l'hôpital leur échapperait totalement.

Le médecin libre va disparaître et le corps médical sera tenu d'obéir PASSIVEMENT sans jamais pouvoir protester.

MAURICE MORDAGNE.

REVUE GENERALE

GLANDES ENDOCRINES, SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF ET GROSSESSE

(Physiologie et Pathologie)

Par M. le docteur Jacques COURTOIS,
Accoucheur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Voici trois ans qu'avec Lecoq (1) nous étudions les *chlores du sang* chez les gestantes et l'effet de l'hormone cortico-surrénale dans les suites de couches ou d'opérations et plus particulièrement dans la maladie obstétricale. *Jointe à l'atropine et au collargol, l'hormone cortico-surrénale semble un excellent préventif des morts subites, des collapsus circulatoires par sidération du système vago-sympathique et réticulo-endothélial, des thromboses, des phlébites, des syndromes toxi-infectieux malins.* En effet, l'insuffisance de la cortico-surrénale semble jouer un rôle important dans la stupeur généralisée du système réticulo-endothélial rendant possible toutes les défaillances organiques généralisées et brutales.

Nous avons, avec Lecoq (2), signalé, dans les *toxémies gravidiques*, la tendance à l'élévation du rapport chloré érythro-plasmatique et Garnier (3) a attiré l'attention sur le *présage redoutable* qu'était, avant une intervention chez la gestante, la constatation d'un chlore globulaire élevé avec rapport élevé.

Les *accidents post-opératoires* graves chez la gestante amènent une hyperchlorémie avec abaissement du rapport chloré. L'excès du chlorure de sodium qui est un électrolyte neutre favorise la floculation des colloïdes et la *thrombose. L'opothérapie corticosurrénale* peut être ici du plus grand secours : elle fait baisser le potassium du sang et peut ramener le chlore total à un niveau plus bas. Elle abaisse surtout le chlore plasmatique et tend à faire remonter le rapport (4). En réalité, elle tend à ramener à la normale le taux des électrolytes.

Chez l'*anencéphale*, les surrénales sont anormales, probablement par absence d'hypophyso-tuber.

Le *Thymus* est atrophié par la grossesse aux dépens de sa corticale. Pour Temesvary, les extraits thymiques régularisent l'action des sécrétions post-hypophysaires qu'elles empêchent de tétaniser le muscle utérin. Le thymus jouerait un rôle dans le métabolisme du calcium de l'œuf et dans la mort fœtale subite. Le thymus peut rendre les *fœtus* volumineux et précocement maturés. D'après Lièvre, les excès de sécrétions thymiques seraient responsables de la myasthénie faciale, avec parésie masticatrice et oculo-motrice. Rivoire a trouvé un potassium bas dans le sang, et le chlorure de sodium augmenté. L'hyperactivité thymique prédisposerait à la tétanie.

Quoiqu'il n'y ait pas de pancréato-stimuline dans le sang des gestantes, l'activité endocrine du *pancréas* est très accrue d'où la constatation d'une glycémie basse habituelle pendant la grossesse. Le pancréas du fœtus est lui-même très actif en fin de grossesse, il contribue ainsi à faire baisser la glycémie du fœtus et par conséquent celle de sa mère, et soulage ainsi le pancréas maternel. L'insuline diminue le glycogène du foie, abaisse la glycémie et augmente la fixation des glucides sur les protides et les lipides des tissus et surtout dans les muscles et par conséquent dans l'utérus.

L'excès de secrétion insulinique détermine souvent des malaises cédant facilement à l'ingestion de sucre. Ces crises fréquentes, à jeun, consistent en hémiparésies, en convulsions, en syncopes, en périodes de stupeur et d'anomalie psychique. Nous n'avons pas observé de polymacronésie : cachexie œdémateuse, hypothermie, bradycardie, hypoglycémie, aménorrhée, hypertrichose, maigreur, œdèmes déclives.

Le pancréas secrète encore une *hormone hypotensive* (Kalikréine) et la *vagotonine* qui augmente le tonus du vague, abaisse la glycémie, elle peut provoquer des malaises après les repas par hypoglycémie, surtout chez les insuffisantes hépatiques et les carencées en vitamine B.

Les *troubles de la glycorégulation* chez la gestante sont fréquents et dus à des modifications variables de l'équilibre endocrinien. C'est ainsi que l'hyperglycémie peut être due à l'insuffisance d'insuline, de folliculine, d'hormone hypoglycémiante duodéno-jujénale, de parathormone, de vagotonine, de la rate et du système réticulo-endothélial, tout aussi bien qu'à l'excès d'hormone diabétogène et d'hormone glycogénolytique de l'hypophyse, d'hormones hyperglycémiantes surrénales et thyroïdiennes.

Les principaux troubles de la glycorégulation sont, chez la gestante (Marcel Labbé) : la glycosurie simple, le paradiabète gravidique, l'intrication des deux, le diabète gravidique, le diabète antérieur à la grossesse.

Dans la *glycosurie simple*, qui ne dépasse pas 20 gr. par litre d'urine, la lactosurie l'accompagne souvent. Ce diabète rénal n'a pas d'expression clinique. La glycémie et l'épreuve d'hyperglycémie provoquée sont normales.

L'hypophyse et le foie semblent provoquer le *paradiabète gravidique* qui cependant peut devenir diabète vrai à une grossesse ultérieure. La courbe d'élimination de glucose est allongée dans l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. Il y a aminoacidurie et urobilinurie et modification du coefficient de Maillard.

Diabète rénal et paradiabète gravidique peuvent être *associés*.

Le *diabète gravidique* dû à une défaillance du pancréas et de la folliculine se voit surtout chez la multipare et s'aggrave le plus souvent de grossesse en grossesse. Rathery a cependant cité des cas améliorés par la grossesse. L'hyperglycosurie se maintient en-

Fin. — Voir *Gaz. Hôp.* n° 51, du 25 juin 1938, p. 833.

(1) Courtois-Lecoq, *Rev. Path. Comp. et Hyg. gén.* 35, 1935, 468, septembre, p. 1159. — Longuet, *Thèse doctorat Médecine Paris*, 1936, 8 janvier, Marcel Vigné, éditeur. — Courtois, *Concours Médical*, 58, 1936, n° 9, 1er mars, p. 644. — Courtois, *Science Médicale pratique*, 16, 1936, n° 11, 1er juin, p. 356.

(2) *La Gynécologie*, 34, 1935, 11, p. 605.

(3) Garnier, *Thèse Doct. Méd. Paris*, 1937, Mars, Vigot, éditeur.

(4) Larget, Lamare, Lecoq, *Bul. Soc. Franç. d'urologie*, 1936, séance du 6 juillet, p. 265.

tre 30 gr. et 75 gr. L'hyperglycémie voisine 2 grammes. Il y a élévation de l'hyperglycémie provoquée. L'asthénie, le prurit, l'azotémie, le précoma, sont des constatations fréquentes.

Parmi les *diabètes antérieurs à la grossesse*, seules les formes non consomptives permettent la grossesse. S'ils peuvent s'améliorer en fin de grossesse, ils deviennent souvent graves d'emblée : cétonémie, somnolence, coma, surtout dans le post-partum ou le post-abortum où l'infection puerpérale et la tuberculose sont fréquentes et redoutables. Nous avons rencontré plusieurs fois des avortements spontanés, des accouchements prématurés d'enfants macérés dus au diabète. La mortalité fœtale est en effet très grande, même au cours du traitement insulinique. Pinard attribue à la syphilis ces morts inexpliquées. Le gros œuf est habituel, par gros placenta, hydramnios, gros enfant. Nous avons été obligés de pratiquer trois césariennes pour anomalie de la contraction utérine et gros enfant (une mort de femme, pas de mort fœtale). Notre cas de mort est dû à un syndrome toxi-infectieux avec azotémie aigue et défaillance cardiaque. (Courtois, Preux, Waxin.)

Les *reins*, outre leur rôle sur la tension artérielle, la diurèse et la toxicité du sang, transforment, grâce à la désamino-oxydase de Krebs, les acides aminés en acides cétoniques et ammoniaque qui sert à neutraliser les acides : les reins contribuent ainsi à maintenir la réserve alcaline du sang.

Ils peuvent effectuer la synthèse des acides aminés avec les acides à noyau aromatique. Ils hydrolysent les lipides, les glucides, oxydent en B les acides gras et fixent les corps cétoniques. (Castaigne et Dastugue.)

Les prolans suractivent, hypertrophient, multiplient les cellules hépatiques.

Le *foie* de la gestante est très tolérant, très résistant, mais ses réserves épuisées (notamment ses *réserves de glucogène* auxquelles contribue la *vitamine B* et un régime normalement équilibré), il peut céder brutalement, il s'atrophie (*atrophie jaune aiguë*), il peut changer ses réserves de glycogène pour des *amas de graisse*, il peut subir la *nécrose centrolobulaire* (dans laquelle interviendrait l'excès de cholestérol). Les *réserves nutritives et plastiques* protidiques, glucidiques, lipidiques, vitaminiques du foie, les réserves sanguines, minérales, hormonales, du système spléno-hépato-porte disparues, la résistance de la femme est à bout, ses *glandes endocrines* dégénèrent et ses *nerfs* sont frappés de polynévrite, et c'est la mort bientôt.

Le foie exerce un *rôle antitoxique*, peut-être par l'hormone antitoxique Yacriton. Il contrôle le *métabolisme du glycogène et des protides*, il produit la glycéro-*phosphatase* dont le taux augmente dans les ictères par rétention et par hépatite (Noël Fiessinger). Les hauts taux de sels biliaires élèvent la leucocytolyse et la libération des ferments des leucocytes et la bilirubinémie. Le foie contrôle le *métabolisme du fibrinogène* (or le taux de fibrine de la Caduque joue un rôle dans le clivage de celle-ci et le déclenchement du travail), la résistance des capillaires et la coagulation du sang. Il doit stocker la *vitamine K* de coagulation qui, en présence de sels biliaires, active la prothrombase. Par la *lipase* qu'il secrète, le foie augmente sa résistance. Dans les hépatites, la lipase diminue dans le foie et dans le sérum (Fiessinger). Le foie transforme les *polypeptides* en urée.

Dans le post-partum, et chez les gestantes opérées surtout, le *foie* peut devenir *insuffisant*, soit qu'il soit vide de ses réserves ou que sa circulation soit bloquée par des spasmes, des paralysies vasculaires, des œdèmes, des infarctus. Il y a de l'amaigrissement, de l'hypotension, de la fonte musculaire et tissulaire, de la déshydratation, de l'agitation, du délire, de la torpeur, des lésions des endothéliums et du sang, des troubles de la coagulation sanguine (hémorragies, thromboses, infarctus) et augmentation dans le sang de l'ammoniaque, des acides aminés, des polypeptides, de l'acide lactique, des corps cétoniques, et dans les urines une élévation du coefficient de Maillard.

Les études sur la *chlorémie* que nous avons faites avec Garnier et Lecoq, et sur le métabolisme de l'eau, avec Bouchacourt, nous ont montré l'importance qu'il y avait à faire passer par voie digestive et non par voie sanguine directe les médications et les aliments. Il faut que les éléments minéraux et organiques arrivent au cœur, aux poumons et à l'ensemble de l'organisme par le système intestin-veine porte-foie-rate, car ils y acquièrent l'élaboration, la *spécificité individuelle* particulière, l'ionisation, la chloruration, l'hydratation, le Ph, les qualités physiques moléculaires, colloïdales et électro-chimiques indispensables à assurer *la permanence de l'équilibre du milieu sanguin*.

Les réserves du foie et de la rate, de l'intestin et du péritoine permettent d'équilibrer les différents éléments du sang qui va gagner, à travers le foie, la grande circulation. Le foie « estampille », en somme, au passage ce sang pour qu'il ne soit pas anormal et toxique. L'eau elle-même s'incorpore en quantité convenable aux colloïdes dont elle devient « *eau de constitution* », ce qui explique qu'elle n'agit pas immédiatement dès son absorption, mais après s'être incorporée aux micelles. L'eau n'agit sur la diurèse, sur les tissus que devenue « *eau de colloïde* ». Il en est de même pour les *électrolytes* (Garnier).

Le Système Réticulo-endothélial est une vaste barrière de défense endocrine maintenant la *spécifité biologique* et les *constantes* moyennes physico-chimiques *nécessaires à la vie*. Il lutte contre l'infection, l'intoxication ; il est l'agent des sensibilisations. Il contrôle l'*équilibre sanguin*, la *stabilité de ses colloïdes*, il lutte contre les floculats. C'est l'agent de *réglage des perméabilités* vasculaires et des *échanges humoro-tissulaires*, contrôleur des absorptions, des éliminations, des seuils.

Il est responsable du *métabolisme de l'eau et des* électrolytes.

Ses *anomalies* entraînent : la stérilité, l'hémogénie, les hémorragies, l'hydramnios, les infarctus, les thromboses, les œdèmes, les déshydratations, l'albuminurie, les toxémies gravidiques, le syndromo-toxi-infectieux post-opératoire, la maladie obstétricale.

Pendant toute la grossesse, le *Système Réticulo-endothélial utéro-placentaire* empêche le passage des hormones du fœtus à la mère et vice-versa. En fin de grossesse, le système réticulo-endothélial se déblo-

que et beaucoup de substances et d'hormones circulent alors entre fœtus et mère.

Si le Système réticulo-endothélial est *dirigé par le Système vago-sympathique*, à son tour, par la sensibilité de ses cellules aux modifications humorales chimiques et physiques, *il excite ou déprime le vague et le Sympathique*.

Après l'accouchement, le système réticulo-endothélial, qui assurait le réglage des échanges fœto-maternels, est soumis brutalement à un *travail intense de désintégration*, de fixation, des *produits* abondants *du métabolisme intermédiaire* provenant de l'involution utérine et qui sont *toxiques et sensibilisants*. L'abondance extrême de ces produits, l'excès de la désintégration utérine expliquent la *diminution de résistance des accouchées :* la tendance aux thromboses, la facilité des infections utéro-péritonéales aiguës par saturation toxique du système réticulo-endothélial, la mauvaise cicatrisation des tissus utérins [qui tendent à s'hydrolyser dans le post-partum alors qu'ils cicatrisent admirablement au cours de la grossesse (par exemple : myomectomie) parce que l'utérus est en pleine métamorphose d'hypertrophie et de multiplication cellulaire].

Les *produits toxiques* du métabolisme intermédiaire passent nombreux dans les vaisseaux pulmonaires dont ils irritent les endothéliums provoquant ainsi des *spasmes*, puis des *thromboses*, souvent mortelles. C'est le cas des *redoutables thromboses in situ des artères pulmonaires* survenant le quinzième jour après les césariennes, plus spécialement chez les femmes dont le système cardio-vasculaire infantile est sujet aux spasmes circulatoires. (Courtois, *Journal des Praticiens*, 50, 1936, 32, 8 août, p. 517).

La *rate* n'est qu'une *partie spécialisée du système réticulo-endothélial*. Elle contrôle le métabolisme intermédiaire des protides. Elle est agent d'hémolyse. Elle élaborerait le cholestérol aux dépens des graisses neutres. Elle réglerait le cycle des métabolismes intermédiaires. Elle pourrait à la rigueur vicarier l'insuline, et, en corrélation avec le foie, elle assure la constance du milieu sanguin.

Elle est une grande *réserve d'acétylcholine* (Dale) et possède donc un pouvoir élevé sur le vague et sur le tonus vasculaire. Elle augmente la *fixation des sels minéraux sur le squelette* et influence l'hématopoïèse de la moelle osseuse où augmentent les globules nucléés, les normoblastes et les corpuscules de Jolly (Soula). La suractivité des mégacaryocytes augmente les plaquettes et la régénération sanguine est plus rapide. Les échanges respiratoires sont accrus. *Une hormone splénique excitatrice de l'hématopoïèse* déterminerait la réaction réticulocytaire.

La Rate est un *réservoir* qui peut se dilater et se contracter (Binet).

La *contraction* est produite, en cas de petites hémorragies, par les fibres musculaires lisses de la capsule et des trabécules. Les artères contractées sont vides. Le sang cesse d'affluer. Les mailles du réticulum de la pulpe rouge ont perdu leurs hématies normales libres dans les sinus veineux caverneux vides, largement ouverts dans les béantes veines trabéculaires afférentes. Il apparaît de la polyglobulie dans le sang circulant. Dans les hémorragies de post-partum, l'afflux de liquide mis en réserve (œdèmes, ascite, imbibition gravidique) se combine à la chasse globulaire par splénocontraction pour reconstituer un sang normal. Ne serait-ce pas par splénocontraction due à l'adrénaline, que l'émotion et la confiance permettent à une accouchée choquée de surmonter, sans transfusion, un état général gravement défaillant ? (Ce que Metzger appelle la transfusion de confiance.)

L'abondance des fibres élastiques permet à la rate de se *dilater* sous l'influence, par exemple, d'injection de sérum ou de transfusion de sang. Le sang arrive par les artères. Son courant très ralenti permet la sédimentation dans le réticulum. Il en résulte un sang très riche, très concentré, en hématies, leucocytes, plaquettes. C'est une véritable réserve d'éléments figurés.

Après cette longue énumération, nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé toute la liste des hormones, des sécrétions internes mises en jeu par la grossesse. Beaucoup de *substances du métabolisme intermédiaire* (normal ou dévié) des protides, lipides, glucides jouent un rôle d'excitateur, de freinateur, de suppléance, d'antagonisme, en bref se comportent comme de véritables hormones dont il serait impossible de dresser un tableau même approximatif. Rappelons seulement les *ferments*, les *enzymes* qui luttent contre l'agression de l'œuf, les enzymes ovulaires qui détruisent la caduque maternelle, — les *cytopoiétines* (Carnot), les *tréphones* (Carrel) que supposent les multiplications cellulaires ovulaires, — les ferments de désintégration placentaire et utérine, qui, lorsqu'ils agissent avant terme, peuvent amener la mort du fœtus, et l'hydrolyse de l'utérus, qui devient imbibé, gélatineux, de la consistance du « buvard humide ».

C'est par l'étude du métabolisme intermédiaire normal et pathologique dans la symbiose fœto-maternelle que s'éclairera la pathologie de la grossesse, de la gestante, du fœtus, et de l'accouchée.

Les *hormones règlent le tonus du système nerveux végétatif* dont les nerfs peuvent être adrénalinergiques, acétylcholinergiques, histaminergiques. Un changement dans l'équilibre hormonal entraîne un nouveau réglage des tonus vago-sympathiques.

Les sécrétions pancréatiques et cortico-surrénales excitent le vague ; les prolans, les hormones hypophysaires (1) et thyroïdiennes stimulent le sympathique, surtout thoraco-lombaire. Les sécrétions thymiques excitent la partie thoraco-cervicale du sympathique. La post-hypophyse exalte les fibres motrices du ganglion mésentérique inférieur. Les hormones ont donc une action spéciale sur un type de nerf donné et dans une région particulière de ce système. L'adrénaline mime l'action du sympathique, la tyramine possède une action voisine. L'acétylcholine mime l'action du vague ; l'histamine possède une action semblable à celle des nerfs histaminergiques. Outre les hormones, les floculats, les sels minéraux exaltent ou dépriment le vague et le sympathique. Le potassium excite le vague ; le calcium et le magnésium, le sympathique.

(1) L'hypophyse influence les centres nerveux végétatifs supérieurs de l'hypothalamus.

Si les hormones modifient le tonus vago-sympathique, le réglage du *système nerveux végétatif commande les glandes endocrines et leurs sécrétions.* Leriche a montré que l'ablation du ganglion sympathique cervical supérieur réactive l'hypophyse ; celle du ganglion moyen, les parathyroïdes. L'énervation sinu-carotidienne suractive les surrénales. Conformément à ce que nous venons d'écrire plus haut, la grossesse excite ou freine le vague ou le sympathique selon le moment considéré et selon la partie envisagée de l'organisme.

Les hormones déversées par l'œuf, au niveau de son insertion, dans l'endomètre et le myomètre inondent et imbibent les nerfs de l'utérus. *Les hormones* (1) *suivent le trajet des nerfs de l'utérus* et dès le début de la grossesse ils en modifient le réglage. Le sympathique en rapport avec les racines de D 10 à L 3 (centre génital lombaire) et le vague (nerfs sacrés érecteurs) de S 1 à S 4 (centre génital sacré) sont le plus intensément et les premiers modifiés. Il en résulte une *hyperémie*, une *imbibition gravidiques* de tout le territoire considéré. Les uretères se laissent dilater, la vessie augmente de capacité et de tolérance ; le segment terminal du rectum devient moins contractile, le péritoine plus tolérant, la vésicule biliaire perd son tonus et peut se dilater. Des *vaisseaux énormes* irriguent les organes pelvi-abdominaux et des *anastomoses vastes* les font communiquer avec le système porte et avec le système veineux rachidien. Le bassin contient d'immenses lacs vasculaires communicants. Dans le même territoire nerveux, apparaissent une hypertrophie de la paroi abdominale, des vergetures, des troubles de la pigmentation. La paroi abdominale s'amplifie, s'éventre, se ramollit, se laisse distendre bien avant d'être dilatée mécaniquement par l'hypertrophie gravidique : elle fuit devant l'utérus grossissant. Les troubles de compression abdominale sont donc très rares.

Dans ce même territoire nerveux, les femmes se plaignent de *douleurs pelvi-lombo-crurales* avec paresthésies, crampes, varicosités, prurit, œdèmes, parfois même troubles moteurs (dérobement des membres inférieurs). Ces phénomènes sont très accentués, et même aggravés de tachy-arythmie, quand il y a *déséquilibre alimentaire acidosique* par *excès de glucides*, et *avitaminose B* (Courtois-Lecoq). Cette imprégnation des nerfs par les hormones et les produits du métabolisme intermédiaire présage souvent un accouchement très rapide.

Ces polynévralgies très douloureuses sont très fréquentes chez les thyroïdiennes, chez les éthyliques, les infantiles, les femmes atteintes d'insuffisance polyendocrinienne (hérédo-syphilitiques ; carencées de l'enfance, notamment par l'allaitement artificiel). Ces femmes sont la proie facile de la colibacillose.

Par ce qui va suivre, nous allons montrer la variabilité, selon les segments, du tonus neuro-végétatif.

Chez la gestante, l'*asthénopie accomodative*, la *mydriase*, fréquentes, dénotent une certaine hypotonie du vague (2). La *sialorrhée* qui peut être extrême est au contraire due à une exaltation du vague (1). Il en est de même de la rougeur et des sueurs de la face. L'exophtalmie indique une excitation sympathique (2). L'excitation de la tête du cornet nasal inférieur peut, par irritation du sympathique, déterminer une métrorragie. L'excitation du vague au niveau du ganglion spléno-palatin peut expliquer les coryzas et les larmoiements du début de la grossesse. L'excitation sympathique entraîne une légère *accélération du pouls* chez la gestante, l'excitation du vague, son ralentissement chez l'accouchée.

(1) Tout comme les toxines diphtériques et tétaniques, colibacillaires, comme certains anesthésiques ou poisons.

(2) Nerf ciliaire court ganglion ophtalmique. Noyau pupillaire du pédoncule (mésencéphale).

Le vague est le nerf d'arrêt du cœur, il détermine des palpitations, un pouls lent, instable, avec extrasystoles, de l'hypotension, des vertiges, des *syncopes*, de l'angoisse, de l'angine de poitrine (3). Le sympathique déclenche de la tachycardie, de l'hypertension, des *battements vasculaires*, de la *tête et du cou*.

L'excitation du vague peut entraîner de l'asthme. Les spasmes vasculaires déclenchés par des floculats ou un excès de substances toxiques du métabolisme intermédiaire (Courtois, Lecoq) entraînent au niveau des vaisseaux pulmonaires (4) de l'œdème aigu, des infarctus, des *thromboses* qu'une infiltration du sympathique cervical inférieur peut guérir (Leriche ; Courtois) ou que l'atropinisation (Villaret ; Lamare, Larget) peut prévenir.

Cette thérapeutique doit être tentée en cas d'*embolie* massive, car il y a toujours spasme surajouté obturant le calibre artériel.

Par ailleurs, nous avons vu l'*incision* d'un abcès du sein sous anesthésie donner une *syncope respiratoire* avec cyanose intense qui faillit être mortelle. *L'excitation du sein* par la tétée détermine des *contractions utérines.*

Le vague est excitateur de la motricité et des glandes du tube digestif, de l'œsophage au cœcum. Le sympathique est le nerf des sphincters du tube digestif.

L'hypervagotonie entraîne souvent des *nausées*, des *spasmes de l'œsophage*, de *l'aérophagie*, des éructations du *pyrosis*, de l'hyperchlorhydrie, de l'*hypersécrétion peptique*, des *vomissements*, de la *constipation* par spasme colique, voire même de la diarrhée, de l'entérite muco-membraneuse.

L'excitation du sympathique est responsable des *douleurs épigastriques* et abdominales spontanées et provoquées, des digestions lentes avec ballonnement et somnolence, de la constipation.

Mais le plus souvent la *crise solaire* est un *complexe* d'irritation vago-sympathique caractérisé par des algies épigastriques, de l'aérophagie, des digestions lentes, des *battements aortiques*, de la tachycardie, de l'hypertension.

La vésicule biliaire est très douloureuse en fin de grossesse par compression par le fond utérin ou par

(1) Noyau salivaire du bulbe (myélencéphale); supérieur : ganglion maxillaire; inférieur : ganglion otique.

(2) Ganglions cervical supérieur.

(3) La mort est à redouter chez les femmes qui souffrent de sympathologie précordiale pendant le travail d'accouchement. C'est un signe de fatigue précédant de peu la syncope mortelle ou le collapsus.

(4) Les spasmes des vaisseaux pulmonaires sont très fréquents et précèdent toujours la thrombose qui les entretient à son tour.

réflexe provenant de la présence de la tête fœtale dans la corne utérine droite (présentation du siège).

Le plus souvent, la recherche du *réflexe oculo-cardiaque* indique, pendant la grossesse, une accélération du pouls déjà rapide ; pendant les dernières 24 heures précédant le travail, une réponse nulle ; dans les suites de couches, une tendance à la bradycardie. Le *réflexe solaire*, la modification du pouls par *station debout* donnent le plus fréquemment les mêmes réponses. Les *nausées* et *vomissements* sont souvent déterminés par la *ptose* et la *dilatation* post-prandiale de l'estomac dans la position debout et par la *douleur de la paroi abdominale* qui subit les efforts de vomissements. Le sympathique donne à l'*utérus* son *tonus*, son fond de contraction permanente, une partie de sa rétractilité et il facilite la *dilatation du col* et du segment inférieur.

Le vague ferme le col utérin (1) ; son excitation permet des *efforts expulsifs* utérins *très violents*. L'atropine et la rachianesthésie relâchent le col, suppriment son *spasme* et le laissent dilater. Le plus souvent spasme du col, *contracture utérine*, spasme des releveurs de l'anus et du périnée vont de pair ; il s'agit de bassins rétrécis infantiles à *parties molles inextensibles*. Le *spasme* et le *vaginisme* défendent les parties molles contre une distension qu'elles ne peuvent subir sans grave offense : attention alors au périnée !

L'*énervation du système génital* n'entrave ni la fécondation, ni la gestation, ni l'accouchement, ni l'allaitement. Et cependant l'ablation de l'utérus entraîne la dégénérescence de ses pédicules nerveux et de ses centres nerveux médullaires.

L'accouchement et la délivrance correspondent à un très grand vide abdominal et à la brusque suppression de l'*anévrysme artério-veineux* que constituait la circulation utéro-placentaire maternelle. Il faut donc rapidement, pour éviter le *déséquilibre circulatoire*, un nouveau réglage des *courants vasculaires* et notamment des *anastomoses* porto-caves et pelvi-rachidiennes. C'est dire l'important rôle du sympathique : qu'il y ait défaillance et c'est le *collapsus vasculaire* avec paralysie des cœurs périphériques. Ce phénomène est particulièrement à redouter.

L'*excitation du Douglas*, de la base du ligament large et de l'orifice interne du col utérin peut provoquer du choc grave, ou même l'arrêt inspiratoire. Ce sont des *zones très dangereuses*.

Enfin, citons qu'après *symphysiotomie* sous-cutanée partielle à la Zarate, même s'il n'y a pas agrandissement permanent du bassin, la femme le plus souvent accouche spontanément de fœtus plus volumineux. Il semble que l'ampliation artificielle du bassin avec lésion de l'articulation de la symphyse pubienne modifie heureusement la *trophicité des os et des muscles* du pelvis, puisque la mécanique obstétricale ultérieure s'en trouve améliorée (Courtois, Balazuc).

Les *vagotoniques* sont souvent tristes, anxieuses, mélancoliques. Elles sont sujettes aux sueurs profuses, aux bouffées de chaleur, au dermographisme, à la cyanose des extrémités, à la cryesthésie, au trophœdème et à l'œdème angioneurotique de Quincke.

(1) Les vagotoniques ont tendance à accoucher en retard, et leur dilatation se fait plutôt lentement.

Les *sympathicotoniques* sont émotives, violentes, facilement fébriles, sujettes à des douleurs diffuses, bilatérales, variables, mais ne laissant pas de trêve et accompagnées de paresthésies pénibles (engourdissements, fourmillements des doigts). Leur peau est sèche, pâle, fréquemment semblable à la chair de poule. Elles souffrent de ptoses, de colite, de syndrome de Raynaud, d'érythromélalgie, de claudication intermittente. Leur bouche est sèche ; elles font aisément de la glucosurie, et des spasmes vasculaires.

Les *spasmes vasculaires* se voient de préférence chez les tarées héréditaires (hérédo-syphilis pour Frühinsholz) et les infantiles qui ne peuvent hypertrophier suffisamment leur appareil cardiovasculaire. Les vaisseaux, ne suffisant à fournir le débit sanguin demandé, se spasment. Ce cas est particulièrement fréquent dans les toxémies (éclamptisme, apoplexie utéro-placentaire, anémies post-hémorragiques).

Les spasmes vasculaires entraînent une *rigidité de la paroi vasculaire* dont la pulsation disparaît. On voit ainsi apparaître des hémiplégies transitoires, de l'aphasie passagère, de l'amaurose, de l'éclampsie, de l'apoplexie utéro-placentaire, de l'hypertension (dont la caractéristique est la variabilité d'un examen à l'autre et d'un bras à l'autre). Il y a *déréglage des cœurs périphériques*, surtout au niveau de l'utérus, du foie, du rein, du mésentère, du cerveau.

Dans la pathologie neuro-vasculaire de la grossesse, citons les *états de pluri-carence*, avec chute dans le sang du calcium, des chlores, de la réserve alcaline, de la glycémie, et état de collapsus, d'agitation et de psychose.

Il s'agit souvent de sous-alimentation, parfois aggravée par l'éthylisme. Une réhydratation, une reminéralisation, des injections de sérums salé ou sucré, et l'absorption de bicarbonate et de calcium suffisent à guérir ces cas inquiétants. Sinon l'évolution se fait vers la *sidération totale du système nerveux végétatif* avec *collapsus général*, paralysie des cœurs périphériques, hémorragies multiples des différents viscères, et syndrome pseudo-occlusif sans occlusion. La mort survient dans la défaillance aiguë de tout l'organisme.

On ne trouve à l'autopsie que des infarctus viscéraux sans lésion utérine. Mais ces infarctus s'étendent aux viscères du fœtus. Nous pensons qu'il s'agit d'une *paralysie générale du système nerveux végétatif* par carence d'hormones et de substances minérales et organiques nutritives et excès de toxines, de désassimilation maternelle et fœtale. Et à aucun moment, la femme n'a présenté d'éclampsie ou de localisation particulière à un organe (Courtois, Bouchacourt).

Conclusions

L'afflux des hormones propres à la grossesse détermine un nouvel équilibre du système endocrinien et des nerfs végétatifs. Il en résulte des phénomènes de métamorphose, d'accélération des métabolismes, d'appel aux réserves, d'hypertrophie, d'imbibition, de vascularisation caractéristiques de l'état gravidique. Ces modifications, indispensables à l'évolution de la symbiose fœto-maternelle, se font sans heurt, mais non pas sans symptômes, quand les endocrines et le système nerveux maternels ne sont pas déséquilibrés

et quand les réserves de son organisme sont entièrement normales, en bref, quand la femme est saine : la grossesse fait la preuve de l'intégrité des organes. Chez la femme malade, dont les glandes endocrines sont insuffisantes et le système nerveux végétatif déréglé, — ce qui est particulièrement le cas des infantiles, des hérédo-syphilitiques, les éthyliques, — Chez les femmes sous alimentées et carencées, — aux réserves épuisées, — les accidents les plus graves, les plus subits sont à redouter au cours de la puerpéralité, surtout après intervention chirurgicale (Maladie obstétricale). On se méfiera tout particulièrement de certaines zones réflexogènes déterminant des spasmes et des inhibitions réflexes dès qu'on les atteint.

De ce travail, il ressort qu'une grande partie de la pathologie obstétricale est avant tout fonctionnelle, les lésions anatomiques ne survenant que bien longtemps après le trouble qui les explique et les provoque. D'une connaissance précise des troubles fonctionnels, des dérèglements endocriniens et neuro-végétatifs, et des altérations du système réticulo-endothélial résultera une thérapeutique préventive et curative efficace des toxémies, chocs, collapsus, syndromes toxi-infectieux, spasmes vasculaires, thromboses, infarctus, apoplexies, hémorragies, caractéristiques de la pathologie puerpérale grave. Il faut enfin s'attacher à dépister tous les réflexes dangereux (et les zones réflexogènes) et les troubles fonctionnels, douloureux ou non, provoqués par l'état gravidique.

BIBLIOGRAPHIE

Andrée Cellière. *Rev. prat. Biol. appl.*, 30, 1937, 12 déc. p. 353.

Henri Stévenin et B. Ginsbourg. *La Médecine internationale*, XLVI, 1938, 3 mars, p. 69.

A. Rivoire. Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie, 1937, 1 vol., Masson, édit., Paris.

Encyclopédie médico-chirurgicale. Obstétrique, tome Ier :
Max Aron, 1934, 5.005, p. 10.
Lucien Brouha, 1934, 5.011, p. 4.
A. Laffont, H. Fulconis, 1934, 5.048, p. 2.

Jacques Courtois. *Journal des Praticiens* :
50, 1936, 30, 25 juillet, p. 492 ;
51, 1937, 2, 9 janvier, p. 56 ;
51, 1937, 36, 4 septembre, p. 1657 ;
51, 1937, 39, 25 septembre, p. 630 ;
52, 1938, 13, 26 mars, p. 213 ;
52, 1938, article à paraître sur « Troubles fonctionnels en obstétrique ».

Courtois, Longuet, Lecoq. *La Gynécologie*, 35, 1936, 4 avril, p. 216.

André Longuet. *Thèse doctorat médecine*, Paris, 1936, 8 janvier, Marcel Vigné, édit.

Labbé et Dreyfus. *Gynécologie et Obstétrique*, 1935, 1er juillet.

Courtois et Bouchacourt. Métabolisme de l'eau et grossesse. Article à paraître in *Rev. Path. comp. et Hyg gén.*, 1938, mai-juin. — Les régulations hormonales, J.-B. Baillière, édit., Paris, 1937.

André Thomas, *Le Monde médical*, 1937, 900, juin, p. 704.

Jean Lhermitte, *Le Monde médical*, 47, 1937, 900, juin, p. 744.

VIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE (1)

Nice, 19-23 avril 1938

IVe RAPPORT

Les traitements de la blennorragie génitale féminine. — MM. Maurice Fabre, Papillon et Pecker. — M. Maurice Fabre expose les traitements médicaux locaux de certaines localisations basses de la blennorragie génitale féminine : vulvo-vaginite, urétrite, skénite, métrite du col, rectite.

Il insiste sur la complexité du traitement qui, pour être curateur, ne doit négliger aucun des repaires du gonocoque et sur la nécessité pour le thérapeute d'associer constamment le laboratoire à la clinique.

Puis il aborde le problème de la vaccinothérapie qui, à sa naissance, avait suscité un grand enthousiasme parmi les gynécologues, et conclut que cette thérapeutique ne saurait, employée seule, amener la guérison de la blennorragie génitale féminine.

A son avis, cependant, les vaccins et surtout les autovaccins bien préparés sont susceptibles de rendre de grands services.

M. F.-A. Papillon s'est attaché plus particulièrement au traitement chirurgical de complications de la blennorragie génitale féminine : bartholinite et métrites chroniques, salpingo-ovarite et pelvi-péritonite.

Dans la blennorragie des annexes, conclut l'auteur, avec le développement des méthodes d'agents physiques, les opérations partielles restent rarement indiquées et, avec J.-L. Faure et Siredey, on est amené à conseiller de retarder l'intervention en laissant le temps faire son œuvre. Si, néanmoins, l'opération ne peut être évitée, il faut savoir ne pas s'obstiner à des conservations parcellaires trop parcimonieuses, points de départ de réveils inflammatoires ou douloureux. La chirurgie conservatrice ne doit pas perdre de vue ses deux seuls buts : fécondation et menstruation.

M. André Pecker, considérant que toutes les méthodes physiothérapiqes locales doivent être doublées, lorsqu'elles s'adressent à des lésions gonococciques, d'un traitement général, vaccinothérapie ou chimiothérapique, passe rapidement sur elles, se bornant à signaler ce qu'il considère comme les meilleures techniques à employer, dans les diverses localisations de l'infection gonococcique.

Vulvites, vaginites, urétrites bénéficient souvent des courants de haute fréquence. Les skénites doivent être coagulées. Il en est de même pour les exocervicites et les endocervicites, mais, pour les métrites corporelles, la vieille ionisation à l'argent garde ses partisans.

Les annexites aiguës peuvent être traitées par la radiothérapie à faibles doses (50 *r* par séance), ou par les infrarouges (Sappey). Quant aux salpingites subaiguës ou chroniques, elles sont habituellement le triomphe de la diathermie, tant à ondes amorties qu'à ondes entretenues, longues ou courtes.

Mais la méthode physiothérapie la plus intéressante dans la blennorragie est certainement celle d'Halphen et Auclair, car elle peut se suffire à elle-même. Ces auteurs pratiquent actuellement un « échauffement régional » aux ondes courtes, faisant généralement trois séances de six heures environ, et cherchant à obtenir une température urétrale et vaginale de 41° au moins. Cette méthode, avec laquelle la température centrale, prise dans la bouche, n'est que de 38° environ, est moins fatigante que l'électropyrexie proprement dite, et donnerait de meilleurs résultats, mais la difficulté technique en gêne la diffusion.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 52, du 29 juin, p. 855.

La chimiothérapie, qui, de tout temps, a été employée comme médication adjuvante, n'a pu être considérée comme une méthode exclusive qu'après l'introduction, en 1925, par le professeur Jausion, des dérivés acridiniques par voie veineuse et sa campagne pour des dispensaires gonoprophylactiques où les blennorragiens seraient traités par la chimiothérapie, et contrôlés par la gono-réaction.

L'action de ces dérivés acridiniques doit être renforcée suivant le terrain où évolue la maladie, par certains corps pouvant se combiner à eux, tels que : cacodylate de soude, aluminate de cuivre, bleu de méthylène, violet de gentiane, thorium X... Plus de 200.000 injections intraveineuses relevées par le rapporteur attestent l'innocuité pratique de cette acridinothérapie, dont il signale d'ailleurs les différents incidents possibles.

En dehors de ces dérivés, et à part quelques corps chimiothérapiques adjuvants, la majeure partie du rapport est consacrée à l'étude des dérivés de la para-amino-phényl-sulfamide récemment introduite dans la thérapeutique antigonococcique par Dees et Colston, aux Etats-Unis, et par Durel, en France.

Une longue revue des différents accidents signalés montre la fréquence (50 p. 100) des petits incidents et le caractère exceptionnel (environ 1 p. 100.000 malades) des accidents graves eu égard à la consommation mondiale de para-amino-phényl-sulfamide. Les doses fortes de para-amino-phényl-sulfamide (3 à 4 grammes), nécessaires si l'on veut faire de la chimiothérapie exclusive, sont à la limite de la tolérance, et, en adoptant une posologie plus réduite (ne dépassant pas 3 grammes), les résultats sont moins brillants.

L'auteur termine par les indications de chimiothérapie (acridinothérapie ou dérivés de la para-amino-phényl-sulfamide) suivant les différentes formes de blennorragie, et, à propos des annexites, le rapporteur appelle l'attention sur la calcithérapie, qui amène le plus souvent la disparition des douleurs en vingt-quatre heures et facilite la résorption de l'empâtement des culs-de-sac.

COMMUNICATIONS

Le traitement de la blennorragie par les injections intradermiques de gonocoques vivants. — M. Loeper (Londres).

Le traitement de la vulvo-vaginite blennorragique de la femme châtrée par la folliculinothérapie. — M. Sabatier (Montpellier).

Diathermie et électro-coagulation dans le traitement de la blennorragie féminine. — M. Claude Béclère (Paris).

A propos du traitement de la blennorragie féminine par le 1162 Fr. – MM. J. Gaté et P. Cuilleret (de Lyon).

Résultats du traitement par la paramino-phényl-sulfamide à la consultation de gynécologie de Saint-Lazare. — M. Ch.-E. Boursat (Paris).

Les sulfamides dans le traitement de la blennorragie féminine (premiers résultats). — M. Claude Béclère.

Ve RAPPORT

La blennorragie de la femme enceinte et son traitement, par M. A. Morrisson-Lacombe (de Nice). — Les efforts de prophylaxie en ont nettement diminué la fréquence, mais on retrouve encore la blennorragie chez 3 à 4 p. 100 de femmes enceintes. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, en général, la grossesse ne provoque pas d'aggravation manifeste de la blennorragie, et souvent même les suites de couches sont simples. Mais il y a des exceptions, et celles-ci sont graves : soit par leur chronicité, endométrites et périmétrites douloureuses, salpingites oblitérantes aboutissant à une stérilité secondaire et rendant la femme plus ou moins invalide et infirme — soit par leur intensité,

pelvi-péritonites, septicémies avec localisations articulaires ankylosantes.

Il en résulte que, chez la femme enceinte, la blennorragie devrait être recherchée de façon systématique, au moindre symptômes qui attire l'attention, et en des points précis : urètre, Shene-Bartholin.

Le traitement est avant tout prophylactique, prophylaxie générale et individuelle avant la gestation. Les traitements locaux pendant la gestation ne peuvent être que modestes, mais néanmoins il ne faut pas négliger les petits soins d'antisepsie vulvo-vaginale. Pendant l'accouchement, on devra éviter de façon absolue les examens, les interventions obstétriques, sauf nécessité impérieuse. Après l'accouchement, repos prolongé et glace, lever tardif priment de beaucoup tous les autres traitements.

Les traitements généraux restent la vaccinothérapie, encore très discutée, et la chimiothérapie ; celle-ci est à l'ordre du jour et semble devoir être la médication de l'avenir, quand on aura acquis la certitude que, bien conduite, elle ne peut nuire ni à la mère, ni à l'enfant.

VIe RAPPORT

La vulvo-vaginite des petites filles et son traitement, par M. J.-E. Marcel. — La vulvo-vaginite gonococcique ne mérite pas pleinement son nom, puisque, en réalité, la *gonorrhée des petites filles* est le plus souvent non seulement une vulvo-vaginite, mais aussi une urétrite, une cervicite et quelquefois une anorectite.

C'est une affection qui n'est pas rare, mais qui n'est pas la plus fréquente des vulvo-vaginites proprement dites. Elle se recontre à n'importe quel stade de l'âge prépubertaire et dans tous les milieux ociaux. La contamination se fait dans la règle par contage indirect ; c'est une « gonorrhée imméritée ».

Cliniquement, elle se manifeste sous trois formes d'à peu près égale fréquence : aiguë, subaiguë, et surtout latente. Elle subit d'ailleurs rarement les complications locales ou à distance communes à toute blennorragie, une seule lui est propre : la péritonite, qui, heureusement, guérit spontanément.

Infection en général longue, parfois désespérante par ses récidives, la vulvo-vaginite est d'un pronostic fonctionnel à distance bon. Elle pourrait cependant laisser des séqueiles fâchauses pour la vie génitale future de l'enfant lorsqu'elle atteint, ce qui est relativement rare, l'appareil génital supérieur. On conçoit qu'elle prend alors une importance sociale indiscutable.

Il est impossible de séparer son diagnostic clinique du diagnostic bactériologique, qui seul permet d'éliminer les vulvo-vaginites proprement dites, mécaniques, chimiques, microbiennes, parasitaires, etc. Dans les formes aiguës, ces deux diagnostics sont faciles ; dans les formes subaiguës et surtout latentes, ils sont, l'un comme l'autre, particulièrement ardus et trop souvent confiés à des yeux incompétents. Il faut, donc, se montrer particulièrement circonspect et s'entourer de toutes garanties. La gono-réaction confiée à un laboratoire qui en a l'habitude, et pratiquée avec un antigène spécifique, sera fréquemment utile pour le diagnostic d'infection et de guérison de la vulvo-vaginite gonococcique de l'enfant, comme de toute gonococcie en général.

Le traitement classique par des injections vaginales ou les instillations de substances antiseptiques aussi diverses que fréquemment variées compte des succès incontestables. Il a contre lui ses difficultés, sa longueur, son manque de commodité, ses échecs. Il n'empêche qu'il a fait ses preuves.

La vaccinothérapie ne paraît utile que dans certaines complications.

Les thérapeutiques de choc sont trop brutales pour une affection en somme tout bénigne malgré sa longue évolution, qui se complique assez rarement.

L'électropyrexie a donné des succès : moyen complexe et onéreux, elle ne peut être réservée actuellement qu'à des cas particulièrement résistants et à une élite de malades.

La folliculinothérapie, qui a autorisé des études physiologiques, biologiques et chimiques intéressantes sur le pH, sur la flore et sur la structure vaginales, a rencontré en France, malgré sa réussite fréquente, confirmée par l'auteur, de grandes résistances eu égard à l'inconnue, d'ailleurs discutée, qu'elle laisse planer sur le développement ultérieur de l'enfant.

L'apparition de la médication à base de dérivés organiques du soufre paraît devoir restreindre encore davantage ses indications.

Cette chimiothérapie nouvelle a donné, comme dans la blennorragie en général, des succès éclatants dans les gonorrhées aiguës, simples ou compliquées. L'auteur rapporte des observations de guérison foudroyante, des récidives et des échecs. La statistique des cas actuellement connus s'élève à 64, avec 39 guérisons. Bien que la tolérance des enfants paraisse relativement plus grande que celle de l'adulte (nourrissons exceptés), la médication de mande des précautions et une surveillance médicale attentive. Il faut de plus attendre l'épreuve du temps pour se prononcer définitivement. Il n'est cependant pas audacieux d'espérer que la chimiothérapie nouvelle, isolée ou, dans certains cas, associée au traitement local, raréfiera les complications, les combattra même efficacement, évitera la gonorrhée localisée, de beaucoup la plus résistante, et transformera ainsi complètement l'évolution et la mauvaise réputation dont jouissait jusqu'alors la gonorrhée des petites filles.

COMMUNICATIONS

Pelvi-péritonite à gonocoques chez une fillette de 5 ans. — M. Jean Chosson (Marseille).

A propos du traitement hormonal des vulvo-vaginites infantiles. — MM. J. Gaté, P.-J. Michel et J. Delbos (Lyon).

Le traitement des vulvo-vaginites gonococciques infantiles par le 1162 F. — MM. J. Gaté et P. Cuilleret (de Lyon).

La salpingite xanthomateuse. — MM. C. Daniel et A. Babes (Bucarest).

Les indications gynécologiques du climat de Nice et de la Côte d'Azur. — M. P. Gasquet.

Vœu émis par le Congrès

Le VIIe Congrès français de gynécologie, après avoir envisagé la gravité de la blennorragie, tant au point de vue individuel qu'au point de vue social, et surtout au point de vue de la dénatalité qu'elle entraîne, gravité plus grande aujourd'hui que celle de la syphilis, émet le vœu :

1° Que les pouvoirs publics s'intéressent à la lutte antigonococcique au même titre qu'à la lutte antisyphilitique ;

2° Que les commissions chargées d'étudier les mesures prophylactiques soient composées non seulement de spécialistes de la syphilis, mais aussi de spécialistes de la blennorragie.

Films

Un magnifique film en couleurs de M. J.-E. Marcel (Paris), sur la diathermocoagulation des métrites du col, et un film très intéressant de M. Louis Bonnet (Paris), sur l'insufflation tubaire kymographique, ont été projetés. Un film sur la pyrétothérapie de M. Bierman (New-York), arrivé trop tard, sera projeté dans une séance de la Société française de gynécologie.

VIIIe Congrès français de gynécologie

Le VIIIe Congrès aura lieu à Lille, en 1939, pendant les fêtes de la Pentecôte. Président d'honneur, M. le professeur de Snoo (Utrecht) ; président, M. Xavier Bender (Paris) ; secrétaire général, M. Maurice Fabre (Paris).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 27 juin. — Jury : MM. Loeper, Mathieu, Lemaire, Donzelot. — Mmes Denysz : Un cas de leucémie aiguë à évolution prolongée. Essai thérapeutique ; Lyon : Contribution à l'étude médico-sociale de tuberculoses associées ; MM. Hamon : Un cas de guérison d'une péritonite streptococcique primitive ; Parrot : Les manifestations de l'anaphylaxie et les substances histaminiques ; Rouzaut : L'aunothérapie glandulaire.

Jury : MM. Baudouin, Léon Binet, Robert Debré, Troisier. — Mlles Arditti : Contribution à l'étude des calcifications de la faux du cerveau ; Laboureau : Lésions de l'hypophyse secondaires à des tumeurs intra-craniennes ; Wollman : Recherches expérimentales sur la valeur immunisante des lysats bactériophagiques ; M. Bour : Contribution à l'étude de l'oxygénothérapie.

Mardi 28 juin. — Jury : MM. Pierre Duval, Lemaître, Terrien, Moulonguet. — MM. Lafipe : Contribution à l'étude du pronostic radiologique des fractures du col du fémur ; Schermann : Contribution à l'étude du diagnostic du cancer du sein chez la femme ; Cernéa : Traitement des épithéloimas du maxillaire inférieur par l'électrocoagulation suivie de curiethérapie ; Oudot : Contribution à l'étude des cataractes par courant industriel ; Rancoule : Considérations sur quelques cas de tuberculose de l'oreille moyenne.

Jury : MM. Carnot, Crouzon, Rathéry, Mlle J. Lévy. — MM. Durandy : Etude clinique et radiologique de cinquante cas d'appendicite chronique ; Krick : Contribution à l'étude de l'adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale ; Maury : Les formes malignes de la chorée de Sydenham ; Rendu : Etude cytologique et pathogénique de quelques métastases cancéreuses du péritoine ; Bouchara : Importance de l'observation et du traitement des malades considérés comme chroniques ; Bourhy : Etude du sucre et du cholestérol dans la sérosité des phlyctènes ; Mme Tétreau-Thévenot : Etude sur la méningite tuberculeuse de l'enfant. Recherches étiologiques et cliniques.

Jury : MM. Laignel-Lavastine, Tanon, Joannon, Piédelièvre. — MM. Halley des Fontaines : Contribution à l'étude de l'androgynie. L'androgynie dans quelques mythes et quelques rites ; Covaliu : Sur la nécessité de l'introduction de l'examen médical périodique pour les personnes bien portantes en apparence ; Dana : Hachich et ses intoxications en Iran ; El-Kaouel : Contribution à l'étude de la Bilharziose vésicale en Tunisie ; Eskenazy : Le Saint Suaire de Turin devant l'Histoire, la Science et la Médecine ; Etemadian : L'Iran et la prophylaxie internationale ; Fayette : Contribution à l'étude hygiénique des poussières atmosphériques. Etat actuel de la question ; Valleins : Contribution à l'étude du saturnisme hydrique. Etiologie, diagnostic, prophylaxie ; Mme Lemarié : Contribution à l'histoire de la médecine du XVIIIe siècle. Jean Bernier.

Mercredi 29 juin. — Jury : MM. Gosset, Grégoire, Ombredanne, Alajouanine. — MM. Ansquer : Contribution à l'étude de la sipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale ; Madjar : Etude de l'oblitération totale des sténoses inflammatoires du rectum ; Suire : Au sujet des amputations diaphysaires des membres du terrain septique ; Marachi : Contribution à l'étude des kystes du raphé ano-génital ; Velez Paiz : Epithéliomas calcifiés de la peau chez l'enfant. Epithéliomas momifiés nécrobiotiques ; Mlle Leuret : Sur un cas d'hyperthermie mortelle avec troubles vaso-moteurs après injection de lipiodol sous-arachnoïdien lors d'une tumeur médullaire cervicale.

Jury : MM. Chiray, Clerc, Olivier, Etienne Bernard. — MM. Jaramillo : Climat d'altitude et ses principales actions physiologiques ; Molinéry : Luchon. Evolution de ses doctrines thermales à travers les âges ; Rialland : Contribution à l'étude des phlébites au cours du rhumatisme articulaire aigu ; Mlle Fruton : Mérimée et la médecine ; M. Belot : Les altérations des connexions auriculo-ventriculaires au cours des maladies infectieuses.

Jeudi 30 juin. — Jury : MM. Cuneo, Mocquot, Fey, Lantuéjoul. — Mlle Lefrançois-Bailliard : A propos d'un mode de traitement des fractures fermées de la diaphyse humérale ; MM. Loze : Contribution à l'étude des pseudarthroses consécutives aux résections diaphysaires pour ostéomyélites aiguës et leur traitement par la greffe osseuse ; Maynadier : L'étendue de l'exérèse dans la chirurgie du goître. Technique de la thyroïdectomie ; Pach : Contribution à l'étude des phénomènes douloureux des annexites. Essais d'analgésie à la cyclopenténylallymalonylurée ; Rybinski : L'anesthésie du ganglion étoilé ; Filhoulaud : Le diagnostic précoce des cancers et états précancéreux du col de l'utérus ; Huet : Traitement des abcès du sein par le bactériophage antistaphylococcique ; Lepasteur : A propos d'un cas de tumeur allantoïdienne ; Mme Micielowska : Contribution à l'étude de la dysménorrhée.

Jury : MM. Gougerot, Laubry, Chevallier, Lavier. — Mlles Bercovici : Contribution à l'étude de la névrodermite diffuse subaiguë ; Chaminadas : Contribution à l'étude de la distribution du bismuth dans l'organisme ; MM. Colin : Recherches sur la précipitation des sérums par quelques acides minéraux dilués ; Mouchot : Contribution à l'étude du traitement du tabès ; Puesghuiral : Manifestations cutanées associées à des formes graves de maladie de Basedow ; Sadri : Contribution à l'étude des intolérances dues à l'ingestion des phémylarsinates ; Sebag : De quelques traitements de la maladie de Bowen et des états érythroplasiques des muqueuses ; Poirier : Contribution à l'étude de l'action du sulfate neutre d'atropine sur les dissociations auriculo-ventriculaires compliquées de bloc de branches ; Richard : Contribution à l'étude de l'électrocardiographie chez l'enfant normal. 1. Les dérivations standard. 2. La quatrième dérivation.

Jury : MM. Claude, Guillain, Alajouanine, Moreau. — MM. Béasse : Contribution à l'étude des traumatismes dans l'étiologie des états parkinsonniens ; Corbet : La défense sociale à l'égard des pervers ; Genty : Les douleurs fulgurantes du tabès et leur traitement ; Ullmann : Contribution à l'étude du ramollissement de la moelle épinière ; Isaacson : Les tumeurs et autres anomalies du thymus dans la myasthénie ; Mlle Bratanova : Le placement familial des paralytiques généraux fixés après traitement.

THESES VETERINAIRES

Lundi 27 juin. — MM. Mathieu, Bressou, Coquot. — M. Guyou : Etude des accidents occasionnés par le panache du cheval à l'obstacle.

Mercredi 29 juin. — MM. Fiessinger, Lesbouyries, Robin. — M. Guillon : Un état hémorragipare des jeunes bovins du département du Finistère.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 54. — MERCREDI 6 JUILLET 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux.* Epreuves de nomination (2e concours), 2 places.

Consultation écrite : MM. Worms, 20 ; Albeaux-Fernet, 19,81 ; Lièvre, 19,72 ; Delay, 20.

Epreuve clinique : MM. Worms, 20 ; Albeaux-Fernet, 20 ; Delay, 20.

Classement des candidats : MM. Worms, Delay (2 places) ; Albeaux-Fernet.

Attachés d'électro-radiologie. Aux termes des nouvelles dispositions réglementaires en vigueur, sont adjoints dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aux services centraux d'électro-radiologie et aux services particuliers dotés de postes de radioscopie, en outre des assistants d'électro-radiologie nommés aux concours en vertu des dispositions réglementaires antérieures, des attachés d'électro-radiologie nommés par le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique sur la proposition du chef de service intéressé.

Ces attachés d'électro-radiologie ne pourront être nommés en cette qualité que s'ils ont accompli, dans un ou deux services relevant de la spécialité, un stage fixé à : six mois pour les internes ; un an pour les externes et pour les docteurs en médecine n'ayant été ni internes, ni externes.

L'exécution de ce stage, complété par un séjour d'un mois dans un des services de curiethérapie des hôpitaux et hospices civils de Paris, sera certifiée par le ou les chefs de service intéressés.

En vue de l'inscription aux stages dont il s'agit, les docteurs en médecine remplissant des fonctions officielles (faisant fonction d'assistant d'électro-radiologie) ou bénévoles dans les services centraux d'électro-radiologie des hôpitaux et hospices civils de Paris sont invités à se présenter de toute urgence au bureau du Service de santé de l'Administration générale de l'Assistance publique (bureau n° 11), 3, avenue Victoria. Il sera tenu compte, pour la nomination aux postes d'attachés d'électro-radiologie, des inscriptions pour les stages prises antérieurement en vue du concours d'assistant d'électro-radiologie (désormais supprimé), à la condition toutefois qu'elles soient renouvelées par les intéressés.

Faculté de médecine de Paris. — *Liste des élèves reçus à l'examen de l'Institut d'hygiène* 1938. — MM. Ansari, Antoniades, Astre, Bapt, Berthiot, Mme Betheuil, MM. Beurdeley, Bouysson, Boyer, Brouillaud, Cardoso, Chafai, Contreras-Unda, Debenedetti, Delauney, Mlle Dreux, MM. Dumas, Etemadian, Figueray, Mlles Franses, Fuset, MM. Galle, Girard, Godillon, Gouget, Lambolez, Larsen, Laure, Lavoine, Mlle Le Maignant de Kerangeat, Mmes Lemanissier, Maury, MM. Montagne, Pocoule, Pons, Mlle Ravet, Mme Rivière, M. Rozée Belle-Isle, Mlle Roche, Mme Sicot, MM. Tanasesco, Tetu, Teutsch, Mlle Wollmann, Mme Zucman.

Légion d'honneur. — TRAVAIL. — *Commandeur* : M. Heim de Balsac, professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers (Hygiène industrielle).

La vaccination antidiphtérique obligatoire. — Le *Journal officiel* des 27-28 juin publie la loi dont nous avons donné le texte dans notre numéro du 11 juin 1938.

Décrets-lois. — Signalons pour la *Santé publique* les décrets-lois qui viennent de paraître :

Décret relatif à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Décret portant réorganisation du Conseil national de la Croix-Rouge.

Décret relatif à la modification de la composition des commissions cantonales d'assistance et de coordination du contrôle des lois d'assistance.

Décret relatif à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

Décret relatif à l'admission au bénéfice des lois d'assistance de certaines catégories de malades sollicitant leur admission dans un sanatorium.

Décret relatif à la fixation du prix de journée dans les hôpitaux.

Décret relatif à la surveillance des établissements de bienfaisance privés.

Décret relatif au fonctionnement et au contrôle des préventoriums.

Décret relatif aux mesures concernant les mineurs vagabonds et le domicile de secours des enfants assistés.

Décret relatif aux mesures sanitaires concernant les étrangers.

Décret relatif aux mesures sanitaires concernant les immigrants. *(Suite des Informations page 888.)*

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. LE LORIER

Une cérémonie officielle, guindée et solennelle à souhait ? Des adieux tout empreints de mélancolie ? Un *sombre dimanche ?* En aucune façon ! Une fête de l'esprit et du cœur offerte, par ses élèves et par ses amis, au *médecin de la joie !* Dans l'amphithéâtre Dieulafoy de l'hôpital Cochin ont pris place, bien avant l'heure, de nombreuses notabilités : M. le Doyen, MM. les Prof. Couvelaire, Crouzon, J.-L. Faure, Grégoire, Hovelacque, Lereboullet, Rathery, F. Terrien, M. A. Béclère, M. Chennevier, secrétaire général de l'Assistance publique ; MM. Alglave, Bergeron, Bourguignon, Cachera, Dardanne, Darras, Gaultier, Paisseau, Sainton, Watelet, Weil-Hallé, sans oublier le bataillon sacré des accoucheurs, représenté par MM. Cathala, Devraigne, Guéniot, Portes, Vignes. Le Prof. Surmont ouvre le feu des discours. M. Le Lorier n'a-t-il pas commencé ses études à Lille ? N'y a-t-il pas enseigné l'obstétrique avec éclat ? Le Prof. Cunéo met, comme toujours, ses auditeurs en joie par ses réflexions malicieuses. Il n'aime pas beaucoup prendre la parole dans ces circonstances, où l'on a toujours peur d'en dire trop ou de n'en pas dire assez. Mais quand il s'agit de Le Lorier, comment hésiterait-il ? Depuis qu'il l'a connu chez Poirier, il l'a considéré comme le plus sûr des amis. Il l'a poussé *per fas et nefas*. Juge à certain concours, il aurait bien voulu le nommer. Mais, à l'épreuve clinique, le candidat se trompe sur le nombre des voyageurs. Il en mit deux alors qu'il n'y en avait qu'un (à moins que ce ne fût le contraire), erreur qui rendit le plus grand service à son concurrent Devraigne. Il aurait bien voulu lui voir revêtir la robe rouge, pour laquelle le désignaient ses exceptionnelles qualités didactiques, sa science, sa clarté, son art de bien dire : il n'en reste pas moins qu'avec ou sans robe rouge, Le Lorier est un maître auquel M. Lepage et Mme Jacqueline Sainton expriment toute leur reconnaissance d'enfants adoptifs qui savent ce qu'ils doivent à leur cher patron. Le Prof. Marfan se lève encore pour excuser le Prof. Roger, souffrant, et pour dire quel souvenir il a gardé du jeune externe qui, aux Enfants-Malades, se faisait déjà remarquer par son zèle, par sa douceur, par sa puissance de travail.

M. Le Lorier se lève alors pour lire son remerciement. Que ne doit-il pas à tous ceux qui l'ont aidé au cours de sa carrière : au Prof. Surmont, dans le laboratoire duquel il a appris la bactériologie ; au Prof. Roger, chef ponctuel, clinicien de race, intelligence universelle ; au Prof. Fournier, qui lui a enseigné la syphilis ; au Prof. Hanot, maître incomparable ; au Prof. Cunéo, à l'éblouissante technique opératoire, à l'amitié si fidèle, à l'accent si sympathique où, toujours, chante un peu le Midi ; au Prof. Grancher, alors remplacé par M. Marfan et assisté de M. J. Renault, tellement jeune, déjà, et de l'aimable E. Terrien ; au Prof. Poirier, ce pseudo-fanfaron du vice, qui cachait sous l'ironie les trésors de son inépuisable bonté ; au Prof. J.-L. Faure ; à Félizet ; à Peyrot ; au Prof. Terrien, chez lequel fonctionnait déjà la merveilleuse équipe Gosset ; aux accoucheurs : le Prof. Pinard, dont l'accueil plein de bonhomie a décidé de son sort ; Boissard chez qui, aidé de Couderc, il a fait sa première application de forceps ; au regretté Lepage, sur le fils duquel il a reporté toute l'affection vouée au père ; au Prof. Ribemont-Dessaigne, grand artiste ès accouchement, comme en toutes sortes de sujets : ne pouvait-il, au pied-levé, remplacer dans un orchestre n'importe quel exécutant ? à Rudaux, qui, plusieurs années de suite, a eu la patience de l'entraîner aux hôpitaux et à l'agrégation ; à Potocki, homme de devoir, dur envers lui-même, sévère avec les autres ; aux médecins militaires sous les ordres desquels il a servi pendant la guerre ; à M. Prudhomme, l'artiste de grand talent ; à l'Administration, avec laquelle il a toujours entretenu les meilleures relations ; à ses élèves, à ses sages-femmes, à tous ses assistants, auxquels il a tâché de montrer avec quel respect il faut traiter ce corps féminin, tant poli et souef, comme disait Villon. Tout ce qu'il désire maintenant, c'est de garder quelque temps encore le flambeau avant de le passer à des mains filiales. Puisse ce vœu se réaliser ! Puisse Le Lorier, de longues années, faire bénéficier ses clientes de ses conseils, ses élèves, de son expérience, ses amis, des marques d'un dévouement auquel on peut tout demander, parce qu'on est sûr de tout obtenir !

L. BABONNEIX.

GROSSESSE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

(La part de résistance individuelle et l'avenir des gravido-tuberculeuses)

Par MM. G. CAUSSADE, R. AMSLER et LE MAITRE

Malgré les nombreux travaux publiés sur le traitement des gravido-tuberculeuses, il est bien permis d'avouer que le thérapeute est, dans sa pratique, assez désorienté.

Bien plus, la plupart de ces travaux gravitent actuellement autour de la question de l'avortement ; et, si certains phtisiologues montrent les avantages du P.N.O. thérapeutique, de la chrysothérapie, de la cure sanatoriale ou même du simple repos avec ou sans régime hygiéno-diététique, il n'en est pas moins vrai que le clinicien est toujours hanté par l'idée de savoir si oui ou non, il doit interrompre une grossesse chez une tuberculeuse.

A cet égard, les observations suivantes sont instructives. Certaines concernent des gravido-tuberculeuses qui, ayant énergiquement refusé tout secours médical, ont voulu courir leur chance (expression consacrée — mais à bannir). D'autres n'ont subi qu'un traitement discret par les sels d'or — ou n'ont été soumises qu'à une cure hygiéno-diététique — même au simple repos. Et cependant toutes ces gravido-tuberculeuses ont accouché normalement et le post-partum ne fut suivi d'aucun incident — bien que l'une d'elles, après 3 grossesses, ait été atteinte d'hémoptysies graves, au cours de la dernière. Nos observations sont intéressantes d'un autre point de vue. Il a été possible de suivre nos tuberculeuses longtemps après leurs accouchements (5-3-2) et cela pendant plusieurs années (7 ans-5 ans-3 ans). Nous avons pu ainsi nous rendre compte des conséquences éloignées de la grossesse et de grossesses successives sur certaines formes de tuberculose pulmonaire.

Ce chapitre est à peine ouvert. Il y a là une lacune à combler. Espérons que nous aurons des imitateurs.

Observation I

Tuberculose pulmonaire. 5 grossesses en l'espace de 8 ans. Toutes menées à terme et sans incident au post-partum — malgré, à la dernière, une hémoptysie abondante. Tuberculose évoluant à chaque grossesse par poussées congestives augmentant d'intensité et de durée après chacune d'elles, avec une expectoration de nature et de coloration variables — sans bacilles tuberculeux, jusqu'à la 4e. pour, finalement, prendre, seulement 5 mois après le dernier accouchement, l'allure classique de broncho-pneumonie caséeuse avec excavation qui entraîna la mort. En dernière analyse, une particularité est à noter : particularité déjà signalée par l'un de nous, à propos des cardio-tuberculeux. Elle consiste dans une amélioration réelle de l'état général, avant la dernière poussée de tuberculose qui sera fatale. D'où des erreurs de pronostic.

Mme B..., âgée de 25 ans, consulte l'un de nous en 1923. Elle est suspecte de tuberculose. Son état général est médiocre ; cette femme est amaigrie (48 kg. pour une taille d'un mètre 55). A la suite d'une infection que, faute de mieux, on a diagnostiqué « grippe », sa convalescence est d'une durée dépassant plusieurs mois. Une fièvre légère persiste, l'expectoration est abondante et verdâtre ; le sommet du poumon droit est submat ; une respiration soufflante en cette région et des râles assez nombreux, humides (râles sous-crépitants disséminés) sont perçus dans les deux poumons. Mais les crachats ne contiennent aucun bacille de Koch, et, à la radioscopie, on ne découvre aucune ombre, même légère.

Dans la suite, pendant 5 ans (1923-1928), le diagnostic de tuberculose ne sembla plus probable. Les signes physiques du poumon droit disparurent, et l'expectoration, devenue simplement muqueuse, était encore dépourvue de bacilles tuberculeux. Le diagnostic, après un examen consciencieux, fut celui de rhinite atrophique chronique. La radioscopie ne révélait aucune ombre, ni la moindre tache. Mais l'amaigrissement continuait.

Pendant une nouvelle période de quatre ans (1928-1932), notre sujet devint trois fois enceinte ; les grossesses se succédèrent, chacune, à un intervalle de deux ans.

La première de cette période (1928) fut menée à terme sans le moindre incident, ni à l'accouchement, ni à la délivrance, ni au post-partum. Un an après, aucun changement de l'état général ; l'auscultation, la percussion, la radioscopie, l'analyse des crachats furent négatives.

La seconde grossesse (1930) fut normale comme la première. Mais, dans la suite : expectoration légère, toux passagère ; au sommet droit quelques signes physiques rappelant ceux déjà signalés lors d'une grossesse antérieure, toutefois très atténués, et, en outre, notre sujet fut atteinte de bronchite diffuse, intermittente, avec une fièvre modérée, mais persistante. La tuberculose, déjà soupçonnée, peut-elle être affirmée ? Encore une fois : non. La radioscopie et l'analyse des crachats étaient toujours négatives.

Cet état a persisté pendant deux ans, et à cette époque (1932) : troisième grossesse.

Encore sans aucun incident ni à l'accouchement, ni à la délivrance, ni au post-partum. Enfant bien portant comme les précédents. Mais les suites furent sérieuses sans que, néanmoins, on pût affirmer la tuberculose, malgré, dans la suite, l'apparition et la persistance d'une toux quinteuse, d'une expectoration muco-purulente, de sueurs profuses, un état général déficient (poids 43 kg. 500), et un voile au sommet droit. Mais les bacilles tuberculeux étaient encore absents. D'autre part, à la radioscopie, les hiles étaient chargés ; et, on perçut, dans les 2 régions hilaires, de la submatité et des rhoncus. Une question importante s'est alors posée : S'agissait-il de ces cas où une cardiopathie méconnue peut en imposer par ses complications pulmonaires pour la tuberculose, comme H. Sauvage (1) en a signalé des exemples dans sa thèse ? Non. La révolution cardiaque est normale et aucun souffle n'est entendu.

De 1932 à 1936, nouvelle période de trois ans comportant deux nouvelles grossesses. La première (1933) de cette série (4e au total), évolue normalement, malgré la persistance des symptômes et des signes pulmonaires précédemment constatés. Mais ils sont plus prononcés, entr'autres les derniers. A la radioscopie, on observe des ombres légèrement foncées et réparties dans les deux poumons, avec prédominance à gauche. Et, pour la première fois, l'expectoration muco-purulente contient des bacilles tuberculeux ; bien que rares, ils sont nets.

C'est dans ces conditions que survient une cinquième grossesse. Accouchement le 24 septembre 1934. Malgré une

(1) *Thèse de Paris*. Les aspects pseudo-tuberculeux du poumon cardiaque, 1936-37.

abondante hémoptysie, les suites immédiates ne furent nullement graves, il y eut même une amélioration notable, tant des symptômes généraux que des signes physiques et cependant les bacilles tuberculeux étaient absents dans les crachats. En l'année 1935, plusieurs mois après le dernier accouchement, l'amélioration était telle que, n'était la constatation faite deux ans auparavant de bacilles tuberculeux, on douterait de la tuberculose. Mais, deux ans après, en mai 1937, la mort survient après cinq mois d'évolution caractérisée par la bilatéralité des lésions et la formation d'une caverne siégeant au sommet gauche dans la région sous-claviculaire.

Il faut noter que les 5 enfants issus de ces cinq grossesses sont tous vivants actuellement (1938), mais malingres.

Observation II

Grossesse et tuberculose. Trois grossesses à intervalles de deux et de trois ans. Accouchements et suites normaux, malgré des poussées d'œdème à chaque grossesse ; tuberculose pulmonaire à évolution fibreuse. Mort par hémoptysie foudroyante cinq mois après le dernier accouchement.

Ce simple résumé montre tout l'intérêt de cette observation : 3 grossesses successives bien supportées et menées à terme, malgré plusieurs poussées de tuberculose pulmonaire. Il faut, en outre, tenir compte, qu'au cours des deux dernières grossesses, les poussées tuberculeuses avec œdème pulmonaire, furent plus sérieuses et cependant, la tuberculose évolua toujours vers la sclérose. En pareil cas, il est recommandé du fait que cette sclérose est riche en néoformation vasculaire, de se méfier des hémoptysies ; elles sont graves et, ici, elles furent mortelles. Mais, au cours de ses trois grossesses, notre patiente a bénéficié tout d'abord de cette forme spéciale de tuberculose qui, ayant évolué, a finalement provoqué la mort par une hémoptysie foudroyante. Si l'issue fatale s'explique par la rupture des vaisseaux néoformés dans la sclérose, elle s'explique aussi par l'extrême réduction du champ vasculaire du poumon (réduction parfois des deux tiers) ; d'où hypertension de la petite circulation ; d'où les œdèmes pulmonaires. Cette même interprétation fait comprendre l'asystolie aiguë survenue au cinquième mois de la troisième et dernière grossesse, accident brutal, dramatique, angoissant, qui aurait été mortel, sans une intervention rapide, exclusivement médicale.

Mme Cécile A..., âgée de 28 ans, consulte l'un de nous, pour la première fois, en 1932. Elle est enceinte de 5 mois ; elle est nettement tuberculeuse. Aussitôt se pose la question : quelle sera la ligne de conduite à suivre ? L'interrogatoire de cette gravido-tuberculeuse peut la tracer. Il y a 2 ans, elle a mené une grossesse à terme sans le moindre incident et les suites furent normales. Et, celà, bien qu'elle fût, à cette époque, nettement tuberculeuse, sinon ne s'expliqueraient pas les signes observés : *à droite*, ils consistent en une symphyse médiastino-trachéale avec déviation de la trachée, en des adhérences pleurales à la base, et des espaces interlobaires ; *à gauche*, en une diminution de la transparence de tout l'hémithorax — et en des adhérences pleurodiaphragmatiques. Pas d'expectoration, pas de fièvre. Il est certain qu'il s'agit d'une tuberculeuse fibreuse ayant atteint surtout les plèvres. Toute surveillance fut énergiquement refusée. Sans doute, l'intéressée redoutait-elle une intervention qui, certainement, en raison de la manière dont elle s'était comportée lors de sa première grossesse, n'aurait pas été pratiquée. Quoi qu'il en soit, l'accouchement s'effectua dans les délais normaux et fut normal, ainsi que ses suites. Mais la tuberculose évolua. La radioscopie révéla, plusieurs mois après l'accouchement, une condensation du lobe moyen droit et, à gauche, du lobe inférieur (ombre uniformément grise due certainement à une poussée d'œdème. Neuf mois après, ces ombres ayant disparu, il fut possible de constater une sclérose péri-bronchique et scissuraire. Et cependant, comme lors du premier accouchement, l'état général ne s'altéra pas ; cette gravido-tuberculeuse engraissa ; pas de fièvre, pas d'expectoration, mais légère toux et dyspnée d'effort. Dans la suite, cet état ne persista pas ; la patiente maigrit ; elle devint fébrile ; elle toussa ; mais absence de toute expectoration. C'est dans ces conditions que notre tuberculeuse devient enceinte pour la troisième fois. Au 5e mois de cette grossesse, notre parturiente, en pleine santé, offre brusquement un tableau clinique impressionnant : elle est couverte de sueurs, elle est en proie à une dyspnée angoissante et persistante ; la température s'élève d'abord à 38°8, puis à 40°2 et elle oscille entre 38° et 40° ; la tachycardie est à 120 — la toux est incessante ; mais absence de toute expectoration. Dans les poumons, pluie de râles sous-crépitants, fins, humides, tassés. Cyanose généralisée intense, très prononcée aux extrémités. La situation est grave. Faut-il provoquer l'avortement ? Mais quel diagnostic poser ? S'agit-il d'une granulie ? Ou a-t-on affaire à un œdème pulmonaire, malgré l'absence de crachats ? L'hyperthermie semble bien en faveur de la première hypothèse, la cyanose aussi. Malgré ces fortes présomptions, la seconde hypothèse est-elle admissible ? Nous ne le croyons pas. Pour poser un diagnostic, nous devons invoquer un mémoire, trop oublié, de R. Burnand (1). Cet auteur a décrit un syndrome d'asystolie aiguë qui se déclare brutalement, sans aura, chez des tuberculeux indemnes de toute affection cardiaque, aussi bien en pleine poussée évolutive qu'en rémission complète ; asystolie dramatique, dont les manifestations sont identiques à celles observées chez notre patiente, et qui sont rapidement conjurées, comme dans ce présent cas, par le repos absolu et par les toni-cardiaques, sans recourir à la saignée.

Sur cet accident cardiaque, il est utile d'insister particulièrement ; il ne comporte pas cependant un pronostic grave, à la condition expresse de prescrire immédiatement un toni-cardiaque et le repos absolu. Alors, c'est une véritable résurrection.

Il y a, en outre, dans ce syndrome, un élément important que nous trouvons dans notre observation ; il est très rare : c'est l'hyperthermie. Quelle en est la cause ? Il n'est pas question d'une cardiopathie rhumatismale, puisque la patiente n'avait subi aucune atteinte de la maladie de Bouillaud. Voici une hypothèse : sans doute cette asystolie aiguë a réveillé un foyer tuberculeux latent dont les bacilles ont été déversés dans le torrent circulatoire, d'où une bacillémie, transitoire et passagère, connue depuis que le milieu de culture de Lœwenstein nous a permis de la découvrir.

Chez notre gravido-tuberculeuse, ces accidents conjurés, la grossesse se poursuit ; l'accouchement s'effectue dans les délais normaux et normalement. L'enfant est bien constitué ; il vit aujourd'hui. Il en est de même pour les autres.

Plusieurs mois après cet accouchement, notre patiente, non fébricitante, n'émettant aucun crachat, mais dyspnéique, aurait autorisé tout clinicien à admettre que les suites éloignées seraient, comme antérieurement, exemptes de toute aggravation de sa tuberculose. Et cependant, la mort survint du fait d'une hémoptysie abondante, rebelle aux traitements les plus énergiques.

(1) De l'administration périodique et prolongée chez les tuberculeux pulmonaires hypotendus. *Station climatique de Leysin*, 5e série, 1922. Masson et Cie, éditeurs.

OBSERVATION III

Lobite supérieure du poumon gauche ; après plusieurs poussées tuberculeuses pendant plus de 6 ans, grossesse normale, accouchement normal. Un an après : amélioration notable.

Mme L..., âgée de 25 ans, consulte l'un de nous en 1930. Elle est atteinte de tuberculose pulmonaire, caractérisée par une lobite du sommet du poumon gauche. L'expectoration est riche en bacilles tuberculeux. La température est peu élevée, mais constante. L'état général est médiocre. Le poids oscille autour de 43 kgr. Il y a un an, cette jeune femme a avorté au deuxième mois et demi de sa grossesse. En somme, la tuberculose progresse d'une manière continue, mais en restant localisée. Cette tuberculeuse entreprend une cure de repos et subit un traitement très discret par les sels d'or. Pendant 5 ans, pas d'amélioration sensible ; alternatives d'amélioration et de rechutes avec expectoration bacillifère par intermittences. Cette expectoration fut tantôt abondante, tantôt réduite à quelques crachats, parfois hémoptysies, amaigrissement (42 kgr. 500), état subfébrile. P.N.O. impossible à pratiquer (adhérences pleurales). C'est dans ces conditions que survient une grossesse qui fut bien supportée ; il y eut même une certaine amélioration (pas de fièvre et pas d'expectoration). Accouchement au forceps. Pas le moindre incident au post-partum. Revue un an après : ni toux, ni crachats, ni fièvre. Mais état général médiocre, amaigrissement.

OBSERVATION IV

Grossesse et tuberculose.
Traitement hygiéno-diététique : 2 grossesses menées à terme sans aucun incident.

Il s'agit d'une femme de 20 ans. 2 lobites supérieures. Evolution torpide. Pronostic favorable malgré une maigreur extrême. Simple cure hygiéno-diététique. Grossesse menée à terme sans poussée tuberculeuse. Deux ans après : deuxième grossesse, dont l'évolution fut identique.

En résumé, voici 4 observations où la grossesse, l'accouchement et le post-partum furent normaux chez des tuberculeuses avérées et dont la plupart ne suivirent aucun traitement spécial, même au cours de plusieurs grossesses successives (3 et 5). — Toutes nos gravido-tuberculeuses ont été suivies pendant plusieurs années ; ces observations prolongées nous ont permis de constater que leur avenir n'a été compromis que par des grossesses successives et répétées et qu'il ne l'aurait pas été sans ces récidives.

Faut-il invoquer la résistance de l'organisme ou certaines formes de tuberculose ? Il est impossible de se prononcer à cet égard, le nombre de nos observations étant insuffisant. Quoiqu'il en soit, le fait est patent : toute gravido-tuberculeuse qui a mené une grossesse à terme sans incident ne doit plus en subir de nouvelles ; le rôle du médecin consiste donc à parler dans ce sens à l'intéressée, bien qu'il entrevoie, chez celles qui ne sont pas scrupuleuses, les conséquences de son conseil.

Mais que deviennent les tuberculeuses qui ne récidivent pas. A cette question, nous ne pouvons pas répondre. Et nous devons, en terminant, répéter ce que nous disions au début de cet article : il faut des observations complètes et elles le seront seulement quand elles comprendront les suites éloignées d'une tuberculose chez une gravidée traitée ou non; sans oublier la forme de tuberculose pulmonaire ainsi que les tuberculoses extra-pulmonaires comme le réclamait et en prouvait la nécessité l'un de nous dans un récent mémoire (1).

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LES PROTOCHLORURES DE MERCURE EN MÉDECINE INFANTILE (2)

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Il existe deux protochlorures de mercure, obtenus, l'un par *précipitation*, l'autre, par *volatilisation*.

I. — PROTOCHLORURE DE MERCURE PAR PRÉCIPITATION (Codex) (*Figure au tableau C*). (*A séparer*)

Syn. : Précipité blanc, Hydrargyrum praecipitatum.

Caractères. — Préparé par voie humide et par double décomposition, il forme une poudre blanche très fine, amorphe, onctueuse au toucher et adhérant fortement au papier sur lequel on l'écrase, plus divisé que le calomel.

Conservation. — Il doit être conservé dans des flacons bouchés, à l'abri de la lumière.

Incompatibilités. — Tous les agents oxydants et chlorurants.

Indications. — Ce sont :
1° Surtout la *syphilis congénitale ;*
2° Accessoirement, les blépharites, l'acné.

Posologie et mode d'emploi. — Il est utilisé exclusivement à l'*extérieur*, en frictions (0 g. 50 de sel par friction), en applications (en cas de blépharite) :

Pommade

Précipité blanc : vingt centigrammes.
Oxyde de zinc : 1 g.
Vaseline : 10 g.
M. — Usage externe

ou de la pommade du Codex au dixième (*pomatum praecipitatis albi*) ; ou en suppositoires, dosés d'un à deux centigrammes.

II. — PROTOCHLORURE DE MERCURE PAR VOLATILISATION

Syn. — Sublimé doux, mercure doux, calomel à la vapeur, calomel, hydrargyrum chloratum vapore paratum (Codex). (A séparer.) *Figure au tableau C.*

Caractères. — C'est une poudre blanche, fine, lourde, d'apparence cristalline au microscope, sans odeur ni saveur, dissociée à la longue par la lumière. Insoluble dans l'eau froide, l'huile, l'alcool et l'éther, il doit être conservé dans des flacons bouchés, à l'abri de la lumière.

Action physiologique. — Il irrite la muqueuse duodénale et augmente le péristaltisme intestinal dans sa totalié. Quant à son action cholagogue, fondée sur la coloration verte des selles (Bercheim), elle n'a été jusqu'ici ni prouvée ni infirmée expérimentalement, mais, cliniquement, elle semble évidente, soit à doses faibles et répétées, soit à doses massives (Richaud et Hazard). Non moins certaine est son

(1) G. CAUSSADE. Gestation et tuberculose, *Revue de Médecine*, n° 6, juin 1936.

(2) *Codex medicamentarius gallicus*. Paris 1920, in-8°, p. 413. — L. BABONNEIX, *Précis de Thérapeutique infantile*, Paris, 1930, in-18. — Formulaire Astier, 1937, in-18. — RICHAUD et HAZARD, *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, 1935, in-18. — M. TIFFENEAU, *Abrégé de pharmacologie*, Paris, 1931, in-8°.

action comme antiseptique intestinal, due, sans doute, à sa transformation partielle en sublimé.

Incompatibilités. — Alcalis et bromures, carbonates, chlorures, iodures, alcalins, acide cyanhydrique (looch blanc) (eau de laurier-cerise).

Indications. — Il est employé :

A l'extérieur, dans la syphilis congénitale, dans certains eczémas, et en cas d'oxyurose ;

A l'intérieur, en cas de gastro-entérite aiguë, d'eczéma, d'oxyurose. Notons, à ce sujet, que le calomel étant capable, à lui seul, de déclancher une crise d'entéro-colite dysentériforme, est *beaucoup moins usité que jadis* dans les gastro-entérites des nourrissons, et que, dans l'eczéma des jeunes enfants, il doit être associé à un régime approprié.

Contre-indications. — Ce sont surtout :

1° Les *entérites dysentériformes ;*

2° Les *lésions rénales.*

Posologie et mode d'emploi. — *A l'extérieur*, le calomel est employé en pommade au dixième (*pomatum hydrargyri chlorati*, Codex), ou en suppositoires d'un centigramme en cas d'oxyurose.

A l'intérieur, on en donne de un à cinq centigrammes par jour. La dose de 0 g. 05 par année, souvent indiquée, *est beaucoup trop forte.* Ne conduirait-elle pas à donner 0 g. 70 du médicament à un enfant de quatorze ans ?

Le produit n'ayant aucune saveur peut être administré en paquets dans l'eau sucrée, ou sous forme de paquets avec du lactose, qui en empêche l'absorption totale.

Paquets

Calomel à la vapeur : un centigramme.
Lactose : 0 gr. 50.

Pour un paquet n° 20 (Provision).

On peut aussi l'associer à la santonine ou le prescrire sous forme de chocolat ou de biscuit.

Les anciens auteurs recommandaient beaucoup l'abstention de tout aliment salé le jour où l'on prescrit le calomel. On en est beaucoup revenu. Le suc gastrique ne renferme-t-il pas de l'acide chlorhydrique qui, par combinaison avec le calomel, devrait donner du sublimé. Or, à condition de ne pas dépasser les doses que nous avons indiquées, jamais on n'observe d'accident.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 28 JUIN 1938

Le voyage des souverains anglais ayant été ajourné, l'Académie a tenu séance le 28, contrairement à la décision prise antérieurement.

Notice. — M. ROUSSY lit une notice nécrologique sur M. Jean DARIER.

Toxicité hémorragipare du sérum humain pathologique en injection première. — MM. P. SAVY, H. THIERS et DE CHAZOURNES. Le sérum humain pathologique peut provoquer, en injection intraveineuse, chez le lapin neuf, des lésions viscérables à caractère hémorragique. Ce pouvoir hémorragipare semble indépendant des autres facteurs classiques de la toxicité première du sérum. Son existence, si inconstante soit-elle, pose la question d'une pathogénie humorale de certaines hémorragies que les modifications des éléments figurés ou des ferment coagulants ne sont pas toujours capables d'expliquer.

Note sur la respiration et l'anesthésie en pression différentielle « Baronardose ». — M. Léon IMBERT a fait des recherches au laboratoire de la Faculté de médecine de Marseille, sur la façon de réaliser l'hyperpression intrapulmonaire.

En conclusion de cette série d'expériences, il pense que la pression différentielle, pour être à la fois efficace et inoffensive, doit être comprise approximativement entre 10 et 20 centimètres d'eau.

Ces chiffres sont faibles ; ils sont de l'ordre de la pression sous laquelle est distribué le gaz d'éclairage, c'est-à-dire que l'appareil à construire pourra s'accommoder de robinets de modèle courant.

En utilisant ces diverses données, et en leur associant la possibilité de mélanger à l'air des vapeurs d'éther, il est arrivé sans peine au laboratoire à endormir un chien, à le laisser réveiller, et à l'endormir de nouveau, en maintenant en permanence une pression positive, comprise entre 10 et 20 centimètres d'eau. Dès maintenant, la même installation pourrait être réalisée, sans difficultés sérieuses, pour les opérations où l'anesthésie sous-baronarcose paraît indiquée.

Le pouvoir hémo-bactéricide test de la transmission au receveur des réactions de défense provoquées chez le donneur (dans la cataphylacto-transfusion simple et chimique). — MM JEANNENEY, CASTENET et CATOR. Dans l'immuno-transfusion, il est intéressant de savoir si les qualités défensives provoquées chez le donneur ont bien été transmises au receveur et sont utilisables par lui.

La mesure du pouvoir hémo-bactéricide représente la meilleure méthode qui nous permette d'affirmer la transmission au receveur de ces réactions de défense. Non seulement le sang transfusé se greffe chez le receveur, mais encore, il déclanche chez lui une exaltation de ses réactions phylactiques.

Grâce à l'étude répétée du pouvoir hémo-bactéricide du receveur, on peut déceler le moment où les défenses fléchissant, une immuno-transfusion devient nécessaire ; on peut également se rendre compte dans les cas très graves, de l'inefficacité de l'immuno-transfusion ; on peut enfin dans les cas favorables, voir la courbe du pouvoir hémo-bactéricide s'amplifier, tandis que l'hémoculture devient négative, annonçant ainsi la guérison.

Le pouvoir hémo-bactéricide test de la réponse phylactique des donneurs, en vue de l'immuno-transfusion. — MM. JEANNENEY, CASTANET et CATOR. Les tests employés pour apprécier la valeur de la réponse défensive des donneurs au cours de leur vaccination préparatoire à l'immuno-transfusion, sont plus particulièrement des tests spécifiques, dont le meilleur paraît être le dosage des unités antitoxiques de Ramon et la dermo-réaction aux toxines chez le lapin neuf (Ramon).

Pour apprécier les réactions générales de défense non spécifique de l'organisme, Jeanneney, Castanet et Cator utilisent la mesure du pouvoir hémo-bactéricide.

Si l'on figure par des courbes la valeur de ce pouvoir, on peut démontrer que :

1° La vaccination faite avec un vaccin mono-microbien donne une réponse positive et modérée ;

2° La vaccination associée de Ramon donne une réponse très élevée, de beaucoup supérieure à la somme des réponses qu'on pouvait rationnellement espérer.

Enfin cette réaction de défense est encore augmentée si l'on administre au donneur des corps azoïques.

Ainsi, l'on peut chiffrer la valeur des défenses du donneur en vue d'une cataphylacto-transfusion simple ou chimique.

Quelques résultats de la méthode des cristallisations de Pfeiffer dans le diagnostic du cancer et de la tuberculose. — M. BÉGOUIN. Par les cristallisations de Pfeiffer qui sont obtenues en mélangeant quelques gouttes de sang d'un malade à une solution de chlorure de cuivre, suivant une technique rigoureuse, M. Bégouin dans le laboratoire des Cliniques chirurgicales de Bordeaux, est arrivé par la seule lecture de ses cristallisations, sans aucun autre renseignement sur les malades, à faire 30 fois le diagnostic exact sur 31 cas de cancer, 5 fois celui de tumeur « bénigne » sur 5 cas de fibromes et 8 fois celui de tuberculose sur 9 cas.

A côté de cette valeur *diagnostique*, qui s'étend d'ailleurs à beaucoup d'autres maladies que le cancer et la tuberculose, la méthode des cristallisations paraît aussi avoir une valeur d'indication *thérapeutique* des plus précieuses pour le traitement des maladies habituelles. La cristallisation ayant servi au diagnostic étant conservée comme témoin, on fait plusieurs nouvelles cristallisations du sang du malade, mais en ajoutant cette fois à chacune d'elles quelques gouttes d'une solution d'un des médicaments que l'on pense les plus indiqués pour le traitement. Le médicament qui redresse le mieux la cristallisation vers la normale, est celui que l'observation des faits cliniques montre devoir donner les meilleurs résultats.

Cette méthode générale des cristallisations paraît ouvrir à la médecine des horizons pleins d'intérêt.

Sur le rôle de l'artère hépatique. Expérience de perfusion du foie « au cou » chez le lapin. — MM. H. HERMANN, F. JOURDAN et P. SÉDAILLIAN.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 25 MAI 1938

A propos de la résection arthroplastique dans le traitement des coxarthries. — M. ALGLAVE rappelle qu'il a publié trois cas de résection arthroplastique ayant donné un excellent résultat ; l'auteur utilise la technique classique de la résection, mais il ne fait pas d'abaissement du grand trochanter.

A propos des ostéosynthèses à matériel bimétallique. — M. ROUHIER rapporte trois cas d'ostéosynthèses de l'avant-bras faites avec plaques de Shermann et vis de nicral D ; dans deux cas, consolidation normale ; dans un cas, pseudarthrose du cubitus.

Un cas d'empalement du rectum. Guérison par résection abdomino-périnéale. — M. MÉNÉGAUX rapporte cette observation due à M. Nédelec (Angers) ; il y avait une perforation de la paroi antérieure de l'ampoule rectale, la pointe, du type harpon, est fichée dans la 1re vertèbre sacrée ; il est impossible de songer à suturer les lésions rectales. Après avoir libéré le sigmoïde, on fait l'abaissement de celui-ci par voie périnéale ; guérison, mais avec suppuration de la plaie périnéale, qui ne se tarit qu'au bout de 9 mois. M. Nédelec justifie sa conduite opératoire sur l'existence de la double perforation de l'ampoule rectale et la conservation du sphincter anal. Toutefois, il semble qu'il s'agit là d'une intervention d'exception.

M. LARGET rapporte une observation d'empalement du rectum ; la pointe de fer pénétrait à 43 cm. et avait déterminé une plaie de la vessie, une plaie tangentielle du mésosigmoïde, une plaie de l'estomac et enfin de la face inférieure du foie. Anus iliaque gauche. Suture des différentes plaies. Guérison.

Etude expérimentale des effets des traumatismes sur la glande pancréatique. — M. BROCQ fait un rapport sur ce travail dû à M. Estrade ; l'expérimentation a été faite sur 34 chiens, dans des conditions techniques identiques (anesthésie au chloralose, animal en état de digestion).

Contusions et plaies déterminent des lésions de pancréatite hémorragique rappelant tout à fait les lésions observées chez l'homme. Des microtraumatismes (simple distension brusque du canal de Wirsung) sont capables de déterminer des lésions œdémateuses et même nécrotiques du pancréas.

L'étude des modification humorales montre qu'il y a constamment des modifications de la glycémie et apparition de glycosurie.

M. DUVAL fait remarquer que tout acte opératoire s'accompagne d'une légère hyperglycémie (sans que le pancréas soit en cause).

M. BROCQ croit qu'il est extrêmement difficile de dissocier ce qui est dû à l'acte opératoire et à la lésion pancréatique ; toutefois, chez les malades qui ont des lésions pancréatiques, il y a un trouble de la glycorégulation beaucoup plus prolongé et plus marqué.

A propos des thyroïdectomies. Clôture de la discussion par M. J.-Ch. BLOCH.

M. J.-Ch. Bloch se défend d'avoir préconisé la thyroïdectomie totale dans toutes les lésions du corps thyroïde, mais simplement dans les lésions adénomateuses diffuses, lésions plus fréquentes qu'on ne le croit.

A propos des récidives, M. Bloch constate que si elles sont rares dans les statistiques des chirurgiens très entraînés à la chirurgie du corps thyroïde, il n'en est pas de même dans les résultats obtenus couramment ; il s'agit d'ailleurs presque toujours de fausses récidives par prolifération d'adénomes oubliés.

A propos de l'adénome toxique, M. Bloch croit que la thyroïdectomie subtotale est admise par tous les auteurs et qu'on ne conteste qu'une seule chose : faut-il la faire en un ou deux temps ? C'est uniquement une question de malade, et en particulier de la façon avec laquelle est supportée l'ablation du premier côté. M. Bloch fait de la thyroïdectomie subtotale en un temps l'opération de choix.

Quant à l'étendue de l'exérèse, l'auteur estime que les moignons sont hyperactifs, et qu'en conséquence on peut les laisser de très petites dimensions.

Dans le traitement des goitres simples, il faut séparer adénome simple et adénomes multiples ; dans l'adénome solitaire, l'énucléation au doigt est à rejeter, et M. Bloch estime qu'il faut faire une énucléation à ciel ouvert, c'est-à-dire sur un lobe extériorisé, ou une lobectomie.

En cas de goitre diffus, on ne peut choisir qu'entre une thyroïdectomie totale (si l'on a des doutes sur la nature histologique du goitre) et des lobectomies : totale du côté le plus lésé, subtotale du côté le moins atteint.

M. Bloch revient sur quelques points de technique qui lui paraissent essentiels.

A propos de l'iléite régionale. — M. DELAGENIÈRE rapporte une observation ; il s'agissait d'une femme ayant présenté 7 ou 8 ans auparavant une invagination intestinale, et que l'auteur voit en état d'occlusion aiguë ; à l'intervention dernière, anses grêles œdématiées rouges. Résection intestinale. Guérison. L'examen de la pièce a montré des lésions histologiques de nécrose très importantes, ce qui justifiait l'exérèse faite.

Présentation d'une malade à laquelle a été faite une suture des fléchisseurs par un procédé personnel. — M. MONTANT.

Présentation d'une chienne atteinte de bec de lièvre. — M. VEAU.

Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone du follicule ovarien, par le docteur GUY DE BERMINGHAM (thèse). Un volume de 50 pages, à la Librairie E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 1er juillet. — Jury : MM. Couvelaire, Lévy-Solal, Gueniot, Lacomme. — MM. Grand : Circulation de retour et gestation ; Rouchy : L'interruption thérapeutique de la gestation dans les cardiopathies ; Dijon : Contribution à l'étude de l'hématome-môle de Breus ; Lupu : Le carnet de santé ; Olbinsky : Contribution à l'étude obstétricale du bassin à exostoses ostéogéniques ; Steiner : La mortalité infantile précoce à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis ; Mlle Zekiye : Contribution à l'étude de l'insertion vélamenteuse du corbon ombilical.

Samedi 2 juillet. — Jury : MM. Bezançon, Maurice Villaret, Justin Besançon, Moreau. — MM. Gouitaa : La symétrie dans les tuberculoses pulmonaires chroniques bilatérales ; Risler : Essai sur les rapports du moral et de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte ; Vakili : Etude sur la physiolo-pathologie des infarctus ; Delaforge : L'alcalose chronique. Relations entre sa pathogénie et son traitement par entéroclyse ; Giraux : Considérations critiques sur le traitement du coma barbiturique.

Jury : MM. Jeannin, Lereboullet, Nobécourt, Huguenin. — MM. Mouchotte : Transfusion du sang chez le nouveau-né et le nourrisson ; Cooara : La forme inguinale de l'adénolymphoïdite aiguë bénigne. (Mononucléose infectieuse) ; Tanret : Les lipides du liquide céphalo-rachidien ; Christophle : De quelques précisions sur l'état actuel du traitement du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant ; Mmes Salia H. Chanoine : Le coup de chaleur du nouveau-né ; Dunand-Henry Contribution à l'étude du traitement des vulvo-vaginites blennorragiques infantiles par le sulfamide et le sulfone.

Jury : MM. Tanon, Hazard, Joannon, Mollaret. — MM. Hassan Richards : Le paludisme en Albanie ; Ho Vinh Thong : Contribution à l'étude de l'hygiène des fosses nasales ; Jager : La valeur alimentaire et thérapeutique du vin ; Picard : Les épidémies dans le Porsion et les régions circonvoisines de 1772 à 1782 ; Sadigh : Le problème de la protection et de l'amélioration de la race humaine ; Saint-Martin : Climatologie de Carnac-Plage, station climatique de santé de la côte Atlantique (sud) de Bretagne ; Tarlé : Etude sur les conditions sanitaires de la grande pêche maritime ; Mlles Huard : Utilisation de la cuti-réaction à la tuberculine et des réactions similaires dans la lutte antituberculeuse ; Huet : Broussais. Sa vie et son œuvre ; Tulliez : Accidents cutanés dus aux vaccins.

Lundi 4 juillet. — Jury : MM. Grégoire, président ; Mathieu, Ameline, Funck. — M. Léger. La non-intervention dans les traumatismes du crâne. — M. Ouvry. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du pancréas. — M. Cottard. Pseudarthrose congénitale de jambe et neurofibromatose. — M. Le Berre. Contribution à l'étude de l'hématome extra-dural chez l'enfant. — M. Mouchotte. Contribution à l'étude des indications de la technique des butées ostéo-plastiques dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche.

— Jury : MM. Chiray, président ; Harvier, de Gennes, Moreau. — M. Duchassaing. Contribution à l'étude des ulcères gastro-duodénaux doubles et multiples. — M. Frankfurt. La syphilis gastrique héréditaire de la deuxième enfance et de l'adulte. — M. Sénéchal. Sur les pancréatites syphilitiques ictérigènes de l'adulte. — Mlle Quereux. Sur un cas de croup guéri par le chlorhydrate de lobeline.

Mardi 5 juillet. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Marion, Moulonguet, Fey. — M. Gilbert. La luxation irréductible de la rotule et son traitement. — M. de Maulmont. Formes de début non fistuleuses de l'actinomycose colique. — M. Bouteau. Prostatites ligneuses. Infiltrations ligneuses pelviennes d'origine génito-urinaire. — M. Gueuvdjian. La duplicité réno-urétérale incomplète et son étude pathologique. — M. Nicolaïdis. Les sulfamides ; leur action sur le sang. — M. Thomas. Le procédé de Ninni appliqué au diagnostic de la tuberculose rénale. — M. Veisleib. Traitement actuel de la blennorragie aiguë en dispensaire. — M. Perret. Des mauvais résultats à longue échéance des opérations pour calcul du rein.

— Jury : MM. Carnot, président ; Guillain, Laignel-Lavastine, Mouquin. — M. Etévé, Manifestations cutanées au cours de la leucémie myélogène. — M. Hekmat. La sonorité angulaire pré-hépatique, signe de périviscérite du carrefour supérieur. — M. Marmour. L'angine tuberculeuse. — M. Roizentuler. Forme acroparésique de la syringomiélie. — M. Roux. Le traitement belladoné à hautes doses des rigidités extra pyramidales. — M. Ruff. Essai de tuberculinothérapie dans la démence précoce.

— Jury : MM. Tanon, président ; Rathery, Joannon, Mlle J. Levy. — M. Berthiot. Modalités de conservation, valeur hygiénique, germes pathogènes de l'œuf de poule. — M. Boiseau. Contribution à l'étude des syndromes cliniques et des lésions déterminées par l'électrocution. — M. Cornillon. Le médecin praticien devant la tuberculose pulmonaire. — M. Fraboulet. L'historique des eaux de boisson à bord des navires. — M. Mattraits. Diététique et caractère. Essai. — M. Pezechkian. L'uricémie et l'excrétion d'acide urique dans quelques cas d'azotémie.

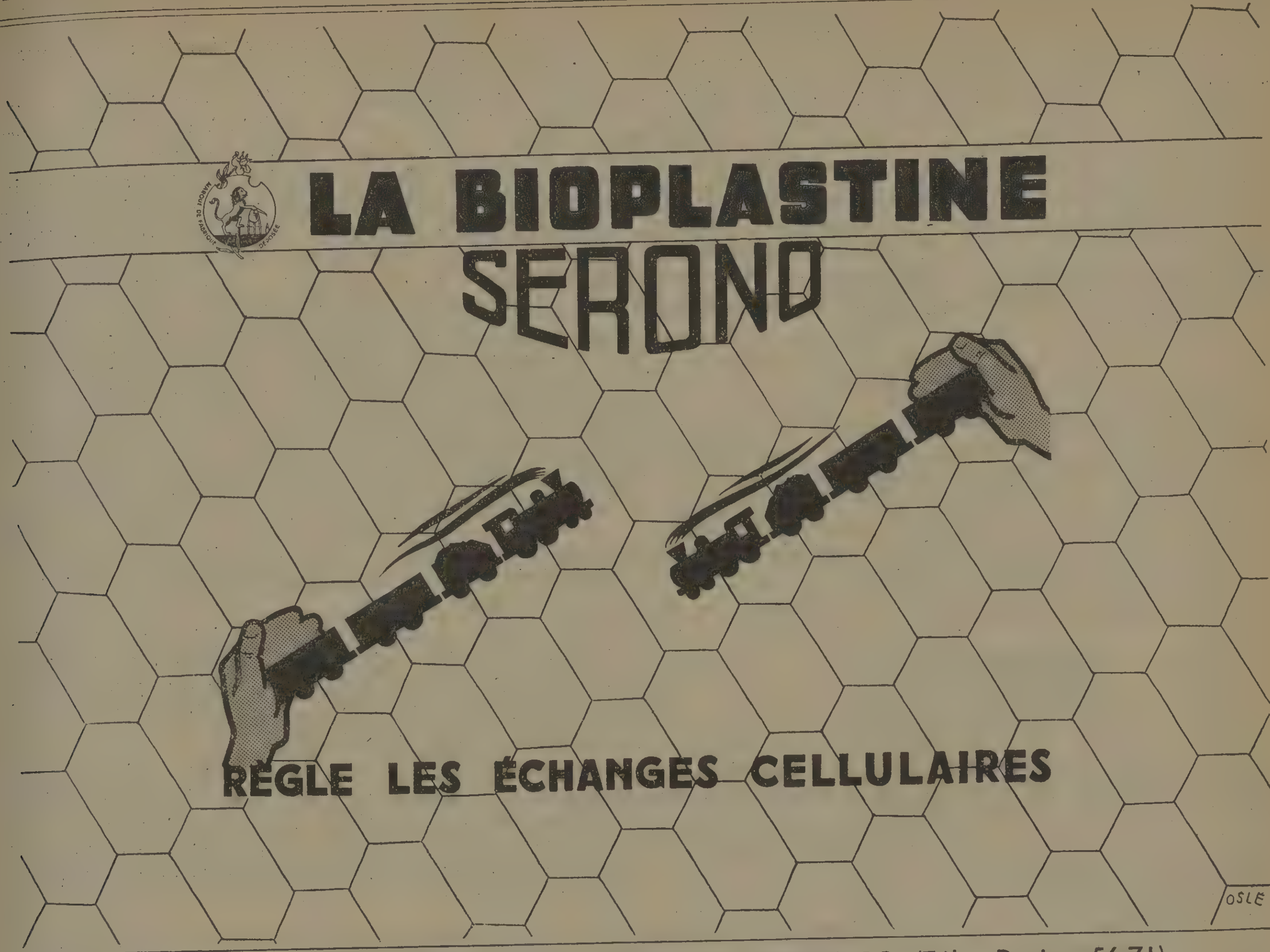
Mercredi 6 juillet. — Jury : MM. Gosset, président ; Ombrédanne, Hovelacque, Lardennois. — M. Boutron. L'iléite terminale. — M. Crispino, dit Crispi. Cellulite interpectorale. — M. Graillon. A propos d'un cas de maladie de Lobstein. — M. Le Cœur. La pince malléolaire ; physiologie normale et pathologique du péroné. — M. Piel. Etude sur l'épaule haute congénitale. Variété atténuée des élévations congénitales de l'omoplate.

— Jury : MM. Couvelaire, président ; Polonovski, Guéniot, Sannie. — M. Berger. Post-hypophyse et délivrance. — M. Courmontagne. Contribution à l'étude de l'anencéphalie. — M. Henriet. Contribution à l'étude de la mortinatalité. — M. Massé. Fonctionnement d'un institut moderne de puériculture. — M. Peretmère. Contribution à l'étude de deux malformations congénitales. — M. Petit. Contribution à l'étude des kystes lutéiniques. — M. Ferrien. Recherches sur l'histaminémie et l'histaminurie au cours de la grossesse.

Jeudi 7 juillet. — Jury : MM. Chevassu, président ; Mocquot, Basset, Moure. — M. Coldefy. L'uretère en gynécologie. — M. Goumot. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire de la puberté. — M. Orsoni. Essai sur la chirurgie du ganglion cervical supérieur du sympathique. — M. Zimmermann, dit Thau. Contribution à l'étude des perforations utérines au cours du curettage. — Mlle Weingarten. Valeur pratique de la culture du bacille de Koch pour le diagnostic de la tuberculose urinaire.

— Jury : MM. Balthazard, président ; Claude, Jeannin. Lantuéjoul. — Mlle Pasques. Les maladies du travail chez les ouvriers verriers. — M. Francheteau. Les causes d'inadaptation scolaire dans l'enseignement secondaire. — M. Guillermin. Les arthropathies au cours de la syringomyélie. — M. Guyot. Les états affectifs supérieurs chez les schizophrènes. — M. Orvoen. Etude sur les troubles sympathiques unilatéraux chez les hémiplégiques. — M. Rallu. Les psychoses alcooliques et leurs facteurs économiques et sociaux. — M. Aversenc. La désunion de la cicatrice utérine après césarienne ou cours d'une grossesse ultérieure.

— Jury : MM. Bezançon, président ; Laubry, Etienne Bernard, Lavier. — M. Baudouin. Les cortico-pleurites intri-


LA BIOPLASTINE
SERONO
RÈGLE LES ÉCHANGES CELLULAIRES
OSLE

quées. — M. BRASSEUR, André. La porphyrinurie. — M. BRASSEUR, Jacques. Contribution à l'étude du para-amino-phényl-sulfamide 1162 F. en thérapeutique infantile. — M. CAILLÉ. La communication inter-pleurale au cours du pneumothorax artificiel. — M. CHAREIRE. Le diagnostic des formes lentes du stade initial de la tuberculose pulmonaire dans l'enfance. — M. CORDIER. Contribution à l'étude des trombo-phlébites de la veine cave inférieure. — M. MICHAUT. Contribution à l'étude des tuberculoses pulmonaires graves. Les évolutions d'une seule tenue. — M. GORNY. Rôle de l'alcool et de l'effort dans l'insuffisance cardiaque de l'adulte jeune.

THESES VETERINAIRES

Vendredi 1er juillet. — MM. Polonovski, Maignon, Panisset. — M. GAYE : Recherches sur le mode des ferments anaphylactiques. Déviation du complément.

Samedi 2 juillet. — MM. Bezançon, Lesbouyries, Panisset. — M. BOURGET : Divers modes de contagion et infection en matière de tuberculose bovine.

INFORMATIONS

(Suite de la page 878)

Conseil supérieur d'hygiène sociale. — Le nombre des commissions du Conseil supérieur d'hygiène sociale est porté de sept à dix. Les attributions des trois nouvelles commissions seront les suivantes : hygiène dentaire, hygiène mentale, hydroclimatologie sociale.

M. le docteur Roy est nommé président de la première section ; M. le professeur Claude de la deuxième ; M. Maringer de la troisième.

Le *Journal officiel* du 28 juin publie la liste des membres de ces sections.

Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — *Contre la médecine préventive obligatoire.* — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, lors de sa séance de mai, a pris connaissance des projets tendant à créer des examens de médecine préventive obligatoire pendant toute la durée des études supérieures dans les Facultés, et a voté la décision suivante :

« Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris :

« 1° Demande à l'Etat : *a)* de faciliter la vie matérielle des étudiants en médecine (la vie précaire de ceux-ci étant la cause principale de leurs maladies), et non de prendre des sanctions administratives contre les étudiants malades, ainsi que certains le réclament ;

« *b)* De laisser les étudiants libres de se soigner à leur guise, comme doit pouvoir le faire tout homme libre.

« 2° Proteste contre la sélection physique des étudiants, car de nombreux exemples pourraient être cités prouvant l'erreur d'une pareille pratique, et repousse le caractère obligatoire d'examens demandés.

« 3° Souhaite surtout de voir organiser dans les autres Facultés des examens médicaux gratuits auxquels l'étudiant pourra se rendre de son plein gré au début de chaque année scolaire, et sans que le résultat en soit communiqué à la Faculté. »

Ordre du jour contre la proposition de loi Pomaret. — 1° Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a reçu mandat de l'Assemblée générale du 17 mars 1938 de continuer les campagnes figurant à son ordre du jour ; dans sa séance de juin 1938, prenant position une fois de plus contre la proposition de loi Pomaret, il constate que les modifications envisagées ne sont pas de nature à modifier son attitude.

La profession médicale a toujours été et doit rester une profession libérale : porter atteinte à ce principe ne peut que favoriser la socialisation de la médecine.

Or, le texte de M. Pomaret, dans son état actuel, en imposant des versements pour une retraite, que le médecin ne serait pas obligé de prendre, cause à celui-ci un préjudice énorme ; de plus, rien ne prouve que le Parlement suivra M. Pomaret et ne votera pas la retraite obligatoire.

Les médecins âgés seront toujours heureux de s'assurer par eux-mêmes une retraite pour leurs vieux jours.

Ils ont déjà toutes possibilités de le faire auprès des Caisses d'assurances professionnelles ou auprès d'organismes d'Etat ; ils peuvent, en versant librement, s'assurer pour une retraite plus intéressante que celle qui est proposée.

Si besoin est, il est possible sur le terrain professionnel d'augmenter les possibilités d'assurance déjà existantes.

2° Verser obligatoirement chez le percepteur, en même temps qu'on paierait ses impôts, serait reconnaître à l'Etat un droit inadmissible de suzeraineté, comme celui-ci l'exerce sur ses fonctionnaires.

Enfin, M. Pomaret a édifié son projet en vue de faciliter l'accession des jeunes à la profession médicale. Les jeunes s'opposent à ce projet qui est une atteinte à la liberté de la profession et qui se retournerait contre eux à 60 ou 65 ans, en leur enlevant le diplôme.

Le Comité mandate son délégué permanent, M. Mordagne, et son secrétaire général, M. du Chalard, pour intervenir auprès des Syndicats médicaux et provoquer, en même temps qu'une large enquête auprès des praticiens de Paris et de province, un mouvement de protestation de la part des étudiants en médecine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN ARRÊT DU CONSEIL D'ÉTAT A PROPOS DE L'INTERNAT

Le Conseil d'Etat a rendu, le 18 mai 1938, sous le numéro 56874, un arrêt qui intéresse tous les internes participant à un service public. En voici le texte :

« Le Conseil d'Etat statuant au contentieux...,

Considérant que les internes des hôpitaux, même lorsqu'ils ne sont nommés qu'à titre provisoire, collaborent à l'exécution du service public d'assistance dans des conditions qui établissent entre eux et ledit service, un lien de nature à les placer au nombre des agents visés par l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 ;

Considérant qu'il est constant que le sieur X..., interne provisoire à l'Asile national des convalescents de Y..., a été brusquement relevé de ses fonctions, sans avoir eu communication de son dossier et sans avoir été mis à même de demander cette communication ; que, dès lors, le requérant est fondé à soutenir qu'il n'a pas été à son égard satisfait aux prescriptions de l'article 65 susvisé de la loi du 22 avril 1905 et à demander par ce motif l'annulation de la décision

Décide :

La décision susvisée du ministère de la Santé publique en date du 17 juillet 1936, est annulée. »

A l'origine de cette affaire, il y aurait un autre passe-droit.

Si ce fait était confirmé, il appartiendrait au ministère de la Santé publique, dont dépend directement l'asile de convalescents en question, de faire cesser une situation anormale.

Il serait aussi indispensable que les concours pour les places dans ces asiles fissent l'objet d'une publicité suffisante pour que n'en fussent pas avertis les seuls initiés.

A. HERPIN.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE (1)

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il soulève souvent de grosses difficultés.

Il doit être discuté en tenant compte, avant tout examen :

— *De l'âge. Du sexe du malade ;*

— *Des caractères de la crise*, et au premier chef, de ses *conditions d'apparition*. Accessoirement de l'importance des phénomènes associés.

Il nécessite dans tous les cas, un *examen viscéral complet* du malade, auquel on adjoindra : *la radiographie, l'électrocardiographie, les épreuves sérologiques.*

— L'accès angineux traduisant « le cri de souffrance du plexus cardiaque » (Vaquez), l'attention se portera avant tout sur l'origine même de ce plexus : *la région cardio-aortique.*

I. — ON EXAMINE L'AORTE.

La crise d'Angor chez les aortiques répond *habituellement* au schéma type qui mérite le nom « *d'angine d'effort* ».

Son début : brutal, lors d'un effort (d'intensité variable, diminuant avec les crises).

Son caractère : paroxystique, aigu, transitoire.

— Sans dyspnée.

— Habituellement sans trouble du rythme, et on insiste classiquement sur cette « impassibilité du cœur » pendant la crise.

— Sans modification tensionnelle appréciable.

Sa durée, variable, mais ne dépassant pas, en règle, 4 à 5 minutes.

Sa terminaison, aussi brusque que le début, avec quelques phénomènes sympathiques post-critiques.

— Il s'agit là d'un schéma.

Mais il faut savoir qu'à la longue, la répétition des accès peut entraîner leur modification, toutes les formes intermédiaires pouvant se voir avec les accès dits « d'angor de décubitus » que nous verrons plus loin.

— Quoi qu'il en soit, le rattachement de l'accès à l'aortite, est facile en présence des *signes stéthacoustiques et radiologiques nets*, traduisant la dilatation de la crosse :

— Battements exagérés ;

— Souffle systolique et Angor ;

— Double souffle ;

— Modifications nettes des dimensions et de la tonalité de l'ombre aortique à l'examen radiographique.

— Il est infiniment plus difficile en cas d'aortite très localisée, (en cas de sténose isolée des orifices coronaires), savoir alors donner toute leur valeur à une modification clinique (stéthacoustique-tensionnelle), ou radiologique fixe, retrouvée à différents examens.

— Ce diagnostic posé, c'est le problème de *la nature de l'aortite* qui se pose.

1° *La syphilis aortique* est la cause la plus fréquente des accès d'Angor chez l'homme de la quarantaine, et ceux-ci font partie de son tableau fonctionnel ;

— En préciser *les signes* (cliniques et sérologiques), et surtout le *degré*, point capital :

— *Aortite simple ;*

— *Hogdson ;*

— Ou *anévrysme.*

Le *traitement spécifique* est la meilleure arme à opposer à l'Angor.

2° L'*athérome aortique* est souvent en cause chez le malade âgé, polyscléreux, en l'absence de syphilis.

Les crises d'angine paraissent chez lui en rapport avec des poussées subaiguës d'athérome.

3° De *façon exceptionnelle :* les *aortites infectieuses :*

— De la fièvre typhoïde ;

— De la grippe ;

— Du R.A.B.

II. — ON EXAMINE LE CŒUR.

Toutes les cardiopathies, orificielles ou myocardiques, sont susceptibles de déclencher les crises d'angine de poitrine, et les différentes causes de « *lâchage du cœur* », en particulier :

— *Artérielles* (aortite-hypertension) ;

— *Valvulaires ;*

— *Myocardiques* (myocardites, séniles en particulier).

— Voire même *fonctionnelles* (myocardies de Laubry), donnant, à un degré plus ou moins pur, le tableau de *l'I.V.G. ;*

— Assourdissement des bruits ;

— Tachycardie. Extrasystoles ;

— Galop ;

— Chute tensionnelle ou écrasement de la différentielle peuvent, à un moment donné de la décompensation, créer un accès d'angor, mais celui-ci est assez particulier, du moins schématiquement.

Il réalise le type d'*Angor de décubitus* que classiquement, Vaquez opposait à l'angor d'effort des aortites.

Son début est, aussi, *brusque* et *inopiné la nuit*, chez un malade qui s'est couché bien portant.

— Généralement, dans les premières heures du sommeil.

Mais : son caractère est différent, car cette crise est *beaucoup plus prolongée.* Des heures passent sans que la douleur cède, et bientôt, s'ajoute un signe capital :

La dyspnée : soit à type d'asthme cardiaque, soit même à type d'*œdème pulmonaire aigu.*

D'autre part : pendant toute son évolution, on note l'intrication nette des signes *pulmonaires, objectifs* et *fonctionnels d'I.V.G.*, et en particulier, on insiste sur les modifications tensionnelles, qui ont une grande valeur pronostique.

Sa terminaison enfin est progressive.

— Et il n'est pas rare, après un tel paroxysme, de constater l'installation d'un *souffle de distension cardiaque*, témoin d'une insuffisance totale commençante.

— *Une restriction s'impose cependant :*

Les deux grandes variétés d'angor, opposées par Vaquez, correspondent à deux tableaux cliniques extrêmes, entre lesquels il y a place pour tous les intermédiaires, et, qu'il s'agisse d'aortite, ou qu'il s'agisse d'I. V. G., l'intrication n'est pas exceptionnelle, pas plus que l'alternance des deux tableaux.

Cette distinction clinique n'a donc pas toujours une valeur absolue.

— L'angor peut avoir une autre cause cardiaque que l'I. V. G.

Et de fait, elle peut faire partie du tableau fonctionnel :

1° *De toute affection valvulaire rhumatismale*, en soulignant :

— La jeunesse des sujets atteints ;

— Et le fait que les crises surviennent, surtout au cours de la phase précoce et encore bien tolérée de l'endocardite.

2° *Des accès de tachycardie paroxystique :* il s'agit de tachycardie *ventriculaire*, et l'examen électrocardiographique rend compte de la nature des accidents (anomalies des complexes avec dissociation).

3° *Beaucoup plus exceptionnellement de l'I.V.D.* (Tessier).

(A suivre.) G. LE SUEUR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 52, du 29 juin 1938, p. 858.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 55. — SAMEDI 9 JUILLET 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — *Prêts d'honneur* (année scolaire 1938-1939). — MM. les étudiants sont informés que les dossiers de demandes de prêts d'honneur, pour l'année scolaire 1938-1939, seront reçus du 1er septembre au 15 *octobre, dernier délai*. Les candidats à un prêt d'honneur pour l'année scolaire 1938-1939 peuvent, dès maintenant, se présenter au *Secrétariat de l'Académie de Paris*, Bureau N° 5, à la Sorbonne, où tous renseignements utiles leur seront donnés pour la constitution de leur dossier.

Travaux pratiques de physiologie (2e année). — Une série de travaux pratiques supplémentaire, organisée pour les étudiants, dont les travaux réguliers n'ont pas été validés, commencera le lundi 14 novembre 1938. S'inscrire au Secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h. Droits d'inscription : 200 fr.

Consignations. — MM. les étudiants sont informés : 1° que les consignations en vue des examens de la session d'octobre 1938 seront reçues les 3 et 4 octobre ; 2° que les consignations pour la session d'octobre en chirurgie dentaire seront reçues les 7 et 8 octobre ; 3° que les consignations en vue des cliniques et de la thèse sont reçues les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du lundi 3 octobre ; 4° les deux premières inscriptions de l'année scolaire 1938-1939 seront délivrées aux étudiants de 2e, 3e, 4e et 5e année, ayant satisfait à la scolarité, ainsi qu'aux examens afférents à leur année respective, à partir du mercredi 12 jusqu'au jeudi 27 octobre 1938.

— Un décret en date du 17 juin porte création d'une chaire de clinique de neuro-chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Cibert, agrégé, est nommé professeur de clinique urologique (dernier titulaire de la chaire : M. Gayet).

M. Cordier, agrégé, est nommé professeur de pathologie interne (dernier titulaire de la chaire : M. Chalier).

M. Ponthus, agrégé, est nommé professeur de physique biologique, radiologie et physiothérapie (dernier titulaire de la chaire : M. Cluzet).

M. Rebattu, agrégé, est nommé professeur de clinique oto-rhino-laryngologique (dernier titulaire de la chaire : M. Collet).

Faculté de médecine de Montpellier. — Le Conseil a désigné, à une très forte majorité, le professeur agrégé Dejean, en première ligne, pour la chaire de clinique ophtalmologique, actuellement vacante par suite de l'admission à la retraite de M. le professeur Villard.

Au cours de la même séance, le Conseil de la Faculté a également proposé, à une très forte majorité, M. le docteur Ferrier, en vue de l'attribution d'une charge de cours de stomatologie en remplacement de M. le docteur Waton, arrivé aux termes de ses fonctions.

Légion d'honneur. — GUERRE. — Est élevé à la dignité de *grand'croix*, M. le docteur Fernand Rault, ancien médecin colonel au 115e régiment d'infanterie.

Commandeur. M. le docteur Fernand Netter, médecin capitaine honoraire, anciennement à la garde républicaine, à Paris.

Association générale des médecins de France. — L'élection du président de l'Association générale des médecins de France vient d'avoir lieu au siège des 93 Sociétés départe-

mentales affiliées. Le docteur L. Chapon, arrivé au terme de son mandat, a été réélu à la quasi-unanimité des votants pour une nouvelle période de cinq ans.

Ce vote est un nouvel hommage à un confrère qui rend d'éminents services à de nombreuses œuvres professionnelles et dont la compétence et le dévouement lui valent la sympathie de tous.

XIe Congrès de la Société Internationale de chirurgie. — Ainsi que nous l'avons annoncé, ce Congrès n'aura pas lieu à Vienne, mais à *Bruxelles*. Le président est le professeur Matas (de New-Orléans), les vice-présidents sont les professeurs Sauerbruch (de Berlin) et Hybbinette (de Stockholm).

Ses travaux s'ouvriront le lundi 19 septembre, au Palais des Académies. Rappelons que les questions suivantes sont à l'ordre du jour : 1° *Traitement chirurgical de l'hypertension* ; 2° *Greffes osseuses* ; 3° *Traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon.*

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : docteur L. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

A partir du 17 septembre, toute la correspondance doit être adressée au Secrétariat du Congrès international de chirurgie, Faculté de médecine, boulevard de Waterloo, 115, à Bruxelles.

Décrets-lois. — Le *Journal officiel* du 1er juillet publie un décret relatif à l'institution d'un service de contrôle médical en faveur des étudiants.

CHRONIQUE

JUBILÉ SCIENTIFIQUE DE M. GABRIEL BERTRAND, PROFESSEUR DE CHIMIE BIOLOGIQUE A L'INSTITUT PASTEUR ET A LA SORBONNE

Le 24 juin, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les collègues, les élèves et les amis du professeur Gabriel Bertrand, réunis sous la présidence de M. Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, Président du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur, ont célébré, dans une cérémonie toute intime, le jubilé scientifique de ce savant, dont les recherches sur les oxydases et les infiniment petits ont ouvert la voie à la découverte des hormones, des vitamines et de tous les phénomènes vitaux d'oxydo-réduction.

Des discours ont été prononcés par M. A. Lacroix, M. Maurain, doyen de la Faculté des Sciences ; M. Urbain, professeur à la Faculté des sciences ; M. Dupont, président de la Société chimique de France ; M. Polonowsky, président de la Société de chimie biologique, et professeur à la Faculté de médecine ; M. Jolly, professeur au Collège de France et secrétaire de la Société de biologie ; M. Javillier, élève et successeur de M. Bertrand, qui, au nom du comité d'organisation, a remis à son maître une médaille due au talent de M. de Hérain, etc...

En réponse à tous ces discours, le professeur Gabriel Bertrand, d'une voix émue, a remercié les nombreux assistants.

En quelques mots, il a retracé ses débuts au laboratoire de chimie du Muséum d'histoire naturelle, dirigé par Arnauld, et où, en 1898, il avait bien voulu, avec sa bienveillance habituelle, caractériser le glucose D que j'avais extrait à l'état cristallisé d'une urine de diabétique.

Puis il raconta comment, à la demande de Duclaux — ce qui contraste singulièrement avec les procédés habituels — il fut nommé professeur à l'Institut Pasteur...

En terminant, qu'il me soit permis de le remercier sincèrement pour m'avoir initié à ses recherches sur le cobalt et encouragé à poursuivre l'étude des propriétés singulières de ce métal qui se révèle de plus en plus précieux pour la médecine.

J.-M. LE GOFF.

LE BANQUET DES DIPLÔMÉS DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE DE PARIS

Le banquet des diplômés de l'Institut d'hygiène de Paris vient d'avoir lieu, sous la présidence du professeur Tanon, entouré de MM. les docteurs Even, président de la Commission d'hygiène du Sénat, et Raymond Martin, sénateur de la Haute-Marne ; le professeur Crouzon, les docteurs Gautier, médecin-chef de la préfecture de la Seine ; Legros, Dequidt, président de la Fédération des diplômés d'hygiène ; Loir et Aublant, président honoraire et président du syndicat des médecins hygiénistes ; Besson, inspecteur général des services d'hygiène de la Seine ; le médecin général Cot, les docteurs James et Ferrabouc, professeurs au Val-de-Grâce, le docteur Fernand Lévy, rédacteur en chef de l'hygiène sociale. Plusieurs professeurs de l'Institut avaient aussi accepté l'invitation de l'Association des anciens élèves : MM. Weil-Hallé, Cruveilhier, Henri Labbé, Cambassédès et Navarre.

A l'issue du banquet, des allocutions furent prononcées par MM. Clerc, président de l'Association ; Even, Raymond Martin, Dequidt, Legros, Loir et Tanon.

Avant cette réunion, l'Association avait, au cours de son assemblée générale, procédé à la constitution de son bureau pour l'année 1938-39. Ont été élus : président : docteur Clerc ; vice-présidents : docteurs Leclainche, Cachera, Brillant ; secrétaire général : docteur Goulley ; rédacteur en chef du Bulletin : docteur Bourguin ; trésorier : docteur Royer.

Faculté de médecine. — LABORATOIRE DE CHIMIE MÉDICALE. — Cours de perfectionnement, sous la direction de M. le professeur Polonovski, et avec la collaboration de MM. Szent Gyorgyi-Bigwood, Baudouin, Lemoigne, Roche, Fleury, Machebœuf, Sannie.

Un deuxième cours de perfectionnement de biochimie médicale aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, dans le service du professeur Polonovski, du 10 octobre au 15 novembre.

Renseignements au Laboratoire de chimie médicale (Faculté de médecine), de 9 h. 30 à 12 heures et de 14 heures à 18 heures.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple, pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur demande et franco
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

REVUE GENERALE

TECHNIQUE DE L'IMMUNO-TRANSFUSION

Par MM. G. JEANNENEY et CASTANET
(de Bordeaux)

Par immuno-transfusion on entend la transfusion à un receveur infecté du sang d'un donneur dont les *leucocytes* ont été rendus aptes à lutter contre les éléments microbiens et dont les *humeurs* ont été préparées de manière à neutraliser les toxines microbiennes. En réalité il s'agit tout autant de transfusions immunisantes que de transfusions de sang dont les réactions de défense ont été exaltées suivant les lois établies par les travaux de Pasteur, de Wright et de Ramon. C'est pourquoi Tzanck leur donne le nom de *phylacto transfusions.*

Aussi bien on décrit sous le nom d'immuno-transfusion les manœuvres les plus dissemblables : les unes utilisent du sang de convalescent, les autres du sang vacciné selon les principes de Wright, les autres du sang de sujet dont l'immunité est recherchée par des vaccinations répétées. Encore dans ces deux derniers cas les techniques diffèrent-elles selon que l'on utilise des auto-vaccins, des stock-vaccins, ou même des anatoxines et vaccins associés de Ramon.

Dans ces conditions il apparaît comme difficile de comparer entre eux les résultats obtenus par des méthodes si différentes, d'autant plus que, dans la plupart des observations, aucune indication précise n'est donnée concernant la technique propre de l'immuno-transfusion utilisée.

Il est donc indispensable de préciser *tous les détails* techniques de l'immuno-transfusion en général, et d'indiquer les variations possibles dans l'exécution de cet acte thérapeutique, si l'on veut pouvoir comparer entre eux les résultats obtenus par cette méthode.

Nous nous efforcerons donc ici d'exposer les meilleures méthodes utilisées :

1° *Pour sélectionner les donneurs* (1re partie) ;
2° *Pour les préparer* (2e partie) ;
3° *Pour utiliser leur sang* (3e partie).

PREMIERE PARTIE

SELECTION DES DONNEURS

Tout centre de transfusion doit avoir à sa disposition des donneurs spécialement préparés — ainsi Tzanc , Jaubert (1) et Gory ont, avec Dalsace, un groupe de donneurs spécialement préparés pour la phylactotransfusion. Nous-mêmes avons un petit groupe de donneurs, connus de nous, surveillés spécialement et constamment préparés.

Un donneur pour immuno-transfusion doit avoir non seulement les mêmes qualités qu'un bon donneur ordinaire (1), mais il doit être un excellent donneur. On procédera donc chez lui à trois ordres de recherches :

1° *Recherche du groupe sanguin et de la compatibilité sanguine ;*

2° *Etude du sang du donneur au point de vue de son potentiel de défense* (formule leucocytaire, vitesse de sédimentation) ;

3° *Etude du sang du donneur au point de vue de ses réactions de défense* (pouvoir hémo-bactéricide).

1) Etude de la compatibilité sanguine (groupe et charge électrique)

Théoriquement il serait à souhaiter de n'utiliser que des donneurs *du même groupe* que les malades — pour leur éviter tout risque de choc.

Pratiquement on doit se contenter de *donneurs universels* toujours utilisables. Mais, même avec eux, il sera bon de contrôler toujours extemporanément au moment de la transfusion *la compatibilité de leur sang* avec celui du malade. On sera ainsi amené à rejeter les donneurs dont le sang présenterait avec le receveur le phénomène de *pseudo-agglutination.* Sans être une contre-indication à la transfusion, la pseudo-agglutination est un phénomène physico-chimique qui indique un équilibre humoral un peu instable : pareil donneur ne devra donc être employé qu'avec une grande prudence pour une immuno-transfusion qui s'adresse à des sujets dont il faut ménager le plus possible l'équilibre (2). Donc, même lorsque l'épreuve de l'épuisement répété de Simonin indiquera bien que le phénomène observé n'est qu'une pseudo-agglutination, il sera prudent de rejeter le donneur éventuel.

De même nous croyons utile de rechercher ici la *charge électrique des sangs à mélanger.* Jeanneney et Wangermez ont, en effet, montré que donneur et receveur, tout en appartenant à des groupes compatibles, peuvent avoir des sangs de charge électrique différente : il en résulte des chocs qu'on a dans certains cas intérêt à rechercher ; dans d'autres à éviter. Ainsi, dans les infections débutantes, il semble qu'un léger choc transfusionnel soit utile. Par contre, chez des malades très fatigués, il est préférable d'éviter de trop violentes secousses.

2) Etude du sang du donneur au point de vue de son potentiel de défense

Trois recherches peuvent ici présenter quelque intérêt :

— La formule hémoleucocytaire du donneur ;
— La vitesse de sédimentation de son sang ;
— L'intra dermo-réaction au filtrat streptococcique de Tzanck, Jaubert et Auclaire.

(1) A. Tzanck et A. Jaubert. De l'immuno-transfusion. *Bulletin Académie de médecine*, 17 juin 1930.

(1) Jeanneney. Sélection des donneurs en vue de la transfusion du sang. *Progrès médical*, 10 juin 1938.

(2) Benda. A propos des sujets à sang instable. *Bull. mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 25 janv. 1935 n° 3, 148.160.

Benda. Importance de la recherche directe des compatibilités sanguines dans les transfusions. Congrès international de la transfusion sanguine. Rome, 26-19 sept. 1935. *Presse méd.* 13 nov. 1935, n° 91, p. 1777.

a) Formule hémo-leucocytaire.

L'examen de cette formule permet tout d'abord d'éliminer les donneurs présentant une anomalie de la formule ou une formule pathologique. Seront rejetés également les donneurs ayant une tendance à la neutropénie, soit spontanément, soit après des saignées répétées, comme Merklen, Israël et Appell l'ont signalé pour certains donneurs professionnels du service de Canuyt (1).

On sait aussi qu'après la saignée la régénérescence de l'hémoglobine peut être plus lente que celle des globules. Ici encore, il y aura intérêt à éliminer les sujets qui auraient tendance à faire de l'anémie hypochrome. Pour toutes ces raisons, il ne faut pas soumettre un immuno-donneur à des saignées répétées : il est probable que ses réactions de défense en seraient amoindries. Le donneur pour immuno-transfusion doit donc bénéficier de certaines précautions dont on ne se préoccupe pas pour un donneur banal.

b) Vitesse de sédimentation du sang.

On sait que la vitesse de sédimentation varie suivant les sujets. Nous possédons, à l'heure actuelle, d'excellentes méthodes de mesure de cette vitesse, en particulier celles de Westergreen, de Sabrazès, de Harvier et Picquet, et la micro-méthode de Lauger et Schmidt. On trouvera dans la thèse de Dubarry (2) les indications cliniques qu'on peut tirer de l'étude de la sédimentation, et dans celle de Mlle Itey (3) l'exposé des diverses méthodes de mesure de cette vitesse.

Les renseignements fournis par la vitesse de sédimentation, bien que n'ayant pas une valeur absolue, peuvent être utiles surtout s'ils concordent avec les autres signes (Dubarry). On sait d'ailleurs que la vitesse de sédimentation dépend d'un nombre considérable de facteurs dont la résultante traduit en somme l'équilibre physio-chimique du sang. Comme il y a intérêt à n'utiliser pour l'immuno-transfusion que des sangs en équilibre parfait, *on écartera* au moins momentanément *les donneurs dont la sédimentation globulaire est accélérée*. On ne conservera que ceux dont la vitesse de sédimentation est faible.

c) Intra-dermo-réaction au filtrat streptococcique de Tzanck, Jaubert et Auclaire

Pour apprécier le potentiel de défense du donneur éventuel on pourrait encore utiliser l'intra-dermo-réaction au streptocoque comme le conseillent Tzanck et Auclaire. Ces auteurs recommandent de pratiquer une intra-dermo-réaction pour chaque donneur de façon à pouvoir mesurer les pouvoirs de réaction de défense de l'organisme considéré.

Cette intra-dermo-réaction consiste en l'injection dans l'épaisseur du derme de 0,2 à 0,3 de filtrats de culture de streptocoque. Une réaction inflammatoire se produit au bout de 2 ou 3 jours. Elle doit n'entraîner aucune cicatrice après sa disparition. Auclaire recommande d'*éliminer les donneurs qui présentent des réactions traînantes* inflammatoires à la suite de cette injection.

(1) Merklen, Israël et Appell. Effet de saignées sur le sang des donneurs universels, *Presse médicale*, n° 96, 28 novembre 1936.

(2) Dubarry. Etude sur la réaction de sédimentation des hématies en clinique. *Thèse de Bordeaux*, 1934.

(3) Mlle Itey. Contribution à l'étude des méthodes de mesure de la vitesse de sédimentation des hématies. Comparaison de quelques méthodes. Vitesse de sédimentation du sang conservé. *Thèse de Bordeaux*, 1937.

3) Etude du sang du donneur au point de vue de ses réactions de défense (Mesure du pouvoir hémobactéricide)

Une des meilleures façons d'apprécier la valeur des réactions de défense d'un sujet contre les infections est de mesurer le pouvoir bactéricide de son sang. Wright fut le premier à mesurer le pouvoir hémobactéricide, en vue de l'immuno-transfusion, en mettant en présence d'une quantité donnée du sang à étudier un nombre connu de germes microbiens. Mais le procédé proposé par Wright (procédé des cellules-lames) représente une véritable acrobatie technique et, de ce fait, n'a guère été appliqué que par lui ou ses collaborateurs immédiats.

De plus, cette notion, préconisée dès 1919, ne correspondait aucunement aux notions de toxines et antitoxines avec lesquelles on concevait l'immunité à cette époque. On comprend donc qu'elle ne fut alors adoptée qu'avec des réserves et appliquée que sur une très petite échelle.

Le principe de cette méthode est d'ensemencer des quantités précises de microbes dans des quantités données de sang et d'introduire le sang ainsi ensemencé dans des « *cellules-lames* ». On laisse alors le sang tuer les microbes qu'il est capable de tuer, et on permet le développement des microbes survivants en plaçant les cellules-lames à une température optima, jusqu'à ce qu'on y observe l'apparition de colonies microbiennes.

Après Wright, Ruge et Philippe étudièrent la lutte entre le sang d'un donneur et les germes en cause pour en déduire le pouvoir pathogène des germes. Plus récemment, Fajerman et Daels étudiaient l'action du sang du malade sur les germes prélevés dans ses sécrétions. En réalité. ces épreuves dérivées de celle de Wright, si elles sont plus simples, n'en ont pas la valeur.

Nous avons mis au point, dans ces dernières années, une méthode simple de mesure du pouvoir bactéricide du sang (1). En mettant en présence du sang à étudier un germe correctement étalonné et à des dilutions précises, on observe dans des *chambres de culture*, très simples à construire, le nombre des colonies microbiennes qui, dans un temps donné, ont poussé malgré l'attaque du sang. On peut ainsi établir une courbe indiquant le pourcentage des germes tués à des dilutions microbiennes données. Ainsi, certains sangs ont un pouvoir bactéricide nul, d'autres laissent pousser un grand nombre de colonies microbiennes, d'autres enfin les détruisent pour ainsi dire toutes : *ce sont ces sujets à pouvoir hémobactéricide*

(1) Jeanneney, Castenet et Cator. Sur une méthode simplifiée de mesure du pouvoir hémobactéricide. *Gazette hebd. des Sciences médicales*, n° 23, 5 juin 1938.

considérable qui seront seuls conservés en vue de l'immuno-transfusion.

Aussi bien, on étudiera chez eux les variations du pouvoir hémobactéricide sous l'influence d'injections de vaccins, d'anatoxines, de corps azoïques, etc. (1), de manière à déterminer la réaction de l'organisme en présence d'une attaque microbienne et *à ne conserver comme immuno-donneurs que ceux dont le pouvoir hémobactéricide s'est révélé excellent.*

Voici quelle est la technique (2) que nous conseillons pour étudier le pouvoir bactéricide du sang d'un sujet donneur éventuel.

Le remplacement de la cellule lame de Wright par une chambre de culture essentiellement constituée par un anneau de verre à bords rodés, enduite de paraffine et déposée sur une lame-porte-objet, représente la simplification idéale permettant à n'importe quel laboratoire de rechercher le pouvoir hémo-bactéricide. De plus, le sang citraté permet un maniement beaucoup plus facile sans traumatiser le tissu sanguin.

Technique d'un dosage du pouvoir hémo-bactéricide

1° On recueille 10 centimètres cubes de sang à examiner et on le citrate aussitôt à 1 % (fig. 1) ;

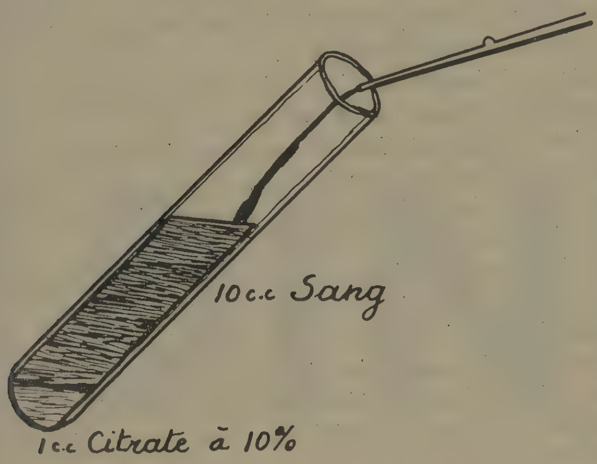


Fig. 1

2° On prépare des concentrations décroissantes d'une culture récemment repiquée de staphylocoques, à partir d'une suspension microbienne de 1 milliard de germes par centimètre cube, jusqu'à 1.000 germes par centimètre cube en douze dilutions différentes (fig. 2) ;

3° On prélève dans chacune de ces dilutions souches un volume de 0 cc. 25, qui est mis en contact avec un volume égal du sang à étudier. Ce mélange est laissé à la température du laboratoire pendant une demi-heure (fig. 3) ;

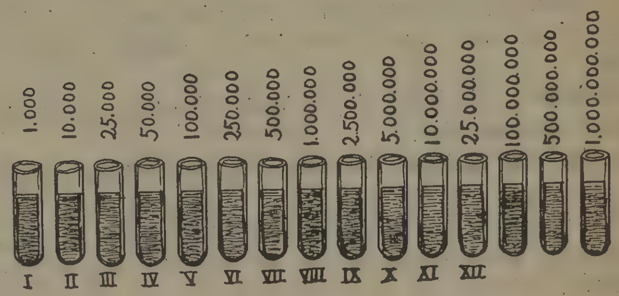


Fig. 2

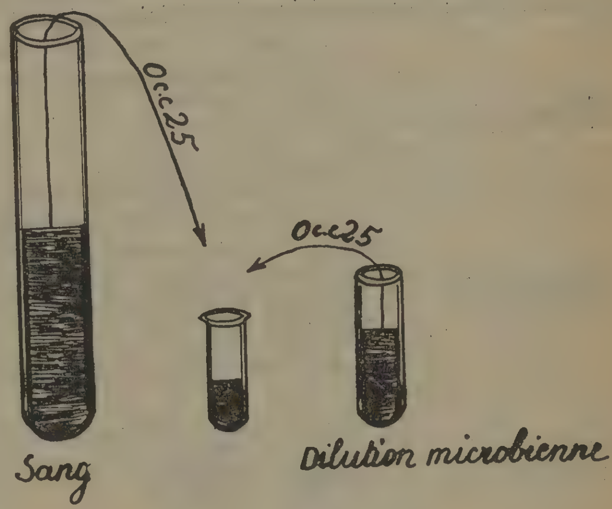


Fig. 3

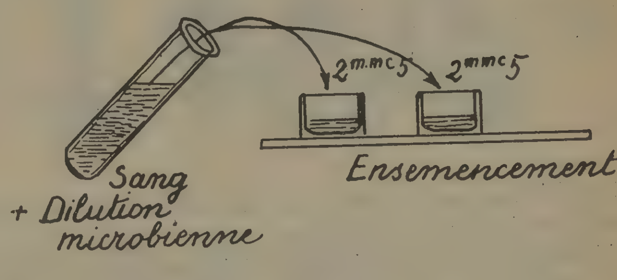


Fig. 4

4° Pendant ce temps, on prépare les chambres de culture en fixant à la paraffine sur chaque lame porte-objet, deux anneaux de verre à bords rodés.

Bien entendu, tout ce matériel est stérile. On dépose dans le fond de chaque chambre une couche suffisante (2 millimètres) de bouillon gélosé liquéfié au bain-marie et on le laisse refroidir ;

5° On ensemence, avec une micropipette au 1/100 de cc., chaque groupe de deux chambres de culture, avec 2 mmc. 5 du mélange sang + suspension microbienne (pour chaque chambre) (fig. 4). On a ainsi douze groupes ensemencés avec douze dilutions différentes. On les lute avec une lamelle pour éviter dessiccation et contamination. On les porte à l'étuve à 37° pendant 22 heures ;

(1) Jeanneney, Castanet et Cator. Transmissibilité par transfusion au receveur de l'augmentation du pouvoir hémobactéricide acquise chez un donneur par l'absorption de corps azoïques, *Soc. de Biol.*, 6 avril 1938.

Jeanneney, Castanet et Cator. Augmentation du pouvoir hémobactéricide sous l'influence des corps azoïques. *Soc. de Biologie*, 6 avril 1938.

(2) Jeanneney, Castanet et Cator. Sur une méthode simplifiée de mesure du pouvoir hémo-bactéricide. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, avril 1938.

6° *Lecture :* on enlève les lamelles et on dénombre les colonies qui ont poussé. Par exemple (fig. 5), la lame *a* indique dix colonies par 5 millimètres cubes, soit pour 1 centimètre cube : 10 × 200 = 2.000.

La lame *b*, indique trente colonies par 5 millimètres cubes, soit pour 1 centimètre cube : 30 × 200 = 6.000.

La lame *c*, indique des colonies confluentes difficilement comptables.

La lame *d*, indique des colonies impossibles à compter (+ ∞) ;

7° On rapporte ces chiffres aux différentes dilutions plus haut mentionnées (I à XII) et l'on en tire un chiffre :

— Tantôt inférieur au nombre des microbes ensemencés, soit : *pouvoir hémo-bactéricide positif ;*

— Tantôt supérieur au nombre des microbes ensemencés, soit : *pouvoir hémo-bactéricide négatif.*

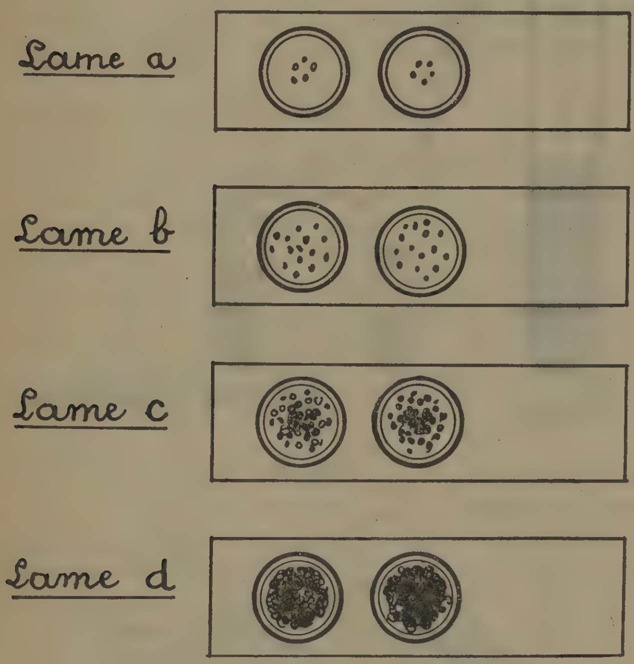


Fig. 5

Ces chiffres sont figurés sur une courbe grâce à un calcul de simple pourcentage.

L'étude du pouvoir hémo-bactéricide permet de *mesurer d'une façon très précise la valeur des défenses du sujet* (réaction phylactique et épiphylactique de Wright, et réaction biophylactique de Tzanck) dans la préparation de l'immuno-transfusion, de même qu'elle indiquera chez le receveur le bénéfice éventuel réalisé grâce à cet acte thérapeutique. Le pouvoir hémobactéricide peut ainsi *transformer l'acte incertain de l'immuno-transfusion en un acte thérapeutique mesuré et mesurable.*

*
* *

En résumé, seule une étude complète des donneurs permettra de choisir non seulement le bon, mais le très bon donneur en vue de l'immuno-transfusion. Dans ce sens les trois épreuves que nous proposons permettent une sélection vraiment scientifique en ne conservant que les donneurs :

1° Dont le sang est toujours susceptible d'être utilisé sans risque de choc ;

2° Dont le sang est dans un équilibre physico-chimique qui permet d'augurer de l'excellence de leur potentiel de défense ;

3° Dont le sang présente au repos un bon pouvoir hémobactéricide susceptible d'augmenter dans des proportions considérables à la moindre sollicitation.

Ainsi on aura réalisé le premier temps de l'*immuno-transfusion* qui n'est pas, comme d'aucuns le croient, une simple tentative de défense anti-infectieuse, mais bien *une véritable méthode basée sur des notions biologiques précises où le hasard n'occupe qu'une place insignifiante.*

DEUXIEME PARTIE

PREPARATION DES DONNEURS

I. Préparation méthodique des donneurs par immunisation spécifique progressive (Ramon)

Le donneur étant sélectionné sera préparé de longue date par injections répétées de vaccins.

Bien que l'idée d'une immunisation *spécifique* soit théoriquement fort séduisante (et puisse être réalisée dans certains cas : nous avons un donneur spécialement préparé contre le staphylocoque, un autre contre le streptocoque) il semble bien qu'il n'y ait pas, pratiquement, d'intérêt à toujours vacciner un sujet contre tel ou tel germe.

Ce qui importe, c'est *d'augmenter peu à peu le seuil de défense du donneur.*

Cette augmentation du pouvoir de défense (1) peut être obtenue soit par injection d'un vaccin quelconque, soit de préférence par l'injection des vaccins associés de Ramon. On sait, en effet, que Ramon, étudiant les réactions provoquées par ses anatoxines, a pu démontrer que si ces réactions étaient faibles lorsqu'on utilisait une seule anatoxine, elles augmentaient sensiblement lorsqu'on associait deux anatoxines (diphtérique et tétanique) et devenaient considérables lorsqu'on associait les deux anatoxines à des germes T.A.B.

D'après ces données voici comment, en pratique, il semble logique de procéder :

1° Injecter chaque quinzaine sous la peau 1 cc. du vaccin mixte-associé (anatoxine diphtérique-tétanique vaccin T.A.B. de Ramon et vaccin spécial anti-strepto-staphylo, etc., selon l'immunité qu'on cherche à développer).

Il est préférable de ne pas dépasser cette dose pour ne pas déclancher de trop violentes réactions qui risqueraient de décourager les donneurs. De même la répétition plus fréquente des injections ne paraît pas désirable.

Ainsi nous avons pu entretenir pendant plusieurs années un donneur sans qu'il ne présente aucun trouble. L'étude de son pouvoir hémobactéricide s'est montré constamment bon avec une aptitude remarquable à devenir excellent au moment de l'injection déchaînante.

(1) Jeanneney et Castanet. Les bases de l'immunotransfusion. *Gazette des Hôpitaux*, n° 28, 4 avril 1936, n° 30, 11 avril 1936.

II. Préparation extemporanée du donneur par injection déchaînant les réactions phylactiques et épiphylactiques de Wright-Tzanck

Le donneur sélectionné ayant été patiemment préparé (et la valeur de son pouvoir hémo-bactéricide mesurée après vaccination) est mis au moment où on a besoin de lui pour une immuno-transfusion en état de *défense suractivée.* En pratique deux cas peuvent se présenter :

1° IL Y A EXTRÊME URGENCE :

La conduite à tenir est simple : on injecte au donneur 6 heures avant la prise de sang (délai suffisant pour dépasser la phase négative, apophylactique de Wright) 1 cc. de vaccin mixte de Ramon.

Dans quelques cas nous avons ajouté à ce vaccin dans un but de réaction plus intense (et aussi dans l'espoir d'une réaction vraiment spécifique) une dose prudente de stock-vaccin (utérostreptine dans les infections puerpérales, cardiostreptine dans les endocardites, microvax divers de Roussel dans les infections pyogènes, anatoxine staphylococcique de Ramon dans les staphylococcies (3/4 de vaccin mixte+1/4 de staphylo-anatoxine).

Cette injection provoque une assez vive réaction chez le donneur. Nous avons l'habitude d'en contrôler l'intensité par une mesure de son pouvoir hémo-bactéricide au moment de l'immuno-transfusion.

Enfin, nous croyons utile, pour réaliser une véritable *cataphylacto-transfusion chimique*, d'administrer *en outre* au donneur en même temps que le vaccin, une petite dose de corps azoïques (la moitié de la dose maxima conseillée).

A ce point de vue, il nous a semblé que lorsqu'on associait l'administration de Rubiazol à celle d'un autre paramino-phényl-sulfamide, on obtenait un *renforcement du pouvoir hémo-bactéricide* qui, ainsi que nous l'avons montré, est *transmissible au receveur.* C'est pour cette raison que nous appelons cette méthode *cataphylacto-transfusion chimique.*

2° IL N'Y A PAS EXTRÊME URGENCE :

Si *l'état du malade, tout en nécessitant une immuno-transfusion*, ne l'impose pas avec un *caractère d'extrême urgence* on pourra procéder avec toute la rigueur scientifique désirable. On commencera donc par prélever sur le malade 10 cc. de sang destiné :

a) D'une part à *mesurer son pouvoir hémo-bactéricide, c'est-à-dire ses défenses.*

b) D'autre part à *faire une hémoculture ;*

L'étude du pouvoir hémo-bactéricide du malade pourra tout d'abord, dans certains cas, expliquer pourquoi l'*hémoculture* sera restée négative (septicémiques avec très bon pouvoir hémobactéricide et sans phase négative).

Cette étude du pouvoir hémo-bactéricide chez le malade présentant une septicémie est aussi importante que pour le donneur. L'examen systématique et répété du pouvoir hémo-bactéricide permet, en effet, de déceler le moment où les réactions de défense de l'organisme vont céder sous l'influence de l'invasion microbienne.

Un pouvoir hémo-bactéricide négatif doit entraîner immédiatement une immuno-transfusion. De même, après chaque immuno-transfusion, le relèvement du pouvoir hémo-bactéricide ou son fléchissement permettent de déceler l'efficacité ou la non-efficacité de la thérapeutique employée.

L'hémoculture, à son tour, renseigne non seulement sur la *nature des germes*, mais sur leur nombre (qu'on peut dans une certaine mesure apprécier d'après le rapport entre la quantité de sang prélevé et le nombre des colonies qui pousseront).

Ainsi à un grand nombre de microbes circulant dans le sang doit répondre une vaccination avec un faible nombre de microbes tués, et inversement, à un faible nombre de microbes vivants circulant dans le sang du malade, doit répondre une vaccination avec un grand nombre de microbes tués. (Wright.)

Les travaux de Wright ont établi sur ces notions les directives du traitement des septicémies ; et de même que dans les méningites à méningocoques l'examen du liquide céphalo-rachidien est nécessaire pour décider la sérothérapie anti-méningococcique, de même toutes les indications tirées de l'hémoculture et de la recherche du pouvoir hémobactéricide chez le donneur et le receveur, sont actuellement indispensables pour la bonne conduite du traitement d'une septicémie par l'immuno-transfusion.

a) Si l'hémoculture est négative :

Si l'hémoculture est négative, ce qui s'explique par un bon pouvoir hémo-bactéricide du malade, on s'occupera d'exalter rapidement les défenses du donneur de sang. Il sera bon de mesurer son pouvoir bactéricide en présence d'un microbe banal (tel que le staphylocoque qui peut être choisi comme étalon) avant, puis après l'injection déchaînante. On procédera alors à l'immuno-transfusion comme dans le cas d'extrême urgence.

b) Si l'hémoculture est positive :

Si l'hémoculture est positive on se trouve en présence de germes connus et pour certains il peut y avoir intérêt à lutter spécifiquement contre les germes en cause. Bien que Wright n'ait jamais cherché à démontrer la spécificité de l'attaque des microbes par les leucocytes, il a cependant, par une série de manœuvres, cherché à expliquer la valeur défensive du sang du donneur contre le microbe du malade.

Dans ce but Wright pratiquait un examen en deux temps :

1° Vaccination *in vitro* du sang du donneur contre les microbes morts du malade ;

2° Recherche du pouvoir bactéricide du sang du donneur ainsi vacciné *in vitro* contre le germe en cause (titrage de la réponse vaccinale).

Ces deux recherches lui permettaient d'établir la dose optima du vaccin à administrer au donneur et le moment où devait se faire cette vaccination.

En réalité, les recherches ultérieures de Ramon ont bien démontré qu'il n'y avait pas intérêt à chercher à calculer la dose vaccinale optima, telle que la conseillait Wright (en fonction de la masse du sang). En effet, la réaction phylactique maxima peut être déclanchée, comme nous l'avons dit plus haut, par une vaccination mixte associée (anatoxines diphtérique-tétanique et T.A.B.). — On prélèvera le sang une fois la phase négative de Wright passée, c'est-à-dire 12 heures environ après l'injection déchaînante, — et 15 heures au plus, — car après cette période les réactions phylactiques s'atténuent.

III. Possibilité de réaliser extemporanément in vitro des sangs utilisables pour une cataphylacto-transfusion simple

Nous avons vu qu'il avait paru possible à Wright de réaliser *in vitro* la vaccination d'un sang. Nous pensons que cette méthode mériterait d'être reprise en tenant compte des acquisitions mentionnées ci-dessus.

On sait que Pasteur en vaccinant les sujets contre la rage, avec des moelles, leur inoculait tout le tissu qui est spécifiquement atteint par le virus. Il utilisait en somme une culture vivante de tissus et son tissu électif de culture en vue d'assurer l'immunité (1).

L'examen du pouvoir hémobactéricide pourrait permettre la préparation de vaccins suivant la méthode classique pastorienne.

Si l'on prend du sang provenant d'un donneur déjà vacciné avec des microbes morts, que l'on détermine la meilleure réaction de défense de ce sang, puis que l'on ensemence ce sang de microbes vivants, et que l'on ajoute du sang de ce donneur jusqu'à disparition totale des colonies microbiennes vivantes, on créera des cultures de tissu sanguin ayant neutralisé par elles-mêmes le pouvoir d'attaque de microbes vivants, ayant subi l'atteinte d'une maladie atténuée, et l'injection de pareilles substances au futur donneur ou au malade déterminera dans son organisme les mêmes réactions que les injections de moelles suivant la méthode de Pasteur.

Ainsi, *théoriquement*, l'exaltation du pouvoir hémo-bactéricide d'un tissu sanguin devrait arriver à neutraliser complètement l'ensemencement de microbes vivants et réaliserait au plus près la technique pastorienne.

Pratiquement, en recueillant dans un ballon le sang d'un donneur préalablement immunisé, il est possible de faire apparaître *in vitro* des réactions phylactiques et épiphylactiques. On peut mesurer le pouvoir bactéricide de ce sang comme il a été précédemment indiqué et au lieu d'injecter au donneur la quantité de microbes qui, rapportée à son poids, va déclancher les meilleures réactions phylactiques et épiphylactiques, on mélangera dans du sang conservé dans un ballon, l'émulsion de microbes morts rapportée au volume du sang prélevé et qui fera apparaître dans ce sang des réactions identiques à celles produites dans le sang *in vivo* du donneur. On devra déterminer également la durée de la phase négative.

Si cette conception théorique était réalisée, on pourrait donc faire transporter à distance un sang qui,

(1) Jeanneney. Notions générales sur la préparation des vaccins et la technique de la vaccinothérapie en chirurgie. *Clinique et Laboratoire*, 20 octobre 1925.

pendant la durée du voyage, acquérerait *in vitro* des propriétés vaccinantes et qui, greffé au tissu sanguin du malade dans les limites voulues, réaliserait une immuno-transfusion semblable à celle réalisée extemporanément avec le sang d'un donneur.

TROISIEME PARTIE

TECHNIQUE DE L'IMMUNO-TRANSFUSION

L'INDICATION de l'immuno-transfusion doit d'abord être correctement posée.

Il faut, en effet, bien se dire que l'immuno-transfusion ne représente pas une thérapeutique héroïque que l'on doit employer lorsque tout a échoué. Son indication doit être posée *dès le début de l'infection sanguine* et ses résultats sont d'autant meilleurs qu'elle est plus tôt et plus judicieusement utilisée.

Elle est indiquée chaque fois que concorderont les signes suivants, véritables signaux d'alarme d'une déficience des défenses du malade :

1) Lorsque cliniquement la maladie s'annonce comme dangereuse ;

2) Lorsque la vitesse de sédimentation du malade s'accélère ;

3) Lorsque sa réaction hémo-leucocytaire fléchit ;

4) Lorsque l'hémoculture est positive (même avec une faible pousse microbienne) ;

5) Lorsque *le pouvoir hémobactéricide du malade devient négatif* ou s'affaiblit. Un examen systématique et répété de ce pouvoir hémo-bactéricide permet de dépister le moment où les défenses fléchissent : à plus forte raison un pouvoir hémo-bactéricide d'emblée négatif (après un frisson par exemple) indique la nécessité presssante d'une immuno-transfusion.

Rien n'est plus simple que de réaliser une immuno-transfusion. Cette petite opération représente, en somme, une *transfusion banale que chacun fera selon sa technique habituelle.* Il est difficile, en effet, d'affirmer si l'immuno-transfusion de sang pur présente de réels avantages sur l'immuno-transfusion indirecte de sang citraté par exemple. En effet, l'étude que nous avons faite du pouvoir bactéricide de sang citraté nous a démontré que le citrate de soude, même à de fortes concentrations, ne diminue en rien le pouvoir hémo-bactéricide.

Dans ces conditions, nous croyons qu'on peut utiliser avec autant d'avantages le sang pur que le sang citraté : nous le répétons, ici chacun agira à sa guise.

PEUT-ON UTILISER DU SANG CONSERVÉ PRÉLEVÉ SUR UN DONNEUR VACCINÉ EN VUE DE L'IMMUNO-TRANSFUSION ?

Pour l'instant nous réservons notre opinion sur ce point. A priori, on pourrait supposer que le sang conservé ne garde peut-être pas toutes les propriétés du sang frais. On sait en effet que les leucocytes, si utiles dans une phylacto-transfusion, sont assez rapidement lysés dans le sang conservé ; cependant les qualités défensives physico-chimiques de ces leucocytes ne se trouvent pas absolument détruites du fait de leur disparition : elles peuvent très bien persister dans le sérum comme pouvoir antimicrobien.

C'est cette étude que nous poursuivons à l'heure actuelle, parallèlement à celle de l'acquisition des réactions vaccinales in vitro.

Existe-t-il vis-à-vis du receveur des précautions particulières à prendre avant une immuno-transfusion?

Si le receveur est en bon état, un choc ne sera non seulement pas à redouter, mais peut-être même à désirer ; aucune précaution particulière n'est donc à prendre dans ce sens. Dans certains cas même, on pourra déclancher un petit choc en utilisant un donneur de charge électrique différente du receveur.

Cependant, si l'état général du receveur est inquiétant, que l'on désire lui éviter toute réaction violente, deux précautions sont à prendre :

1° Désensibiliser le receveur la veille de la transfusion ;

2° Au moment même de la transfusion, pratiquer une injection de pantopon pour atténuer les réactions.

DÉSENSIBILISATION. — Douze heures au moins avant l'immuno-transfusion on pratiquera une ou plusieurs injections sous-cutanées de sang, soit du propre receveur, soit du donneur. En réalité l'auto-hémothérapie (ou l'hétéro-hémothérapie) ainsi réalisée agit non seulement à titre de désensibilisant, mais encore à titre d'excitant du système réticulo-endothélial du malade.

Boissezon a montré en effet que chez le cobaye, la résorption du pigment sanguin déterminait une inflammation favorable de tout le système réticulo-endothélial et en particulier du vaste système réticulo-endothélial pulmonaire. (Boissezon a observé à ce niveau un œdème qui explique, à notre avis, la petite toux sèche de certains septicémiques.)

Grâce à la précocité de son application, l'immuno-transfusion rendra de grands services. Au contraire, si elle est appliquée, comme cela se voit encore trop souvent, chez des morituri, on ne peut rien attendre d'elle, que quelques miracles exceptionnels.

CONCLUSIONS

En résumé, nous croyons que pour réaliser en pratique des immuno-transfusions utiles il faut :

1° *Sélectionner des donneurs* non seulement parmi des sujets sains, mais encore parmi les sujets ayant un excellent potentiel de défense qu'affirment l'étude de la formule hémoleucocytaire, de la vitesse de sédimentation, du pouvoir hémo-bactéricide ;

2° *Préparer ces donneurs* en leur faisant chaque quinzaine une injection sous-cutanée de 1 cc. d'un vaccin mixte associé de Ramon et d'un vaccin antimicrobien pour une immunisation spécifique. Puis,

au moment de la transfusion, en répétant (12 heures avant la prise de sang) une pareille vaccination dont on peut encore augmenter l'action en administrant au donneur divers corps azoïques. Ainsi se trouve réalisé ce que nous appelons la *cataphylacto-transfusion chimique* :

3° Le donneur ainsi préparé, la transfusion sera pratiquée précocement en contrôlant avant et après elle les réactions de défense du receveur.

Si l'immuno-transfusion a amélioré les réactions de défense du receveur, on pourra *la répéter* tous les jours ou tous les deux jours selon les besoins.

Les résultats de l'immuno-transfusion sont d'autant meilleurs qu'elle aura été faite plus tôt et dans des conditions plus précises.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 30 MAI 1938

Sur la présence des cellules génitales primordiales dans les boutons embryonnaires des embryomes parthénogénétiques chez l'homme. — M. Albert PEYRON.

Recherches au sujet de l'influence des eaux minérales sur la respiration tissulaire. Rôle des ions potassium et des ions ferriques. Action d'une eau minérale ferrugineuse. — MM. Marius PIÉRY, Jean ENSELME et Mlle Simone PETEL.

SÉANCE DU 8 JUIN 1938

Sur l'avitaminose A. chronique. — MM. G. MOURIQUAND, J. ROLLET et Mlle ADELA PAPE.

SÉANCE DU 13 JUIN 1938

Essais de vaccination du porc avec le virus de la peste porcine passé par cobaye. Perte de virulence rapide pour le porc et aussi du pouvoir antigénique vis-à-vis du virus porcin original. — MM. FERNAND LE CHUITON, CHARLES MISTRAL et JEAN DUBREUIL.

SÉANCE DU 20 JUIN 1938

Densité du sang et choc transfusionnel. — MM. G. JEANNENEY et G. RIGENBACH.

Une curieuse épizootie vermineuse à acanthocéphales, devenue endémique à la singerie du Muséum. Mesures prophylactiques efficaces prises pour en arrêter les méfaits. — MM. Emile BRUMPT et Achille URBAIN.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 1er JUIN 1938

Perforation du côlon ascendant provoquée par un corps étranger conservé pendant 4 ans dans la cavité abdominale. Intervention. Guérison. — Cette observation de M. Dino Pampari est rapportée par M. SÉNÈQUE. Le corps étranger (une épingle à cheveux) avait été introduit dans l'utérus en vue d'obtenir un avortement ; bien que le corps étranger ait migré à travers la paroi utérine, la grossesse n'est pas interrompue. Et c'est quatre ans après que la malade fait la perforation du côlon qui oblige M. Pampari à intervenir.

Points de technique dans l'hystérectomie subtotale. — M. J. BERGER communique ce travail du docteur Durao (Portugal). La ligature des trois pédicules est effectuée préalablement et avec le même fil, de façon à rapprocher la séreuse et à fixer les ligaments ronds au col utérin.

Luxation complète du genou en avant. Description d'une pièce opératoire. — Rapport de M. MATHIEU sur cette observation de MM. Ducuing et Tourneux. La réduction effectuée d'urgence sous anesthésie générale ne ramène pas l'état circulatoire du membre à la normale. L'exploration chirurgicale révèle une rupture de l'artère poplitée, ce qui oblige à pratiquer une amputation de cuisse 3 jours après. M. Ducuing s'est attaché surtout à préciser les dégâts anatomiques et le mécanisme de la rupture de l'artère ; cette rupture siège en règle à hauteur de l'anneau du soléaire, à cause de la naissance de l'artère tibiale antérieure, qui amarre l'artère poplitée.

Cerclage temporaire pour fracture de l'épine tibiale. Résultat éloigné. — Observation de M. Polony rapportée par M. MATHIEU. Le résultat a été très bon.

Sur l'extraction des projectiles cardiaques. — M. PETIT DE LA VILLÉON pense que le procédé de l'extraction par pince, dont on connaît l'intérêt pour l'extraction des projectiles intra-pulmonaires, mérite également d'être retenu pour l'extraction des projectiles intra-cardiaques. Mais cette méthode ne doit être appliquée qu'à des projectiles intra-pariétaux et siégeant en un point où l'épaisseur du myocarde est suffisante pour être sûr d'avoir une suture post-opératoire solide (projectiles près de la pointe par exemple).

Les interventions abdomino-périnéales et abdomino-sacrées dans la chirurgie du rectum. — M. BERGERET exécute depuis plus de 3 ans ces opérations en deux temps séparés par un laps de temps suffisant au malade pour se remonter ; il a opéré ainsi 31 malades.

Le temps abdominal est effectué le premier ; c'est un temps d'exploration, afin de voir dans quelle mesure on peut ou non faire un abaissement ; section de la mésentérique inférieure au-dessus de l'origine des sigmoïdes ; libération du péritoine et cloisonnement de la cavité pubienne au-dessus du côlon sigmoïde refoulé dans la concavité sacrée ; on termine par une côlostomie iliaque gauche.

Le second temps est effectué le plus tôt possible, entre le 4e et le 8e jour ; M. Bergeret utilise la voie périnéale ou la voie sacrée.

M. GRÉGOIRE a utilisé une fois cette méthode et a observé un sphacèle du sigmoïde.

Fibrome du rectum. — M. BERGERET rapporte une observation de cette affection très rare ; il s'agissait d'une femme de 53 ans, qui présentait une tumeur intra-rectale énorme, irrégulière et très dure.

Une biopsie effectuée fait émettre des doutes sur la nature histologique de la tumeur. Exérèse chirurgicale en plusieurs temps. Examen histologique de la pièce : fibromyome.

A propos d'un cas de blocage du genou d'origine extra-articulaire. — MM. DESPLAS et SARRADIN ont observé un homme qui, plusieurs années après une entorse du genou, présentait des phénomènes de blocage. Sur les radiographies, on constate une hypertrophie du sésamoïde externe et l'existence d'un crochet de la partie postérieure du plateau tibial ; l'ablation du sésamoïde supprime les accidents qui étaient dus, d'après les auteurs, à l'accrochage du sésamoïde par le crochet tibial.

M. MATHIEU rapporte un cas de blocage extra-articulaire du genou dû à une exostose ostéogénique de la face interne du fémur.

A propos de 3 cas d'infiltration des ganglions stellaires pour embolies pulmonaires. Deux morts, une guérison. —

La première observation concerne un grand brûlé ; amélioration pendant quelques heures et mort.

Le second cas était une embolie survenue au cours de l'évolution d'une fracture du fémur. Mort.

Dans la troisième observation, embolie grave chez une femme opérée d'appendicite aiguë ; infiltration bilatérale des ganglions étoilés. Guérison. Troubles cardiaques secondaires ayant nécessité une thérapeutique toni-cardiaque énergique.

M. Sénèque souligne la difficulté du diagnostic clinique d'embolie pulmonaire. Les autopsies montrent quelquefois qu'il n'y a aucune trace d'embolie dans l'artère pulmonaire, alors qu'on en avait posé le diagnostic en se basant sur les symptômes présentés par le malade.

M. Brocq croit que la thérapeutique de secours morphine-atropine-éphédrine est efficace.

M. Duval et M. Okinczyc estiment également qu'il est très difficile de faire le diagnostic clinique d'embolie pulmonaire, et par suite d'apprécier la valeur exacte de la thérapeutique mise en œuvre.

M. Alglave présente une malade opérée de résection arthroplastique.

M. Clovis Vincent présente des malades opérées d'abcès du cerveau par la méthode d'extirpation retardée qu'il a préconisée.

Séance du 8 juin 1938

Comment prévenir les douleurs consécutives aux opérations proctologiques. — Rapport de M. Banzet sur ce travail de MM. Nini et Cauaan (Tripoli). Les auteurs utilisent avec satisfaction des pansements à la percaïne, ce qui diminue beaucoup les douleurs post-opératoires.

Torsion épiploïque. — Observation de M. Petrignani, rapportée par M. Banzet ; la torsion était celle d'une frange épiploïque pédiculée.

Hémorragies intra-péritonéales par rupture de kyste ovarien (en dehors de la gravidité). — Ces deux observations dues à M. Marx sont rapportées par M. Moulonguet ; l'auteur a recherché systématiquement l'état des ovaires chez les jeunes femmes opérées pour appendicite, par exemple ; il a constaté assez souvent un état congestif de l'ovaire ; l'examen histologique de pièces obtenues par prélèvement a montré l'existence d'hémorragies interstitielles.

Anesthésie par injection intraveineuse de Narconumal. — M. Fredet rapporte cet important mémoire de M. Thalheimer, basé sur 1.078 anesthésies obtenues au moyen de ce produit ; dans 75 pour 100 des cas, il n'a pas été nécessaire de recourir à un anesthésique de complément. L'injection doit être faite avec une grande lenteur si on ne veut pas courir le risque d'une hémolyse. L'innocuité du produit est indéniable.

Fistule gastro-jéjunocolique. Triple résection. Cacostomie. Guérison. — Observation de M. Funck-Brentano rapportée par M. Charrier.

M. Charrier essaie de codifier la conduite à tenir en présence des fistules jéjuno-gastro-coliques. A la suite des travaux récents, il semble qu'il faille retenir la faible résistance des malades, et d'autre part, l'importance d'une intervention curative ; l'opération uniquement palliative est grave (6 morts sur 15 cas, Loewy) et ne donne que 3 bons résultats sur les 9 opérés suivis ; l'opération radicale donnerait au moins 40 p. 100 de bons résultats.

Comment faut-il se comporter vis-à-vis du côlon ? M. Charrier pense qu'il faut se baser sur l'état de vascularisation du côlon pour délimiter l'importance de la résection colique. (Mais en principe, il faut être aussi économique que possible). M. Charrier se montre partisan de la jéjunostomie d'alimentation préalable ; elle permet de remonter le malade et de le mettre en état de subir la gastrectomie nécessaire.

M. Bréchot croit que dans bien des cas, on ne peut faire autrement que l'exérèse en masse des lésions.

M. Gosset considère que la jéjunostomie est une excellente opération.

Apoplexie colique sans thrombose. — M. de Fourmestraux a observé une femme de 45 ans, entrée dans son service pour un syndrome abdominal aigu ; sans diagnostic précis, on opère et l'on trouve le côlon ascendant, le côlon descendant et le sigmoïde, de couleur aubergine, parsemés de taches ecchymotiques ; les mésos sont très épaissis et le péritoine de réflexion présente également des piquetés hémorragiques ; fermeture. Adrénaline à hautes doses. Guérison. Un fait est à noter : la malade se nourrissait essentiellement de viande de cheval et avait présenté, deux ans auparavant, des accidents graves, à la suite d'une injection de sérum anti-tétanique.

M. Bazy rapporte une observation de malade sensibilisé pour la viande de cheval et qui présentait des accidents chaque fois qu'il en ingérait.

Soins pré- et post-opératoires en chirurgie cérébrale. — M. de Martel expose les principes de la méthode qu'il utilise depuis de longues années ; intérêt de la position verticale qui diminue beaucoup l'hémorragie ; intérêt de l'anesthésie locale pour contrôler les réactions du sujet que l'on opère ; enfin, prévention de l'œdème cérébral post-opératoire, en ne fermant pas complètement la boîte cranienne. Présentation d'un remarquable film en couleur.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

L'ORTHOSIPHON STAMINEUS DANS LE TRAITEMENT DES ÉTATS HYPERAZOTÉMIQUES

par les docteurs Henri Leclerc et François Decaux (1) (de Vittel)

La thérapeutique des états hyperazotémiques doit être avant tout étiologique, s'adaptant à chaque cas particulier.

Cependant, chaque fois qu'il existe de l'oligurie, que l'origine de l'azotémie soit extra-rénale ou liée à un certain degré d'insuffisance rénale, les médications diurétiques constituent la thérapeutique la plus active.

Les auteurs ont utilisé ces dernières années, sous forme d'infusion, une plante employée depuis une époque très reculée par les indigènes des Indes Néerlandaises dans le traitement de certains troubles des reins et de la vessie : l'Orthosiphon Stamineus. Elle leur a donné des résultats très satisfaisants dans un certain nombre d'affections dans lesquelles il s'agissait surtout d'augmenter le débit urinaire et de favoriser l'excrétion des composants de l'urine et même, dans certaines formes d'insuffisance hépato-biliaire ; mais les succès les plus tangibles qui ont été obtenus concernaient des cas d'hyperazotémies, limite entre 0 gr. 50 et 0 gr. 80.

De la lecture de leurs observations, il se dégage que l'Orthosiphon Stamineus constituerait une médication extrêmement précieuse dans la thérapeutique, combien limitée, des azotémies. Son action diurétique, à la fois douce et puissante, son retentissement favorable sur les fonctions hépato-biliaires lui permettent d'être employé sans contre-indications dans tous les cas où existent simultanément de l'oligurie et de la rétention des déchets azotés.

La baisse du taux de l'urée sanguine sous son action est constante : elle se produit rapidement et se maintient le plus souvent si l'on a soin de l'appliquer à intervalles réguliers.

(1) *Gazette médicale de France*, 1er mai 1938.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 56. — MERCREDI 13 JUILLET 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour quatre places d'internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 6 décembre 1938.

Inscriptions jusqu'au 30 novembre inclus. Renseignements au Secrétariat des hôpitaux, 5, rue Hoche, à Nîmes.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Dury-les-Amiens (Somme), est vacant par suite du départ de M. le docteur Hyvert, appelé à un autre poste.

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS DU CLINICAT. — Sont nommés chef de clinique :

Clinique obstétricale Baudelocque : M. Rouchy

Clinique obstétricale Tarnier : MM. Lanthier, Barbier.

Clinique obstétricale Saint-Antoine : M. Vincent.

Clinique gynécologique Broca : MM. Longuet, Filhoulaud.

Clinique maladies mentales et de l'encéphale : MM. Leconte, Longuet, Rojé, Vercier, Mme Leconte.

Clinique des maladies du système nerveux, Salpêtrière : MM. Messimy, Aubrun, Salles.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, Saint-Louis : MM. Gracianski, Meyer-Heine, Seringe.

Clinique médicale infantile, Enfants-Malades : MM. Temerson, Bourée, Mme Morel-Ronsin.

Clinique de la première enfance, Enfants-Assistés : MM. Delort, Tanret, Rossier.

Clinique des maladies infectieuses, Claude-Bernard : MM. Conte, Brocard, Netter, Israël.

— Le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est conféré à MM. Bezançon, professeur de clinique de la tuberculose, et Marion, professeur de clinique urologique à cette Faculté, admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

Faculté de médecine de Paris. — *Vacances* 1938. — La bibliothèque sera ouverte en juillet : du 1er au 12, de 13 h. 30 à 19 h. 15, et de 20 h. à 22 h. 15 ; le 13 juillet : de 13 h. 30 à 19 h. 15 ; du 15 au 28 juillet : de 14 h. à 18 h. ; en septembre : du 1er au 15, les mardi, jeudi et samedi, de 14 h. à 17 h. ; du 15 au 30 septembre : du mardi au vendredi, de 14 h. à 18 h.

La bibliothèque sera fermée les 29 et 30 juillet, le mois d'août en entier et le 1er octobre.

Un service spécial de prêt fonctionnera les 29 et 30 juillet, de 14 h. à 16 h. Le service normal reprendra le lundi 3 octobre.

Le secrétariat de la Faculté sera ouvert pendant toute la durée des vacances, mais seulement de midi à 15 heures, du 15 juillet au 30 septembre. Le service normal (de 9 h. à 11 heures et de midi à 15 h.), reprendra à partir du 1er octobre.

Faculté de médecine de Nancy. — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est conféré à MM. André, professeur de clinique des maladies des voies urinaires, et Jacques, professeur d'oto-rhino-laryngologie à cette Faculté, admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

Légion d'honneur. — INTÉRIEUR. — *Chevalier* : M. Joseph Gagneu, à Paris.

GUERRE (active). — *Officier.* Le médecin général de Vezeaux de Lavergne ; MM. Perrignon de Troyes, Pambet, Cames, Evrard, Théoblat, Peltier, Rigoulet, Routaboul, Servent, Doniol, Monteux, Potier, de Garrigues, Guilmain. Ryckebusch, Le Roch, Dufilhol, Fournier, Castay, Pellotier. MM. Keruzore, Dodoz, Gorjux, Laurency, des troupes coloniales.

— MARINE. — *Commandeur* : M. le médecin général de 2e classe Cazeneuve.

COLONIES. — *Officier* : M. Crudeli, médecin principal de 1re classe de l'assistance médicale en A. O. F.

Guerre. — M. le médecin général inspecteur Sorel, inspecteur général du Service de santé des Colonies, a été placé à compter du 6 juillet, dans la 2e section (réserve), du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

— Sont nommés assistants des hôpitaux. 1° *Chirurgie*, MM. Gauthier, Evrard, Simon, Terver et Bolot.

2° *Electro-radiologie.* MM. Mathière, Joutard, Daniel et Rescaniérès.

Société française de cardiologie. Réunion de Royat. — Les 17 et 18 juillet aura lieu à Royat une réunion de la Société française de cardiologie. Au cours de la réunion, aura lieu l'inauguration des travaux de l'établissement thermal. Des plaques commémoratives du professeur Vaquez et du docteur Jean Heitz seront inaugurées.

Adresser les inscriptions sans retard, au secrétaire général, M. le docteur M. Mouquin, 32, rue de Penthièvre, à Paris.

Décret-loi relatif à l'exercice de la médecine et de la pharmacie. — Article premier. — Sauf le cas visé à l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, est interdit le fait, pour quiconque exerce l'une des professions médicales visées dans la loi du 30 novembre 1892, de recevoir sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, les intérêts ou ristournes proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues, qu'il s'agisse de médicaments, d'appareils orthopédiques ou autres, de quelque nature qu'ils soient.

Sont interdits la formation et le fonctionnement de sociétés dont le but manifeste est la recherche des intérêts ou ristournes définis ci-dessus, et revenant aux individus eux-mêmes ou au groupe constitué à cet effet, ainsi que l'exercice pour le même objet de la profession de pharmacien et de celles de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme.

Est également interdite la vente de médicaments réservés d'une manière exclusive, et sous quelque forme que ce soit, aux médecins visés à l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI.

Les peines encourues pour contravention aux dispositions du présent décret sont celles prévues à l'article 18, alinéa 1er de la loi du 30 novembre 1892. Les pharmaciens co-auteurs du délit seront passibles des mêmes peines.

En cas de récidive, l'interdiction temporaire de l'exercice de la profession, pour une période de 1 à 10 ans, pourra être prononcée par les cours et tribunaux accessoirement à la peine principale.

Art. 2. — Le présent décret est applicable aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

NÉCROLOGIE

M. Emile Delore, président honoraire du Conseil d'administration des hospices civils de Lyon.

Nous adressons à son fils, le professeur agrégé Pierre Delore, médecin des hôpitaux, et à son frère, le docteur X. Delore, chirurgien honoraire des hôpitaux de Lyon, l'expression de notre très vive sympathie.

VARIÉTÉS

LE CINQUANTENAIRE DE LA MORT DE L'EMPERUUR FRÉDÉRIC III D'ALLEMAGNE

Dans la correspondance de la *Gazette des Hôpitaux*, je retrouve une lettre du docteur Fauvel, dont la réputation de laryngologiste était grande il y a cinquante ans.

Fauvel écrivait le 4 juillet 1887 à mon père, pour lui signaler un entrefilet de la *Nouvelle Presse*, de Vienne, relatif à la maladie du Kronprinx Frédéric. On sait que le prince était atteint d'un cancer du larynx. Son état inspirait les plus vives inquiétudes, au moment même où il allait être appelé à succéder à son père l'empereur Guillaume Ier.

Voici le texte de cet entrefilet :

« Sur l'histoire de l'appel en consultation de Mackensie chez le prince impérial d'Allemagne, le journal berlinois *Tageblatt* apprend ce qui suit : le professeur von Bergmann a conseillé une consultation avec des spécialistes étrangers, entre autres Störk, de Vienne ; Fauvel, de Paris ; Rauchfuss, de Saint-Pétersbourg, et Mackensie, de Londres. L'empereur Guillaume *effaça aussitôt le nom du Français* et, sur le souhait de la princesse impériale, on appela Mackensie. » Ce choix ne pouvait étonner personne ; la princesse impériale était la fille de la reine Victoria. Elle avait une grande confiance dans son compatriote Sir Morell Mackensie. Celui-ci fut l'objet de nombreuses critiques en Allemagne. Il crut nécessaire de publier par la suite, sur la maladie du kronprinz, un livre, qui fut traduit en français.

Bien que ces faits soient très connus, il n'était pas inutile de les rappeler.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

ACTUALITÉS

POLLUTIONS ATMOSPHÉRIQUES AÉROSOLS MICROBIENS

L'observation de tous temps permit de reconnaître certaines conditions de transmission des maladies contagieuses ; mais en ce qui concerne le mécanisme même de cette transmission, nous sommes souvent réduits aux conjectures ou aux déductions et n'avons guère ajouté à ce qu'a su exprimer Hippocrate.

Malgré ses progrès, la bactériologie n'a pas donné tout ce qu'on attendait d'elle ; l'exploration bactériologique de l'atmosphère, lorsqu'il s'agit de germes connus et cultivables, est souvent décevante ; elle est moins encore lorsqu'il s'agit de germes que nous ne savons ni cultiver ni même voir.

Quant aux moyens de lutte contre la contagion par l'atmosphère, ils sont souvent infidèles ; le spray de l'ère antiseptique et les procédés qui l'ont remplacé ne sont guère de mise hors d'une salle d'opérations ; les désinfections par fumigations, le boxage des locaux hospitaliers même ont parfois leurs défaillances.

Les études de l'atmosphère poursuivies en ces dernières années, et en particulier en France par Trillat, permettent de saisir quelques lacunes de nos connaissances et conduiront sans doute à améliorer nos techniques.

Les poussières visibles ne sont qu'une partie du contenu de l'atmosphère et sans doute la moins dangereuse. A côté d'elles se placent des particules plus fines ; le plus grand nombre sont de fines gouttelettes, gouttelettes de Flugge, susceptibles de rester un temps appréciable dans l'air, mais qui ne franchissent généralement guère plus de quelques mètres sans subir l'action de la pesanteur.

Mais il est des éléments plus fins encore, de dimensions uniquement microscopiques ou ultramicroscopiques, qui, poussières sèches ou gouttelettes humides, échappent plus ou moins complètement, du fait de leurs dimensions, aux lois de la pesanteur.

Elles obéissent par contre à des lois très analogues à celles qui régissent le comportement des particules colloïdales au sein des liquides. C'est à cette suspension dans l'air de particules ultrafines de toute nature que Trillat a donné le nom d'*Aérosols*. Il y a des aérosols solides et des liquides, mais la rapidité des changements hygrométriques qu'ils peuvent subir et que peut subir l'atmosphère, fait qu'ils passent avec la plus grande facilité d'une catégorie dans l'autre. De plus, l'abondance dans l'air des microorganismes permet de parler avec autant de justesse d'*aérosols microbiens*. Les germes se combinent aux gaz et à l'eau de l'atmosphère qui ont la plus grande influence sur leur comportement physique et même biologique.

Quelle que soit leur nature, les aérosols obéissent à un certain nombre d'influences qui en gouvernent la durée ou la fragilité.

Certaines conditions agissent surtout sur la stabilité de l'aérosol.

La pesanteur en premier lieu : l'aérosol est évidemment d'autant moins stable que les particules consistantes sont plus pesantes.

La température, par ses variations brusques : si l'on fait abstraction des courants de convection d'origine thermique et observe en enceinte absolument calme, on constate que l'élévation de la température diminuant la densité de l'air tend à accélérer la chute des particules. Cette action est en partie masquée par d'autres effets dus à d'autres modifications atmosphériques corrélatives des variations thermiques.

L'humidité agit elle aussi. Lorsque l'atmosphère se dessèche, les particules humides, diminuant par évaporation, tendent à demeurer suspendues ; si le degré hygrométrique augmente, les gouttelettes grossissent ou même apparaissent autour d'éléments jusqu'alors secs, et la tendance à la chute augmente.

Cette action se combine avec celle de la température. La pression barométrique agit elle aussi, mais seulement par ses variations brusques. Une dépression accélère la chute. Elle a aussi pour effet le dégagement des gaz contenus dans le sol, dont nous verrons l'importance quant aux aérosols microbiens.

L'état électrique de l'atmosphère, son état d'ionisation, son état radioactif que nous ne pouvons d'ailleurs apprécier encore qu'imparfaitement, agissent sur les fines particules, fréquemment porteuses elles-mêmes d'une charge électrique. Les particules portant des électricités différentes tendent à s'agglomérer et à précipiter leur chute. Il en est de même du rapport de leur charge électrique avec celle du sol ou de l'atmosphère. De même les actions radioactives de faible intensité, comme celles qui s'exercent normalement dans l'atmosphère, tendent également à accélérer la chute.

La composition chimique de l'atmosphère semble avoir peu d'influence, tout au moins sur les aérosols inertes.

Certains facteurs agissent sur la dispersion des particules de l'aérosol.

En premier lieu les courants atmosphériques, qui favorisent ou dirigent la dispersion. Leur action se combine avec celle de l'humidité atmosphérique ; jusqu'à un certain volume les gouttelettes peuvent, en effet, favoriser la suspension dans l'air, donc permettre aux particules de ne toucher le sol que plus loin de leur point de départ.

Le facteur le plus important, et d'autant plus que les particules plus fines sont plus rebelles à la pesanteur, est constitué par les mouvements browniens qui les animent. Cette action, extrêmement persistante, suffit et au delà à annuler l'effet d'un courant atmosphérique (bactéries remontant un courant d'air) et est extrêmement rapide.

On doit enfin tenir compte des attractions et des répulsions électriques.

***

Tous ces facteurs, qui agissent sur les aérosols inertes agissent également sur les aérosols microbiens.

Ces derniers présentent de plus quelques particularités importantes dans la pratique.

D'une manière générale, ils doivent être rattachés aux aérosols humides ; les corps microbiens, en effet, quels que soient leur lieu d'origine et leur degré hygrométrique propre, ne tardent pas à s'entourer d'une atmosphère hydrique individuelle. Tantôt ils se comportent au sein de l'air comme des centres de condensation ; tantôt ils rencontrent dans leur migration une gouttelette aqueuse, type Flugge ou type plus réduit encore) à laquelle ils s'agrègent et dont ils deviennent inséparables. Ainsi se forment de véritables gouttelettes microbiennes dont le micro-organisme occupe le centre.

La pesanteur agit sur ces gouttelettes proportionnellement à leur volume, mais cette action est toujours minime. Elle est en effet contrariée par celle des courants atmosphériques et surtout par celle des mouvements browniens ; c'est ainsi que pour des gouttelettes de 1 μ de diamètre, Trillat n'a pas observé plus de 1 cm. de chute en 10 minutes à 15°.

La température agit plus nettement, surtout si l'air est très humide et si le volume des gouttelettes s'accroît très rapidement. La température des corps avoisinants a une grande importance ; comparativement chauds, ils dispersent et repoussent les gouttelettes ; comparativement froids, ils sont un point d'élection pour leur précipitation.

Plus marquée encore est l'action des variations brusques de pression barométrique.

L'humidité agit moins en raison du degré hygrométrique qu'en raison de la forme sous laquelle l'eau est présente : vapeur, brouillard, gouttelettes, pluie. Flugge a montré que grâce à la stabilité de très fines gouttelettes en suspension, le contage microbien peut s'exercer à longue distance et parfois après un délai prolongé.

La dispersion de ces aérosols est en grande partie régie par les courants dont l'air ambiant est le siège, et d'autant plus que les microbes sont plus susceptibles d'être mouillés et d'engendrer des gouttelettes plus volumineuses. Quand le courant d'air agit seul, les microbes sont entraînés à une vitesse moindre que celle du courant lui-même et selon la loi de Stokes qui régit leur chute il peut se réaliser une sélection microbienne.

Mais, le plus souvent, la dispersion des gouttelettes obéit davantage à des lois analogues à celles qui régissent la tension des vapeurs, et d'autant plus que les dimensions des gouttelettes sont plus réduites. C'est ainsi que dans ce cas la translation peut être plus rapide que celle du courant d'air lui-même, et même s'opérer en sens contraire de celui du courant.

L'état électrique de l'atmosphère influence aussi la dispersion ; de même les mouvements browniens. C'est ainsi que par nébulisation en atmosphère tranquille d'une culture microbienne dans une salle de 800 mètres cubes on a pu en moins de 2 minues ensemencer des milieux de culture à 17 mètres de distance avec une quantité très faible de produit contaminant.

L'existence de parois froides ou de corps froids agit sur la dispersion de l'aérosol comme sur sa stabilité.

La puissance de pénétration de tels aérosols est suffisante pour que dans certains cas un tampon filtrant en coton soit rapidement traversé.

Lorsqu'il s'agit d'aérosols microbiens, la composition chimique de l'atmosphère a la plus grande importance au point de vue biologique. L'humidité atmosphérique n'a pas vis-à-vis du microbe qu'un rôle de soutien et de convection. Cette humidité n'est pas en effet constituée par de l'eau pure, puisque l'eau des gouttelettes s'imprègne très rapidement des gaz mêlés à l'air. Ils proviennent du sol qui les exhale en particulière abondance quand la pression barométrique diminue ; ils proviennent aussi des décompositions organiques et, dans le voisinage immédiat des êtres vivants, des organismes mêmes (respiration, sécrétions diverses). Les gouttelettes en viennent donc très vite à renfermer les composants principaux du corps cellulaire : P. S. H. O. C. libres ou combinés. En les absorbant, les corps microbiens arrivent à se conserver en vie, à l'opposé de ce qu'est leur destin dans un aérosol demeuré sec, où ils meurent très rapidement. Si le milieu est assez humide, il leur permet même de passer de la vie ralentie à la vie active et même de se multiplier. Il s'agit donc alors de gouttelettes qui sont un véritable *milieu-aliment*.

*
**

De ces notions découlent donc diverses conséquences. D'abord la différence considérable de virulence et de puissance contagionnante de l'aérosol sec et de l'aérosol humide.

Et aussi la possibilité de contagion à une distance et dans un délai relativement considérables du fait d'aérosols virulents. Une atmosphère polluée sera d'autant plus contagionnante pour un organisme réceptif que les gouttelettes seront plus fines et le microbe plus petit. C'est ainsi que lorsqu'elles pénètrent dans les voies respiratoires, les gouttelettes de dimension supérieure à 1 µ sont arrêtées par le mucus naso-pharyngé, tandis que les gouttelettes de 1 µ ou plus fines pénètrent directement dans les alvéoles pulmonaires.

L'état de très fine division rend ainsi possible la contagion avec une quantité de microbes qui serait inactive injectée sous la peau.

La composition chimique de l'atmosphère permet aux microbes de conserver vie et virulence, elle permet parfois à des saprophytes de retrouver une virulence depuis longtemps perdue et de se multiplier assez pour devenir dangereux. On trouverait donc là une explication de l'apparition soudaine d'épidémies en dehors de toute transmission directe ou récente. Peut-être est-ce également la raison de l'altération de certains aliments sous certaines conditions météorologiques. L'atmosphère, dans certaines conditions de température, d'humidité et de pression, devient un milieu aliment susceptible de contaminer le lait et la viande.

L'existence d'ambiances favorables permet aussi de concevoir celle d'ambiances défavorables à la végétation microbienne. C'est ainsi qu'en « nébulisant » des cultures atténuées par la chaleur, Trillat a pu, chez certains animaux d'expérience, réaliser un certain état d'immunité (choléra des poules).

Sans doute peut-on agir de même avec des substances antiseptiques. En les réduisant en gouttelettes suffisamment fines, on peut espérer réaliser autour des corps microbiens suspendus et avec une quantité relativement faible de produit un aérosol stable et antiseptique agissant vite et rapidement.

Des ces aperçus récents sur l'influence de l'atmosphère on peut donc espérer tirer des conséquences pratiques.

R. LEVENT.

LIVRES NOUVEAUX

Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (infarctus viscéraux), par Raymond GRÉGOIRE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Roger COUVELAIRE, chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

L'infarctus est la conséquence d'une embolie ou d'un thrombus qui obstrue le courant sanguin.

L'affection étudiée dans ce livre sous le nom « d'Apoplexies viscérales » a aussi comme caractère évident l'infiltration sanguine et la coloration rouge ou noirâtre. Mais il n'y a ni embolie ni thrombose obstruant les vaisseaux.

Elle peut atteindre tous les viscères : le pancréas, l'intestin, l'utérus, les ovaires, le testicule, le poumon et probablement aussi le cerveau. Sa pathogénie est très spéciale. On la produit expérimentalement sans toucher aux vaisseaux, par irritation du système neuro-végétatif. Cette irritation peut être de nature très variée. Les substances chimiques, les toxines microbiennes, les toxiques organiques, les perturbations traumatiques ou électriques du système sympathique viscéral, produisent le même résultat apoplectique.

Contrairement à l'obstruction vasculaire qui entraîne forcément l'asphyxie et la mort de tout ou partie de l'organe atteint, la maladie traitée ici peut guérir d'un seul coup si la circulation se rétablit.

Les auteurs étudient les apoplexies viscérales en général, et tour à tour ces accidents hémorragiques dans les différents organes où il a été permis de les constater, envisageant, dans chaque cas, la question au point de vue clinique, pathogénique et thérapeutique. L. G.

(1) Un volume de 182 pages. Prix : 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

UN RÉFLEXE SINGULIER DANS UN CAS DE MALFORMATION DE L'OREILLE EXTERNE. LES TOPALGIES RÉFLEXES

Par le docteur BOULOGNE (de Saint-Servan-sur-Mer)

Le jeune R..., âgé de 18 ans, présente un aspect général normal, sauf la taille et la carrure qui sont un peu insuffisantes. Il a fait ses premiers pas à vingt mois seulement. Vers onze ans, il a été soigné pendant trois mois pour une pleurésie gauche dont il ne reste aucune trace.

J'ai l'occasion de le voir pour une petite blessure à la main. En même temps, je remarque une malformation congénitale de l'oreille.

L'examen de la région auriculaire droite montre qu'il n'y a qu'un moignon supérieur du pavillon avec atrophie de l'hélix, absence d'anthélix et suppression du lobule. Il n'existe pas d'orifice du conduit auditif externe, et la peau se continue directement, sans dépression, avec la peau de la région maxillo-zygomatique. L'audition est dure ; toutefois, le jeune homme entend la montre appliquée au voisinage du pavillon. La giration ne produit aucun vertige. Une radiographie prise par le docteur Lebreton a montré que le conduit auditif était trois ou quatre fois moins large qu'à gauche et qu'il y avait une mastoïde nettement plus petite, avec cellules plus vastes et plus rares.

Il s'agit donc d'un cas d'aplasie du pavillon de l'oreille avec atrésie du conduit auditif externe.

Mais cette anomalie morphologique s'accompagne d'un phénomène physiologique singulier.

Si l'on parle d'une voix forte près de l'oreille anormale, il se manifeste aussitôt une vive douleur dans la région ilio-lombaire droite, du même côté par conséquent. Cette douleur provoque *in loco* une sorte de frisson et une cambrure des reins. Mais la vibration des sons n'est pas seule à produire ce réflexe : le toucher et le palper sur la zone imperforée, en avant et en arrière du pavillon rudimentaire, sur la mastoïde et au-dessous de cette apophyse, déterminent le même réflexe douloureux, que l'intéressé compare à une sensation d'eau froide. La palpation du moignon d'oreille ne produit rien. Ce réflexe de contact paraît moins douloureux que le réflexe provoqué par l'ébranlement du son.

Si nous examinons maintenant la zone terminale du réflexe, nous constatons que la région ilio-lombaire droite ne présente rien de particulier à la vue. Le squelette y paraît régulier ; la radioscopie n'y a décelé aucune anomalie. Mais le palper révèle une sensibilité spéciale, surtout à la partie moyenne de la crête iliaque : le territoire du réflexe et de l'hypersensibilité au toucher est limité par la dernière côte, la colonne lombaire, la crête iliaque et une ligne joignant l'extrémité de la dernière côte à l'apophyse iliaque antéro-supérieure. Je n'ai pas pu constater si le réflexe s'accompagnait d'horripilation. D'autre part, il n'y a aucun indice de réflexe inverse, de réversibilité de la région ilio-lombaire à la région auriculaire.

Inutile de dire que l'examen du côté gauche n'a montré rien d'analogue au réflexe que nous constatons à droite.

Si nous passons à l'exploration du système nerveux général, nous apprenons que la mémoire est défaillante par instants, mais nous ne trouvons pas d'autre tare. Le réflexe rotulien est un peu plus vif à droite qu'à gauche. Les pupilles n'ont pas de réaction particulière ; la sensibilité à la pression des globes oculaires est vive, mais ne ralentit guère le pouls. D'autre part, les nerfs maxillaires, supérieur et inférieur, ne sont pas douloureux à leurs points d'émergence. Notons qu'une des molaires supérieures droites est mal implantée et a poussé en dehors.

En résumé, voici donc un sujet qui présente avec une malformation congénitale de la région auriculaire droite un *réflexe de sensibilité homo-latéral* de la région ilio-lombaire.

Comment expliquer ce phénomène ? Vers quelle interprétation nous tourner ? Pourquoi cette zone élective invariable du réflexe ? Par quelle voie passe-t-il ?

Nous avons dit que la zone ilio-lombaire droite était hypersensible au palper, peau et plans profonds. Il y a là un territoire de la **douleur en éveil** et qui réagit toujours à la même excitation. S'agit-il d'une hypersensibilité primitive ou d'une sensibilité acquise par suite du réflexe d'origine auriculaire ? Autrement dit, est-ce le réflexe qui a sensibilisé la région ou bien est-ce cette région sensible primitivement, qui a dirigé et appelé le réflexe, l'influx nerveux retentissant au *locus minoris resistentiae ?*

Si l'on pouvait anesthésier la région où aboutit le réflexe, on verrait si ce réflexe n'est pas détourné ailleurs. Il ne serait pas moins intéressant d'employer la méthode de M. Leriche : la cocaïnisation stellaire ou l'infiltration lombaire. Mais l'intéressé ne s'est point prêté à ces expériences. D'autre part, nous ne saurons point ce que donnerait une opération de méatomie du conduit auditif ou d'autoplastie car ce jeune homme la refuse.

Cependant nous pouvons chercher des clartés dans certaines analogies. Ce réflexe auriculo-lombaire douloureux rappelle les phénomènes de répercussivité sympathique décrits par A. Thomas. Mais, plus précisément encore, je le rapproche d'un réflexe essentiellement cutané que j'ai décrit sous le nom de *contre-prurit réflexe* (1). Il consiste en ceci : le grattage d'un point pruritique de la peau provoque, chez certains sujets, un contre-prurit localisé en un point distant. Les particularités de ce prurit sont d'être homolatéral et de s'épuiser au bout de quelques instants pour renaître ensuite, ce qui a été confirmé depuis (2). Le contre-prurit réflexe fait partie de ces *hyperesthésies systématisées* de Lucien Jacquet décrites par Lebar. Or, notre cas de réflexe auriculo-lombaire semble bien être aussi une hyperesthésie systématisée.

Mais dans une autre étude du contre-prurit réflexe (Sté de Pathologie comparée, mars 1933) je notais une observation qui se trouve être aujourd'hui d'un grand intérêt si on la confronte avec le cas qui nous occupe. C'était l'auto-observation du docteur Lobligeois sur les « Illusions d'un amputé » (3) : Par un mécanisme que j'ignore, écrivait le Docteur Lobligeois, tel attouchement d'un point déterminé, mais éloigné de mon bras droit amputé provoque un élancement dans telle ou telle partie de ce bras absent : ainsi, un léger attouchement de la joue près du conduit auditif externe provoque un élancement assez vif dans le pouce absent ; un attouchement rétro-auriculaire, dans le médius ; ces phénomènes ne sont constants ni dans leur existence, ni dans leur concordance absolue entre le point excité et l'endroit où est ressentie la douleur. D'autre part, comme me l'a écrit l'éminent radiologue, les douleurs ont toujours été homolatérales et

(1) Société de dermatologie, 7 juillet 1921.
(2) Jourdanet, *Bulletin médical*, 5 mai 1923.
(3) *Monde médical*, 25 octobre 1927.

la palpation du moignon n'a jamais provoqué de réflexe inverse.

Nous avons donc là deux cas de réflexe auriculaire particulièrement typiques et qui sont à rapprocher du nôtre.

Analysant l'observation de M. Lobligeois, à propos du contre-prurit, j'estimais qu'on pouvait peut-être en conclure ceci : le contre-prurit serait dû à des connexions exclusivement centrales puisque le filet centrifuge et le territoire aboutissant lui-même ne sont pas indispensables à sa production. La résonnance momentanée qui s'établit entre deux régions de la peau serait la projection, si l'on ose dire, de deux neurones harmoniques pour employer l'expression de Lapicque. C'est pourquoi, dans notre cas, il eut été intéressant de procéder à l'anesthésie cutanée ou régionale de la région ilio-lombaire ou d'infiltrer la région lombaire à la façon Leriche. Les expériences de Leriche, montrant que par l'infiltration lombaire ou stellaire on peut faire disparaître l'illusion de l'amputé (1), donneraient-elles le même résultat dans le cas du réflexe auriculo-pseudo-palmaire de Lobligeois comme dans le cas de notre réflexe auriculo-lombaire ? On peut le supposer.

Mais ceci ne nous expliquerait pas encore pourquoi il y a une *coordonnée* entre la région mal formée auriculaire et la région lombo-iliaque d'apparence normale. On peut penser qu'il existe dans le bulbe (avant décussation, puisque le réflexe est homolatéral) des fibres de connexion entre la zone temporale et la zone ilio-lombaire. Mais c'est une hypothèse, et comme le dit M. Leriche (*loco citato*) : « La douleur passe par où elle veut ».

Mais que ce soit dans le bulbe, dans un carrefour sympathique ou ganglionnaire, il n'en est pas moins vrai que, dans notre cas, deux systèmes nerveux régionaux ont acquis congénitalement des connexions, des sympathies qu'on pourrait dénommer *topalgies réflexes*.

De tels cas, avec ceux du contre-prurit réflexe, montrent qu'il existe dans la peau et les téguments (et ailleurs certes) **des aires coordonnées pour la sensation ou la douleur**, des sympathies plus ou moins systématisées, permanentes ou fugaces, virtuelles et méconnues.

Ne sont-ce pas ces connexions qui caractérisent les individus, en font, sous la même apparence, des êtres différents ? L'individualité de la douleur et du réflexe topalgique nous révèlent la systématisation intime et originale qui spécifie chaque individu. On voit assez l'importance de cette notion physio-pathologique qui individualise, sous une même règle, la thérapeutique de chaque organisme.

Les courants de haute fréquence, applications de tension (courants de résonance), par le docteur Georges Ronneaux. Un volume de 156 pages avec 36 figures. Prix : 30 fr. Chez Gauthier-Villars, Paris.

Sémiologie radio pulmonaire, par Jacques Stephani. Un volume in-4° de 120 pages avec 155 figures. Prix : 36 fr. Chez Gaston Doin et Cie, Paris (6e).

(1) *Presse médicale*, 23 avril 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 5 juillet 1938

Notice. — M. Tiffeneau donne lecture d'une notice nécrologique sur M. le professeur Pouchet.

Effets hypertenseurs non durables de l'adrénaline en perfusion intraveineuse continue. — MM. Tiffeneau et Scheiner. L'adrénaline en perfusion continue, chez le chien chloralosé, produit une hypertension qui, après un temps variable et malgré le maintien de la perfusion, finit par cesser, mais qui peut se produire à nouveau et pour un temps court, si l'on accroît la concentration de la solution ou la vitesse de la perfusion. L'adrénaline se comporterait donc comme un poison potentiel, mais les faits suivants s'y opposent. L'arrêt de la perfusion provoque non pas une reprise de l'effet hypertenseur, mais une hypotension plus ou moins marquée. D'autre part, après cocaïnisation préalable, l'hypertension due à la perfusion continue est d'une durée beaucoup plus longue. Enfin, pendant la période de retour à la pression normale, malgré la perfusion continue, l'injection de cocaïne déclenche immédiatement un effet hypertenseur de longue durée.

Le rôle du système nerveux dans les modifications pathologiques de la circulation vasculaire du poumon. — MM. Emile Sergent, Max Fourestier et Jean Brincourt insistent sur l'intérêt des études anatomo-cliniques, physiologiques et expérimentales qui ont été poursuivies dans ces dernières années sur la circulation vasculaire du poumon et qui permettent de mieux comprendre aujourd'hui le déterminisme de certains syndromes pulmonaires.

La conception actuelle de l'embolie pulmonaire, par exemple, les résultats de la collapsothérapie et, surtout, ceux de la phrénicectomie, la notion des « épines sensibilisatrices » dans la pathogénie de l'asthme et de certains épisodes congestifs, trouvent leur explication rationnelle dans l'intervention de modifications, éphémères ou durables, du jeu des nerfs vaso-moteurs du poumon.

Les auteurs s'attachent, en faisant état des recherches poursuivies dans tous les pays et en se basant sur leurs observations personnelles, à exposer les données essentielles réunies sur ce domaine, depuis les premières constatations de Brown-Séquard appliquant aux poumons la notion des circulations locales et du rôle des nerfs vaso-moteurs établie par Claude Bernard.

Prurit et syphilis. — M. G. Milian. La syphilis est considérée usuellement comme non prurigineuse. Les syphilides cutanées n'occasionnent en effet aucun prurit. Cependant, il existe des roséoles urticariennes et le prurit où les affections prurigineuses apparaissent de jour en jour comme pouvant être produits par le tréponème.

Le tabès s'accompagne parfois de prurit pur à poussées paroxystiques qui peut révéler sa nature indépendamment des signes de tabès fruste, par l'existence de douleurs fulgurantes ou de picotements superposables au prurit. Le tabès a pu produire également du prurit avec roséole urticarienne et également du prurit avec lichénification.

Le lichen circonscrit (prurit avec lichénification) peut être produit par le tréponème sans tabès intermédiaire, et guérir admirablement par le traitement antisyphilitique sans aucun traitement local.

Il en est de même de certains prurigos lichénifiés de l'adulte et surtout du prurigo de Hébra contre lequel la thérapeutique actuelle est absolument désarmée.

Enfin, dans un cas de prurigo généralisé qui datait de plusieurs semaines et qui martyrisait littéralement la malade, il a suffi d'une seule injection de mercure pour faire disparaître l'éruption en 24 heures. (Observation inédite).

Le prototype du prurigo-syphilitique est le strophulus des nourrissons, affection prurigineuse insupportable, généralement soignée uniquement par le régime, alors que le traitement antisyphilitique le guérit, en général, d'une manière foudroyante.

Enfin la maladie de Quincke, et certaines urticaires peuvent aussi être de nature syphilitique, et bénéficier du traitement.

Action des extraits endocriniens sur les produits intermédiaires plasmatiques du métabolisme glucidique. — MM. Michel Polonowski et H. Warembourg présentent toute une série de résultats de détermination d'indice chronique résiduel plamatique, modifiés sous l'influence d'extraits endocriniens. Ces expériences vérifient une fois de plus l'intérêt de la recherche de cet indice, pour dépister les dysrégulations glucidiques discrètes et concourent à éclaircir certains points de la physiologie de ces glandes à sécrétion interne.

L'aminémie. — M. Lœper.

Sur l'activité de l'aricine. — M. Raymond Hamet.

Fréquence de la tuberculose chez les mineurs. — MM. Croisier et Martin.

Sur la reviviscence du vibrion cholérique après sa dessication et sa conservation prolongée à l'état sec. — M. Laigret et Mme Aubertin.

Vaccination antipesteuse par germes vivants (virus vaccin E. V.). Trois années d'application à Madagascar. — MM. Girard et Robic.

Les avortements provoqués. — MM. Okinczyc et Denoix.

— *Les séances du 12 et du 19 juillet sont supprimées.*

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mai 1938

Infarctus du myocarde et claudication intermittente. — MM. Aubertin et Horeau. Constatation chez un syphilitique de la coexistence d'un infarctus du myocarde et d'une artérite d'un membre inférieur se traduisant par une claudication intermittente typique. Début de l'infarctus par des phénomènes de collapsus ; deux heures après le début des accidents, la tension artérielle n'était pas effondrée. Le traitement par l'aminophylline et par le 914, amena une amélioration rapide, et le malade ne fit aucune insuffisance cardiaque.

Insuffisance myocardique alcoolique avec hypotonie artérielle. — MM. Lian et Fosquet. Description d'un type clinique particulier d'insuffisance myocardique caractérisé par : 1° une formule sphygmomanométrique divergente due à un abaissement de la pression minima ; 2° l'existence d'un syndrome artériel périphérique rappelant celui de l'insuffisance aortique ; 3° la vitesse circulatoire non ralentie ou même un peu accélérée ; 4° œdèmes précoces ; 5° la possibilité d'amélioration. Il s'agit sans doute de la nature fonctionnelle de l'insuffisance myocardique, laquelle relève de deux mécanismes : 1° la fixation élective de l'alcool éthylique sur le myocarde ; 2° l'intervention de troubles de la nutrition due à l'intoxication éthylique.

15 ans d'expérience personnelle du traitement de la syphilis par les hautes doses d'arsénobenzènes répétées trois jours de suite (méthode de Politzer). — M. Chevallier.

Cette méthode repose sur les principes suivants : injections de 0 gr. 90 de novarsénobenzol trois jours de suite, suivie de 12 injections, soit de mercure, soit de bismuth ; on intercale un mois de repos, puis on refait le même traitement. Cette méthode exige l'hospitalisation et ne convient pas aux malades ambulatoires ; elle permet une guérison plus rapide ; elle est douée d'une parfaite innocuité. Les incidents ont surtout consisté en réaction d'Herxheimer.

Cette méthode soulève quelques critiques de MM. Tzanck, Pinard, Jansion.

Hémorragies méningées à répétition des sujets jeunes, indice d'un angiome cérébral. — M. Vincent. Observation d'un jeune homme, qui, depuis l'âge de 15 ans, présente tous les ans une crise débutant par des vomissements, de la céphalée, avec coma et présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien. L'auteur ayant pensé à la possibilité d'un angiome cérébral, fit pratiquer une artériographie qui a montré une tumeur vasculaire appendue à la branche temporale de l'artère sylvienne. Une deuxième observation démontre un diagnostic analogue. L'intervention qui s'avère urgente est en l'espèce, particulièrement délicate.

Manifestations cérébrales de la maladie sérique. — MM. Lemierre, Laporte et Domart. Homme atteint d'hémiplégie droite ancienne avec aphasie consécutive à une blessure de guerre. A la suite d'une injection de sérum antidiphtérique, il présenta des accidents sériques typiques, lesquels aggravèrent les phénomènes nerveux antérieurs. Il tomba dans une torpeur profonde avec agitation nocturne et incontinence des sphincters. Il est vraisemblable que la persistance et l'intensité des troubles nerveux aient été dues à des suffusions hémorragiques multiples.

Confusion mentale et insuffisance hépatique. — MM. Claude et Mlle Bonnard. Une étude des tests de l'insuffisance hépatique chez les malades atteints de confusion mentale d'origine diverse, a permis de reconnaître une déficience fonctionnelle du foie dans tous les cas où l'origine de la confusion était toxique ou infectieuse. Quand au cours de la confusion mentale, manquent les symptômes d'insuffisance hépatique, on doit conclure que l'origine en est psychogène ou nerveuse.

Crises hépatiques menstruelles traitées par la cuti-hémothérapie menstruelle. — MM. May, Tiffeneau et Mme Logeais.

Méningite lymphocytaire curable chez un tuberculeux pulmonaire. — MM. Mondon et Lembrez.

Bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire complète. Rythmie normale après traitement salicylé. — M, Mondon. Chez le malade atteint de ce symptôme, on ne constata aucune manifestation articulaire. Le traitement salicylé montra un retour à l'association auriculaire normale. Il s'est sans doute agi d'une maladie de Bouillaud aborticulaire.

Syndrome confusionnel au cours d'un ictère catarrhal. Rôle des polypeptides. — MM. Mondon et Provost. Malade atteint d'ictère catarrhal chez lequel survint un syndrome confusionnel avec agitation. L'examen du sang démontra une polypeptidémie élevée et un coefficient de désamination anormal. L'examen du liquide céphalo-rachidien révéla une polypeptidorrachie importante. Il y eut sans doute fragilité particulière des cellules hépatiques du fait de l'hérédité maternelle.

Mélitococcie à déterminations viscérales, endocardite ulcéro-végétante. Mort. — MM. R. Raynaud, Huguenin et Portier.

A propos de la maladie de Besnier Boeck-Schaumann. — M. CHEVALLIER présente un cas de cette affection dans lequel les sarcoïdes cutanées apparurent deux ans seulement après les lésions osseuses. Absence de bacilles de Koch.

SÉANCE DU 20 MAI 1938

Troubles vaso-moteurs dans les toxi-infections graves de la première enfance. — MM. RIBADEAU-DUMAS, CHABRUN et Mme LOEWE-LYON. Dans les affections graves de la première enfance, on note des troubles vaso-moteurs marqués, surtout dans les maladies cholériformes du nourrisson. L'enfant présente une pâleur marquée, une teinte bleutée du crâne, de la cyanose. La variabilité de la coloration cutanéo-muqueuse est spéciale ; elle peut passer du violet au rouge vif : à cet état répondent l'œdème des méninges, l'hypérémie..., aux poumons, les thromboses veineuses, les infarctus hémorragiques ; enfin les gastrorrhagies en sont un signe clinique important.

Lésions viscérales au cours du syndrome malin toxi-infectieux. Le rôle du système neuro-végétatif. — M. MARQUÉZY, Mlles LADET et GAUTHIER-VILLARS. Etude des lésions viscérales dans 60 cas de syndrome malin d'étiologie variée. Les caractères anatomiques sont macroscopiquement l'hypérémie viscérale et l'infiltration hémorragique des muqueuses digestives, les tuméfactions du tissu lymphoïde et histologiquement, les modifications vasculo-sanguines et réticulaires. Ces faits impliquent l'origine neuro-végétative de la malignité.

Un cas de rhumatisme subaigu du type infectieux guéri par le traitement anti-amibien. — MM. CHIRAY, STIEFFEL et CAUVIN.

Syndrome mésocéphalique aigu au cours des oreillons. — M. Ludo VAN BOGAERT.

Fièvre ondulante à bacille de Bang. — M. ESBACH (Bourges), a observé 3 cas de fièvre ondulante dans lesquels le bacille de Bang fut reconnu par l'hémoculture et 3 autres diagnostiqués par la séro-agglutination. Tous les malades avaient été en contact avec des bovidés atteints d'avortement épizootique.

Dysostose cranio-faciale héréditaire avec cataracte bilatérale. — M. LEDOUX (Besançon).

Maladie d'Ehlers-Danlos chez le nourrisson. — MM. DEBRÉ et SEMELAIGNE. Deux cas de ce syndrome caractérisé par la cavité tégumentaire, la laxite articulaire et la tendance aux ecchymoses sans stigmate sanguin. Ces cas concernent les nourrissons. A côté de la laxité extrême de la peau et des ligaments, on nota des troubles de l'ossification cranienne consistant en une absence totale des os du crâne. Cette maladie doit être reconnue dès les premiers jours de la vie.

SÉANCE DU 27 MAI 1938

Incubation prolongée due à une contamination bovine unique. Guérison apparente après traitement vaccinothérapique. — M. RAOUL et Mme Simone KOURILSKY. Un cas de brucellose contractée par un malade ayant aidé à la délivrance artificielle, d'une vache en état d'avortement épizootique : l'incubation dura huit semaines, suivie d'une période de vingt-sept jours d'infection larvée. Par l'hémoculture, on décela une brucellose identifiée comme *Brucella abortus*. Les auteurs injectèrent à deux reprises de petites quantités de vaccin chauffé de l'Institut Pasteur. Ces injections provoquèrent une réaction allergique locale et générale modérée. Ce cas est un exemple des brucelloses à *Brucella abortus*, constaté dans la région parisienne.

Chorée fibrillaire de Morvan à la suite d'une fièvre de Malte. — M. René PUIG (Perpignan).

Considérations sur l'embolie gazeuse du pneumothorax thérapeutique. — MM. WEISMANN et NETTER. Les accidents nerveux du pneumothorax thérapeutique sont rares ; quelques cas ressortissent à l'embolie gazeuse, en confrontant leur histoire clinique avec les recherches récentes, on peut vérifier les règles émises sur le trajet suivi par l'embolie selon la position du sujet au moment de l'insufflation. L'embolie paraît constituée par la spume sanguine aspirée.

Un cas de conjonctivite de Parinaud. Sa parenté avec le syndrome de Heerfordt. — MM. DE LAVERGNE, KISSEL et LEICHTMANN. Cas caractérisé par des granulations conjonctivales uni-palpébrales avec tuméfaction pré-auriculaire identifiée à une adénopathie. Cette tuméfaction était une languette parotidienne présentant les caractères de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Examens bactériologiques tous négatifs.

Cancer gastrique chez un sujet jeune avec syndrome de douleurs tardives interprétées par la radiologie. Gastrectomie. — MM. GOSSET, GUTMANN, BERTRAND et GARDET. Homme de 26 ans, souffrant depuis cinq mois de douleurs à type tardif calmées par les aliments. Opéré de gastrectomie. L'opération démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma glandulaire, dont la paroi était microscopiquement infiltrée.

Primo-infection tuberculeuse à porte d'entrée cutanée (complexe primaire jugo-sous-maxillaire). — MM. Etienne BERNARD et KREIS.

Les tests tuberculiniques en dermatologie ; leur importance. — MM. FLANDIN, RABEAU, Mme OKRAINCZYK. Les auteurs pratiquent quatre épreuves : cutiréaction, intradermoréaction, réaction épicutanée et test palpébral. Ces épreuves de sensibilité différente se complètent et fournissent des indications pour le diagnostic. Elles doivent être faites en même temps que d'autres tests chimiques ou bactériens, pour mieux apprécier l'état d'allergie générale du sujet, et par suite la spécificité des épreuves pratiquées.

Eczéma mycosique des ébénistes. — MM. JANSION, HYBONIMUS et KOUCHNER. Observation chez un ébéniste spécialiste du placage, d'une dermite qui fut considérée comme professionnelle jusqu'au jour où en pleine nappe éruptive, on découvrit une épidermophytie spontanée ; celle-ci fut confirmée par la culture du germe en cause. La dermite fut guérie par la myco-vaccinothérapie appropriée, au moyen d'une glucidine épidermophytique.

SÉANCE DU 3 JUIN 1938

Cirrhose hépatique familiale avec ictère chronique. — MM. DEBRÉ et SERINGE.

A propos des cirrhoses infantiles. — M. N. FIESSINGER. Présentation d'un enfant de 9 ans, porteur d'une cirrhose hypertrophique avec grosse rate sans ascite, à l'occasion de laquelle manque l'étiologie syphilitique : l'obscurité la plus grande règne sur l'étiologie de ces cirrhoses.

Un cas de lévolosurie. — MM. RIVOIRE et BERMOND (Nice).

Maladie de Cushing juvénile. — MM. RIVOIRE et MAZET. Malade de 18 ans, atteint d'hypertension artérielle avec symptômes fonctionnels accusés, et présentant une obésité à topographie particulière et une tendance diabétique vé-

rifiée par l'hyperglycémie provoquée. Les auteurs admettent le diagnostic de maladie de Cushing hypophysaire qui a guéri par le traitement radiothérapique sur l'hypophyse.

Le test du glutathion dans l'hyperthyroïdie. — MM. RIVOIRE et BERMOND. Résultats des dosages de glutathion oxydé et de glutathion réduit, pratiqués chez plus de 700 malades dont les 2/3 étaient des hyperthyroïdiens. Test positif dans 98 % des cas d'hyperthyroïdie et négatif chez 97 % des témoins et des malades non thyroïdiens. Ce test aurait une valeur pratique considérable pour le diagnostic des hyperthyréoses.

Un cas de néphrose lipoïdique vraie guérie depuis cinq ans. — MM. MARQUEZY et CHABANIER.

Atelectasie et emphysème pulmonaire par obstruction bronchique. — MM. DEBRÉ, LAMY, MIGNON et KAPLAN. Compression bronchique exercée par une masse ganglionnaire tuberculeuse du médiastin dans deux cas. Chez ces enfants atteints de tuberculose pulmonaire initiale accompagnée d'une grosse adénopathie, on vit apparaître une image rainférieure de l'hémithorax droit, en même temps que surdiologique caractérisée par une clarté exagérée de la partie venaient des accidents dyspnéiques. Ces 2 cas démontrent qu'il y a des obstructions « à soupape » permettant l'entrée de l'air et en interdisant sa sortie, qui créent de l'emphysème, lequel radiologiquement se caractérise par une zone de clarté exagérée, étendue à une grande surface d'un hémithorax. Ces observations démontrent que chez l'enfant la compression d'une bronche par une masse ganglionnaire tuberculeuse peut créer à la fois l'atélectasie et l'emphysème.

Hypertrophie cardiaque congénitale. — MM. DEBRÉ, LAMY et KAPLAN.

Néphrose lipoïdique dans l'enfance. — MM. LESNÉ, LAUNAY et BRISHAS.

Cancer ulcériforme au début, invisible à l'opération. — MM. GONET, GUTMANN et BERTRAND. Malade 56 ans ayant présenté une poussée « ulcériforme » d'un mois suivie d'un arrêt complet pendant 10 mois. A une nouvelle poussée, les radios montrèrent une niche prépylorique — on pensa à une lésion maligne et l'intervention fut pratiquée. On constata alors une lésion superficielle et molle qui fut considérée comme un cancer primitif ulcériforme localisé à la muqueuse.

Encéphalites aiguës et syndrome malin. — M. COMBY étudie les rapports des syndromes malins avec les syndromes encéphalitiques infantiles des maladies infectieuses. Pour lui, le syndrome malin n'a pas de spécificité, et quelle que soit la maladie originelle, il peut terminer la scène, les lésions nécropsiques ayant toujours l'apparence congestive et hémorrhagique. Ce syndrome, redoutable dans la diphtérie, n'est pas habituel dans les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance. Les complications encéphaliques des maladies infectieuses n'ont rien de malin et guérissent spontanément.

Méningo-myélo-poly-radiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique transitoire. — MM. OLMER et GASCARA (Marseille). Chez un homme de 24 ans, après un début infectieux brusque, présente une paralysie progressive des membres inférieurs et du membre supérieur droit sans atteinte des nerfs craniens, s'accompagnant de signes méningés, de troubles sphinctériens, de douleurs musculaires et nerveuses et d'un signe de Babinski gauche. Les ponctions lombaires révèlent une dissociation albumino-cytologique marquée. Il s'agit sans doute d'une infection à virus neurotrope d'étiologie imprécise.

SÉANCE DU 10 JUIN 1938

Etude classique et hématologique de neuf cas d'intoxication professionnelle par le benzol. — MM. LAMY, KISSEL et PIERQUIN. Observations concernant des ouvrières exposées dans des ateliers de fabrication de chaussures à une intoxication chronique par le benzol. On constate toujours un syndrome sanguin, fait de la triade symptomatique suivante : anémie, purpura et granulocytopénie. Dans 4 cas, l'intoxication fut mortelle : on découvrit des lésions du foie et des reins et des altérations de la moelle osseuse. Du vivant des ouvrières, c'est la ponction sternale qui mit les désordres en évidence, décelant une aplasie médullaire à peu près complète. Ces faits démontrent la gravité de l'intoxication. Il conviendrait d'interdire le benzol dans certaines industries.

Pneumothorax et accidents nerveux. — MM. MASSELOT, LAMARCHE et DUVERGER (Tunis). Deux observations d'accidents nerveux à répétition, déclenchés par chaque insufflation, chez des malades indemnes de toute affection nerveuse, accident ayant disparu d'ailleurs par la cessation du pneumothorax. Dans un cas, il s'est agi de dépression mélancolique ; dans un autre, de crises convulsives conditionnées par une association organo-psychique.

Action du poumon sur l'alcool éthylique. — M. BINET et Mlle MARQUIS étudient l'action du poumon sur le sort de l'alcool introduit dans la circulation générale. Il y a disparition progressive de l'alcool au cours de la perfusion : 1/3 de l'alcool ajouté au sang est perdu par voie aérienne et les deux autres tiers sont brûlés par le poumon. Le coefficient d'éthyloxydation varie notablement d'une perfusion à une autre.

A propos de syndrome malin.— MM. LŒDERICHS, WORMS et PAYET. Jeune fille de 17 ans, ayant succombé en quelques heures à un syndrome infectieux d'allure grippale avec œdème aigu du poumon. A l'autopsie : lésions de congestion et d'hypertrophie lymphoïde du tube digestif caractéristiques du syndrome clinique de la malignité.

Présentation d'un film en couleurs sur le poumon isolé. — MM. BINET et VALLARETIEN.

Mortalité dans le rhumatisme aigu chez les enfants. — MM. GRENET, LEVENT et ISAAC-GEORGES. Sur 269 cas de rhumatisme aigu observés chez les enfants en 10 ans 1/2 : 50 morts, soit 18,50 % ; si l'on ne tient compte que des rhumatismes cardiaques, la mortalité atteint 25,77 %.

Sur 50 morts : 22 sont pendant la 1re année, 7 sont pendant la 2e année.

Le nombre décroît ensuite pour n'être plus que de quelques unités pendant les années suivantes. La phase terminale a eu plusieurs fois une évolution de plusieurs mois.

Dans tous les cas mortels, il s'est agi de rhumatisme cardiaque évolutif.

Cancers pleuro-pulmonaires primitifs observés à la Clinique de Strasbourg de 1926 à 1936. MM. WAITZ et KARCZAG. La fréquence des cas s'accroît progressivement. A l'autopsie, on constate une augmentation réelle du pourcentage par rapport aux cas de cancer en général. Grande prédominance pour le sexe masculin : 28 % de 41 à 50 ans; 38 % de 51 à 60 ans ; 16 % de 61 à 70 ans.

La tuberculose coexiste dans 17,4 % des cas ; la syphilis dans 4 % des cas.

Embolie gazeuse, pathogénie et expérimentation. — MM. VILLARET et CACHERA.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE (1)

III. — Telles sont les causes cardio-aortiques qu'il importe de rechercher en premier devant tout syndrome angineux.

En leur absence, il convient de rechercher, avant de les éliminer, car elles sont rares, les *affections médiastinales* susceptibles, par irritation du plexus cardiaque, de déclencher une crise d'Angor.

..*Avant tout :* une *péricardite, aiguë* dans la règle, et l'on sait que l'accès d'angor en peut être un mode de début clinique. On reste du reste indécis sur sa cause, jusqu'à ce qu'apparaisse le *frottement.*

Beaucoup plus rarement : une *médiastinite syphilitique* (associée à l'aortite).

Elle pourrait jouer un grand rôle pour Laubry. En tous cas, elle rendrait compte parfois des succès thérapeutiques de certaines crises.

— *Une tumeur du médiastin* sera plus aisément reconnaissable dans la règle, par le contexte clinique (syndrome médiastinal net en général).

— Mais elle reste une rareté.

IV. — En opposition avec les cas précédents d'angine de poitrine, nettement organiques :

— Se placent *toutes les crises angineuses, dites nerveuses*, cadre très incertain dans lequel on fait entrer les angors survenant :

— Dans des conditions étiologiques spéciales ;

— En l'absence de toute lésion cardio-aortique cliniquement décelable.

— « Domaine semé de déception et d'incertitude » (Laubry).

On y fait entrer :

1° *Les angors toxiques*, que l'on peut observer :

— Chez les goutteux, les diabétiques ;

— Dans l'intoxication tabagique, par exemple.

Il semble bien que les différentes diathèses ne soient qu'une *cause déclenchante*, non des lésions responsables des crises observées et la fréquence des lésions artérielles associées rend leur interprétation délicate.

2° *Les angors infectieux :*

— Crise marquant le début d'une encéphalite épidémique ;

— Réveils de paludisme (en dehors de la problématique aortite paludéenne) ;

— Semant l'évolution d'une infection pleuro-pulmonaire profonde.

3° *Les angors névralgiques :*

— Accompagnant des douleurs d'ordre névralgique ou névritique ;

— Crises spontanées, sans rapport avec l'effort ;

— Qu'on ne peut cliniquement rattacher à leur cause qu'avec la notion de douleurs permanentes à topographie spéciale : névralgies intercostales gauches, ou du plexus brachial gauche surtout.

4° *Les angors réflexes*, dont on n'a le droit de parler que devant des signes bien caractérisés de la maladie causale génératrice du réflexe cardio-vasculaire.

Ce sont, avant tout, des affections digestives à paroxysmes douloureux :

— Aérogastrie dyspeptique ;

— Lithiase biliaire, et on sait que l'angor syncopal est une complication classique de la colique hépatique.

5° *Les angors endocriniens et névrosiques :*

— Angors de Basedow ;

— Angors du myxœdème ;

— Angors de la ménopause, où parfois, les traitements opothérapiques font disparaître les crises.

— A l'extrême : crises angineuses survenant en dehors de toute organicité apparente chez des sujets dont le système sympathique et vaso-moteur est d'une excitabilité pathologique.

Ces crises ont des caractères spéciaux :

— Survenant chez la femme surtout ;

— Presque toujours la nuit ;

— Acccompagnées d'un cortège impressionnant de phénomènes sympathiques :

— Agitation, cris, pleurs, tremblements, sueurs profuses, polyurie abondante, etc...

— Il est tout à fait exceptionnel qu'on observe une terminaison fatale pendant l'accès.

En fait : ce diagnostic d'angine névropathique ne sera porté qu'à regret, et révoqué si un traitement antispasmodique laisse subsister les crises.

— *Et, de façon plus générale :* quelle que soit l'étiologie apparente qui se présente, il faut toujours s'efforcer de mettre en évidence une *lésion organique* locale, justifiant la réponse à l'ébranlement nerveux du plexus cardiaque.

C'est là un problème complexe.

Les travaux cliniques et expérimentaux, complétés par les constatations anatomiques, ont mis en relief le *rôle essentiel du système coronaire* dans le déclenchement de la crise d'Angor.

Et *pratiquement :* dans tous les cas d'angine de poitrine, il faut tout mettre en œuvre pour déceler le trouble de la circulation coronaire.

— Cette recherche fondamentale autorise même à *isoler un syndrome pur d'Angor coronarien*, dont les travaux modernes ont précisé les caractères, angor survenant en dehors de lésions cardiaques, aortiques ou autres, cliniquement décelables et que définissent :

1° *Les manifestations cliniques :*

— Crise typique suraiguë d'Angor d'effort, extrêmement brutale et douloureuse, se reproduisant fréquemment, sans signes auscultatoires ni radiologiques.

2° Et surtout : *l'examen électro-cardiographique*, seul moyen actuel qui traduise la souffrance de la circulation coronaire.

Disons de suite les difficultés d'interprétation auxquelles il donne lieu :

Cependant, on doit tenir grand compte :

D'une part : des modifications constantes portant sur l'intervalle ST — sur l'onde T, et en **particulier,** son *inversion.*

D'autre part : de façon générale, d'un *non remaniement* de certains aspects qui évoquent d'emblée l'idée de lésion myocardique, mais qui rétrocéderaient après traitement, si seul le myocarde était en jeu, sans trouble circulatoire coronaire.

Il est d'ailleurs très difficile — le trouble circulatoire coronaire identifié — d'en fixer *la nature exacte :* 1° en dehors du cas exceptionnel *d'hyponutrition*, et l'angor des symptômes anémiques graves est connu de longue date ; 2° S'agit-il d'une lésion véritable (et là se retrouve le problème *athérome* ou *syphilis*) ? 3° S'agit-il seulement d'un *spasme* ?

(A suivre.)

G. LE SUEUR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 52, du 29 juin p. 858, et n° 54, du 6 juillet, p. 890.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

Nos 57-58. — 16-20 JUILLET 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des Hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le jeudi 27 octobre 1938, à 8 h. 30, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Salle des Commissions). MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du lundi 9 au vendredi 30 septembre 1938 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Dispensaire antituberculeux du Havre. — Le poste de médecin-directeur du Dispensaire municipal antituberculeux de la Ville du Havre est actuellement vacant.

Les appointements attachés à cette fonction vont de 35.600 à 46.700 fr., plus des gratifications annuelles et des indemnités.

Les candidats doivent avoir moins de 35 ans, avoir satisfait aux obligations militaires, s'engager pour cinq ans renouvelables. S'adresser à la mairie du Havre.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Grand-officier.* Le médecin général inspecteur Normet, des troupes coloniales.

Commandeur. Les médecins généraux inspecteurs Lévy et Gay-Bonnet ; le médecin général de troupes coloniales Roger Gaillard ; le médecin lieutenant-colonel Pérot.

GUERRE (*Réserve*). — *Officiers :* MM. Azémar, Busy, Rabaioye, Geniaux, Alexandre, Bernoud, Ceard, Tellier, Berge, Joly, Livon, Sibille, de Casteras, Jeannin, Foucaud, Lejeune, Schirck, Humbert, Hautefort, Gautrelet, Clermont, Daunay, Wagon, Gabarra.

Chevaliers : MM. Oechsner, de Coninck, Potelet, Bonnaud, Labeau, Bignon, Michiels, Bourdiols, Nollen, Guiol, Bardin, Ortel, Bosc, Sédillat, Dequidt, Picaud, Roux, Gerdessus, Tapie, Houlmann, Butruill, Potiron, Faidherbe, Hersant, Dussans, Pizard, Berranger, Rochette, Auban, Pierron, Martz, Chevassu-Périgny, Arres, Guerain, Livinec, Nicollon des Abbayes, Renault, Boulard, Toupance, Gabory, Collenet, Powilewicz, Bodet, Breuillet, Paris, Gaglio, Morel, Lutaud, Tavernier, Conquet, Agard-Fournier, Andrieu, Funel, Bonnedame, Maury, de Labretoigne du Mazel, Reglade, de Champs de Saint-Léger, Vidal, Lenoël, Bader, Germain, Taufflieb, Couzefeyte, André, Soula, Lescaux, Rochette, Ribeton, Maquet, Papillaud, Hezard, Bourgoing, Sauvage, Demoulin, Clerc, Thyebault, Brissot, Valles, Gosselin, Huguet, Gauducheau, Lacheze, L'Hirondel, Floquet, Vilfroy, de Berne-Lagarde, Bulliard, Boissière, Top, Ducatillon, Bursaux, Madon, Vinit, Duboucher, Charpentier, Veluet, Delmas, Maronneaud, Potie, Baudet, Barbe, Truffert, Maccario.

Distinctions honorifiques. — *Médailles d'honneur du Service de santé :* Argent, M. le professeur Le Bourdelles (Val-de-Grâce) ; Bronze, M. Poy (Val-de-Grâce).

Médailles d'honneur des épidémies : Argent, M. Bernier ; Bronze, M. François.

Officier d'Académie : le docteur Pierre Dumet, à Paris.

Médaille d'argent de l'éducation physique : le docteur Dodel, directeur de l'Institut d'éducation physique.

Médaille de Lister. — Le professeur Leriche, professeur à la Faculté de médecine et au Collège de France, vient de recevoir la *Médaille de Lister*, attribuée par la Société Royale, le Royal Collège des Chirurgiens d'Angleterre, le Royal Collège des Chirurgiens d'Irlande, l'Université d'Edimbourg et l'Université de Glasgow.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Vœux et conclusions adoptés par l'Assemblée du 24 juin 1938.

1° *Au sujet des Assurances sociales :*

PREMIER ORDRE DU JOUR

L'Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine, réunie le 24 juin 1938,

Demande à la Confédération des Syndicats médicaux français d'obtenir la modification de l'article 115 du Règlement d'administration publique et des articles 24 et 33 du Règlement intérieur des Caisses dans le sens suivant :

1° Maintien de l'avis à la Caisse, afin de permettre le contrôle éventuel de l'assuré ;

2° Suppression de l'autorisation préalable et de l'acceptation de prise en charge pour des raisons autres qu'administratives ;

3° Raccourcissement du délai de 8 jours à 48 heures.

DEUXIÈME ORDRE DU JOUR

Considérant comme inacceptables des conditions d'agrément actuellement exigées par les Caisses de la région parisienne,

Demande que les conditions d'agrément des maisons de santé ne puissent être établies unilatéralement par les Caisses sans que puisse intervenir la Commission régionale tripartite ;

Et fait sien l'ordre du jour voté à l'unanimité moins une voix par la dernière assemblée générale de la Confédération sur la proposition du secrétaire général du Syndicat des Chirurgiens français, ordre du jour qui est ainsi conçu :

« L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 18 décembre 1937 ;

« Déclare qu'elle ne peut admettre qu'on fasse figurer, dans une convention ou dans un accord d'agrément passés entre Caisses d'Assurances sociales et Maisons de santé (chirurgicales ou médicales) : ni le taux des honoraires du praticien et de ses aides, ni des obligations imposées aux praticiens et aux spécialistes, de quelque nature qu'elles soient ;

« En outre, les tarifs de responsabilité doivent être fixés à des taux tels qu'ils ne rendent pas pratiquement illusoires, pour les assurés, le libre choix du praticien et de la Maison de santé. »

TROISIÈME ORDRE DU JOUR

Demande à la Confédération des Syndicats médicaux français d'obtenir que la rédaction de l'article 36 soit modifiée de telle façon,

1° Que le droit de l'assuré de choisir librement son chirurgien lui soit formellement reconnu ;

2° Que ce soit « obligatoirement » et non pas seulement « éventuellement » que des remboursements puissent être faits à l'assuré quand celui-ci a choisi un chirurgien opérant dans une maison de santé n'ayant pas passé convention, mais se soumettant au contrôle général de la Caisse.

***

2° *Au sujet de l'inspection médicale dans les établissements d'Enseignement secondaire :*

CONCLUSIONS

L'Assemblée générale, prenant en considération les conclusions du rapport présenté par M. Deguy au nom du Conseil du Syndicat des Médecins de la Seine, répond aux questions posées sous la forme ci-après :

Questions :

1. Etes-vous d'avis qu'il y a nécessité à faire une inspection médicale dans les lycées et collèges, cette inspection étant limitée au dépistage des cas contagieux et à l'hygiène des locaux (défense de la collectivité scolaire) sans établissement de fiches ?

Réponse : oui.

2. Etes-vous d'avis que cette inspection médicale doit s'étendre au personnel enseignant et au petit personnel des lycées et collèges ?

Réponse : oui.

3. Etes-vous partisan de la surveillance individuelle de l'enfant par l'établissement d'une fiche sanitaire dont la modalité est à discuter plus tard (des modèles existent) et êtes-vous partisan de la faire établir par le médecin de famille (la carence de la famille permettant seule l'établissement de la fiche par le médecin inspecteur) ?

Réponse : non.

4. Etes-vous d'avis de demander, voire d'exiger, que le syndicat départemental ait un droit de regard sur cette inspection, pour empêcher :

a) La confection de fiches ;

b) Le détournement de clientèle possible par toute personne attachée, à un titre quelconque, à l'établissement ?

Réponse : oui.

Travail de la Clinique médicale et phtisiologique de la Faculté
(Prof. : Jean MINET)

RECHERCHES SUR LE MÉCANISME D'ACTION DE L'INSULINE DANS LE MÉTABOLISME DES GLUCIDES

Par M. H. WAREMBOURG,
Médecin des hôpitaux de Lille.

Il est curieux de constater qu'une question aussi étudiée que celle du mode d'action de l'insuline sur le Métabolisme Glucidique n'ait pas reçu encore de solution précise. C'est que dans le problème extraordinairement complexe de la régulation hydro-carbonée, les inconnues demeurent particulièrement nombreuses. Dans une série de travaux entrepris sous la direction du Pr. Polonovski nous avons tenté d'élucider quelques-unes d'entre elles par l'étude des produits intermédiaires du métabolisme glucidique contenus dans le sang. Ces produits qui constituent l'indosé carboné ternaire du plasma peuvent être mesurés par un procédé d'oxydation chromique préconisé depuis longtemps déjà par le Pr. Polonovski ; ils sont exprimés par ce que nous avons appelé l'indice chromique résiduel qui, chez l'individu sain, est inférieur à 0,50, mais dépasse nettement ce taux au cours des états de dysrégulation glucidique, en particulier du diabète.

Des recherches précises nous ont permis de constater que l'indosé ternaire plasmatique répondait à un mélange équimoléculaire de glycérol (ou de dérivés de ce triol : acide glycérophosphorique, acide phosphoglycérique) et d'un corps de type : $CH^2—C—C=0$, acide pyruvique par exemple.

Ces constations nous ont amené à émettre sur le rôle de l'insuline dans la dégradation du glucose une hypothèse nouvelle : nous en intégrerons la discussion dans un aperçu général sur ce problème complexe.

L'Insuline peut engendrer de trois manières la décharge glycémique ; en intervenant sur les appareils de réserve hydro-carbonée, en particulier sur le foie; en favorisant l'utilisation des glucides par les tissus périphériques ; enfin, en transformant le glucose sanguin en d'autres substances comme les lipides ou le sucre protéidique. Nous envisagerons successivement ces trois hypothèses.

A. — Action sur la mise en réserve des glucides

a) L'INSULINE FREINE-T-ELLE LA GLYCOGÉNÈSE HÉPATIQUE ?

Tout d'abord l'Insuline appauvrit-elle le sang en glucose par une intervention portant sur le Foie ?

Elle pourrait le faire en freinant la glycogénèse hépatique ? Selon cette conception, Cl. Bernard envisageait le diabète comme redevable d'une surproduction de glucose par le Foie, hypothèse judicieusement critiquée par Bouchard.

Toutefois, quelques auteurs ont adopté cette façon de voir. Ainsi Cammidge et Howard, Grafe, Reinwein et Singer constatent que l'insuline s'oppose *in vitro* à l'action du ferment glycogénolytique du foie. Cori et Goltz, Villa voient l'insuline réduire l'écart qui existe normalement entre la Glycémie sus-hépatique et la Glycémie veineuse périphérique, fait d'ailleurs contredit par Rathery. Enfin Mac Cormick, Noble et O'Brien, Bornstein et Issekuntz attribuent à l'insuline un effet inhibiteur sur la glycogénèse adrénalinique.

Se fondant sur ces résultats, Laufberger, Von Noorden, Pollak défendent la théorie du diabète par hyperproduction de glucose.

Toutefois ces hypothèses sont définitivement ruinées par les travaux de Mann et Magath, Burn et Dale, etc., qui montrent que l'action de l'insuline reste intacte chez le chien hépatectomisé.

b) L'INSULINE FAVORISE-T-ELLE LA GLYCOGÉNOPEXIE HÉPATIQUE ET MUSCULAIRE ?

Action de l'insuline sur le glycogène hépatique

On peut se demander alors si l'insuline n'agit pas en favorisant la glycogénopexie hépatique et peut-être aussi musculaire. Cette hypothèse a soulevé d'innombrables travaux remarquables par le caractère contradictoire de leurs résultats.

L'accord, toutefois, semble fait sur un point, c'est la forte diminution du glycogène hépatique chez le chien dépancréaté et la disparition de cette anomalie sous l'effet du traitement insulinien. Encore Rathery affirme-t-il l'inconstance de ce dernier fait, l'insuline augmentant ou abaissant, d'après lui, le taux de glycogène hépatique, suivant que celui-ci est au préalable très diminué ou encore relativement élevé.

Quant à l'action de l'insuline sur le glycogène hépatique chez l'animal sain, elle est loin d'être connue avec précision.

Selon certains auteurs, l'insuline abaisserait, dans ces conditions, le taux de glycogène du foie. (Dudley et Marrian, Babkin, Staub, Burn et Ling, Mac Cormick, Noble et O'Brien, Laufberger, etc.) Des ces constations il faut rapprocher les recherches récentes de Fiessinger, Bénard, Herbain, Dermer et Bareillier qui ont montré que l'insuline ajoutée à un liquide de perfusion hépatique exerçait une action glycogénolytique marquée.

Pour d'autres, l'insuline est sans action sur le glycogène hépatique (Heymans, Grevenstuk et Laqueur).

Enfin pour d'autres encore, l'insuline aurait sur le glycogène hépatique un pouvoir de fixation non douteux. Avant même que fut découverte l'insuline, Lépine et de Martz, avaient montré que, dans la perfusion du foie, la glycogénopexie est plus importante si le sang passe au préalable par l'artère pancréatique. Aron avait remarqué que, chez le fœtus, l'apparition de la fonction glycogénique du foie était contemporaine de la transformation des premiers îlots pancréatiques endocrines en îlots adultes.

Depuis, la glycogénopexie sous l'action de l'insuline a été constatée maintes fois, à condition que les animaux fussent à jeun et que l'on administrât en même temps du glucose (Collazo, Haendel et Rubino, Issekutz, Schneider, Cori et Pucher, Corkill, Brusgsh et Horsters, etc.).

Action de l'Insuline sur le Glycogène musculaire

Des divergences identiques concernent l'action de l'insuline sur le glycogène musculaire. Tandis que Dudley constate un effet abaissant, Best, Dale, Hoët et Marks, Hoët et Ernould, opérant sur le chat éviscéré, montrent au contraire que la glycogénèse musculaire nécessite l'intervention de l'insuline.

D'après les Cori, Balfour et Corkill, Debois, la glycopexie musculaire serait même plus aisée que la glycopexie hépatique sous l'action de l'insuline

Enfin, selon Long et Hoersfall, la formation de glycogène musculaire est maxima lorsque le liquide de circulation contient glucose, acide lactique et insuline.

Comment interpréter une telle divergence dans les résultats obtenus ?

A vrai dire, ce type d'expériences est susceptible de nombreuses causes d'erreur. C'est ainsi que le taux de glycogène hépatique est sujet, en peu de temps, à des variations spontanées considérables. De plus, la teneur du parenchyme hépatique en glycogène est différente suivant les points de la glande.

Mais surtout, les expériences ont été réalisées en des conditions très diverses. On comprend, en effet, que des doses massives d'insuline administrées seules, chez les animaux à jeun, soient capables d'abaisser le taux de glycogène dans le foie ou dans les muscles, par l'hypoglycémie intense et l'appel consécutif aux réserves hydro-carbonées qu'elles déterminent.

Au contraire, l'introduction de doses physiologiques d'insuline dans un organisme possédant assez de sucre pour faire les frais d'une mise en réserve détermine, dans la règle, une glycogénopexie.

On peut donc conclure que la glycogénopexie, si elle ne résume pas toute l'action de l'insuline, en constitue cependant l'un des aspects essentiels.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans mentionner la thèse de Santenoise, Verdier et Vidacovitch, qui ont mis en évidence la sécrétion par le pancréas d'une hormone vagotonisante différente de l'insuline; la vagotonine.

L'injection de vagotonine entraîne une hypoglycémie légère, mais surtout favorise la fixation du glycogène par le foie.

Les insulines commerciales sont toujours chargées de cette hormone en plus ou moins grande quantité : ainsi s'expliquerait leur action variable sur le taux de glycogène du foie.

B. — Action sur la combustion des glucides

a) Justification de cette hypothèse

L'insuline intervient-elle aussi dans l'utilisation du glucose par les tissus ? De multiples méthodes ont été utilisées pour répondre à cette question.

Insuline et différence glycémique artério-veineuse

Tout d'abord on a recherché l'influence de l'insuline sur la teneur comparée en sucre des sangs veineux et artériel, ou sur la consommation du glucose par divers organes en perfusion.

Dès 1893, Chauveau et Kaufmann, mesurant la glycémie dans l'artère et la veine fémorales du chien, constatent la même perte de glucose au niveau des tissus, que l'animal soit ou non diabétique. Selon Macleod, Hepburn et Latchford, Aubertin et Mauriac, l'insuline ne modifie nullement la différence entre les glycémies artérielle et veineuse, chez l'homme ou l'animal normaux. Il en serait de même chez le diabétique (Hansen) ou le chien dépancréaté (Rathery, Kourilski et Gibert).

Enfin, selon Patterson et Starling, Burn et Dale, le cœur diabétique en perfusion consomme le glucose au même titre que le cœur normal.

On pourrait conclure de ces travaux que l'insuline n'intervient pas dans l'utilisation tissulaire du glucose. Mais d'autres recherches aboutissent à des résultats inverses.

Lépine et Barral constatent la disparition de l'écart glycémique artério-veineux après l'ablation du pancréas.

Wertheimer, Chambon démontrent l'intervention de l'insuline dans l'utilisation du sucre par le muscle isolé de chien.

Les Cori et Goltz, Frank Nothmann et Wagner constatent que l'écart glycémique artério-veineux augmente chez l'animal en période d'hyperglycémie alimentaire, si en même temps on administre de l'insuline.

Chez l'homme diabétique, Foster, Lawrence constatent que l'ingestion de glucose n'augmente pas, comme normalement, l'écart glycémique artério-veineux ; mais l'injection d'insuline rétablit ce phénomène.

Enfin, dans la perfusion de préparations cœur-poumons isolés, Knowlton et Starling constatent une consommation évidente de sucre, qui manque si les organes sont empruntés à un chien dépancréaté, mais réapparaît par addition d'extrait pancréatique au liquide perfusé.

Toutes ces recherches tendraient donc à prouver que l'utilisation périphérique du glucose est favorisée par l'insuline. Mais, comme nous l'avons vu, d'autres expériences sont contradictoires. De plus, presque toutes sont justiciables de cette critique que le glucose, dont on note la disparition dans le sang circulant ou le liquide de perfusion, n'est pas obligatoirement utilisé par les tissus, mais peut être mis en réserve sous la forme de glycogène musculaire par exemple. Force est donc de recourir à d'autres méthodes plus précises.

Insuline et Glycolyse Sanguine

L'étude de la glycolyse sanguine ou tissulaire *in vitro* est-elle capable de résoudre le problème ? Elle donne lieu malheureusement, elle aussi, à des résultats contradictoires.

Pour les uns, la glycolyse sanguine *in vitro* est identique, que le sang provienne de sujets sains ou diabétiques, et l'addition d'insuline ne l'influence pas (Tolstoï, Eadie, Macleod et Noble ; Nitzelscu et Popescu, etc.).

De même, selon Mauriac, Servantie et Chelle, la glycolyse tissulaire, qu'il s'agisse de fragments de rate, de testicule, d'épiploon, n'est nullement modifiée par l'insuline.

Il n'en est pas de même pour d'autres chercheurs. Ainsi Lépine et Barral constatent que l'autoglycolyse, *in vitro*, du sang d'un chien diabétique est très inférieure à la normale, mais augmente considérablement si, au préalable, on a administré à l'animal des extraits pancréatiques. Bien d'autres auteurs confirment cette façon de voir.

Ici donc encore, les résultats sont contradictoires et d'ailleurs obtenus dans des conditions trop éloignées de la normale, pour qu'on en puisse tirer des conclusions définitives.

Insuline et échanges respiratoires

Une interprétation plus précise des faits semble pouvoir être envisagée si l'on considère l'action de l'insuline sur les échanges respiratoires.

L'administration d'insuline modifie peu les combustions considérées globalement. Il ne s'ensuit pas, cependant, qu'elle n'intervienne en rien dans l'utilisation des glucides ; son action sur le quotient respiratoire permet de l'affirmer.

En effet, le quotient respiratoire est généralement abaissé chez le chien dépancréaté ou l'homme diabétique. Il n'augmente pas par l'administration de glucose. Au contraire, il s'élève nettement par injection d'insuline, en même temps que le taux de CO^2 augmente dans l'air expiré et dans le sang (Achard et Desbouis, Achard et Binet, Labbé et Rubinstein).

Les résultats sont plus contradictoires chez le sujet normal. Pour certains, en effet (Dudley, Bornstein et Griesbach, Heymann et Malton), l'injection d'insuline n'élève pas le Q.R., ou même parfois l'abaisse.

Il n'en est rien pour d'autres auteurs (Kellaway et Hugues, Eadie, Macleod et Pember, Krog, Ambard, Staub, etc.) qui, chez l'homme ou l'animal, ont observé une augmentation nette du Q.T., sous l'effet de l'hormone insulinienne.

Buchner et Graf ont vérifié les mêmes faits après addition d'insuline à des tissus isolés *in vitro*. Enfin Richardson, Shorr et Loebel constatent que le Q.R. de coupes de rein ou de muscles provenant d'un chien dépancréaté est nettement inférieur aux chiffres observés lorsque le chien est normal.

Malgré la contradiction relative des faits expérimentaux, maintes recherches invitent donc à admettre que l'insuline élève le quotient respiratoire dans l'organisme sain et surtout diabétique ; elle dévierait, en quelque sorte, les combustions organiques dans le sens d'une utilisation accrue des glucides. Est-il permis toutefois d'admettre sans restriction cette hypothèse ? Des critiques peuvent lui être faites. En dehors de toute consommation de glucides, le Q.R. peut, en effet, s'élever dans le cas d'acidose, abaissant la réserve alcaline et augmentant la ventilation pulmonaire, et aussi, dans le cas de conversion des glucides en graisse. Richardson qui, récemment, a bien mis au point cette question, conclut pourtant que l'élévation du Q.R., sous l'action de l'insuline, est bien due à une glycocombustion. Mais, s'il le fait, c'est en raison d'arguments tirés d'un dernier ordre de recherches dont il nous reste à exposer les résultats nettement concluants.

Insuline et bilan glucidique

La méthode du bilan glucidique est, en effet, la plus sûre pour apprécier l'action de l'insuline sur le métabolisme. On se sert de préférence de petits animaux, souris ou rats, dont on mesure facilement, après ingestion de glucose, la teneur de la totalité des organes en hydrates de carbone.

On apprécie, par la détermination des échanges gazeux, la quantité de sucre combiné, Bissinger et Lesser ont ainsi opéré chez la souris, les Cori chez le rat blanc et leurs recherches ont abouti à la conclusion formelle que l'insuline accentue la combustion du glucose.

Voici un exemple des résultats obtenus par les Cori (rapporté par Delaunay) :

	Glucose oxydé	Glycopexie (foie)	Glycopexie reste de corps	Glucose retrouvé
Glucose seul. . . .	38	16	36	90 %
Glucose + insuline .	50	4	38	92 %
Différence . . .	+ 12	— 12	+ 2	

On voit que si, dans les conditions normales, la décharge glycémique s'effectue surtout par glycopexie, chez l'animal insulinisé, au contraire la glycocombustion réalise le mécanisme essentiel de cette décharge.

Best, Dale, Hoët et Marks ont obtenu des résultats identiques chez le chat éviscéré et décapité.

Ainsi donc, la réalité d'une action de l'insuline sur l'utilisation des glucides par les tissus est démontrée.

Insuline et Corps intermédiaires du Métabolisme glucidique

L'action de l'insuline sur les corps intermédiaires du métabolisme glucidique vient encore à l'appui de cette hypothèse. Nous avons montré, en effet, que l'injection d'insuline diminue le taux plasmatique de ces corps, ainsi qu'en témoigne l'abaissement de l'I.C.R. dans ces conditions. Ce fait prouve de façon indiscutable l'intervention de l'hormone pancréatique dans la dégradation du glucose sanguin (Polonowski et Warembourg).

b) MÉCANISME INTIME DE L'ACTION INSULINIQUE SUR LA DÉGRADATION DES GLUCIDES

L'insuline est-elle indispensable au catabolisme de l'un des produits de dégradation du glucose ?

Il resterait à mieux connaître l'intimité de l'action insulinique à fixer le point exacte où, dans le métabolisme glucidique, cette hormone porte son action indispensable.

Pour certains, l'insuline est nécessaire à la formation de l'acétaldéhyde ; elle interviendrait donc à un stade avancé de la dégradation glucidique (Neuberg, Gottschalk et Strauss, Toenissen).

Mayer, Dakin, Janney, Lambling croient que l'insuline permet la combustion de l'acide pyruvique. Cette hypothèse leur permet d'expliquer par un mécanisme simple la formation de glucose à partir des protéines dans l'organisme diabétique. On sait, en effet, que le passage des albumines au glucose se fait par l'intermédiaire de certains acides aminés, en par-

ticulier de l'alanine qui, par désamination, donne l'acide pyruvique.

On comprendrait mal, dans ces conditions, que l'organisme du diabétique, encore capable de dégrader l'acide pyruvique, se servît de ses acides aminés pour fabriquer du glucose inutilisable. L'impossibilité de dégrader l'acide pyruvique explique, au contraire, fort bien ce phénomène.

D'après Brugsh, l'insuline est nécessaire à la transformation du glucose en acide lactique. Effectivement, l'injection d'insuline à des chiens normaux engendrerait, en même temps que l'hypoglycémie, une augmentation de la lactacidémie. Mais, nombre d'auteurs n'ont pas vérifié ce fait. D'autre part, l'exercice musculaire continue à déterminer, chez le diabétique, une augmentation de la lactacidémie en même temps qu'une baisse du taux de glucose sanguin (Himvich, Loebel et Barr). L'hypothèse de Brugsh n'est donc que très incomplètement satisfaisante.

Plus séduisante peut-être est la théorie d'Embden, qui attribue à l'insuline un rôle indispensable à la synthèse d'une molécule d'hexose et deux molécules d'acide phosphorique pour former l'acide hexose diphosphorique ou lactacidogène. De fait, l'injection d'insuline abaisse, chez le sujet sain, le taux de phosphore inorganique sanguin et urinaire.

Inversement, selon Desgrez, Bierry et Rathery, l'injection de phosphate accentue l'hypoglycémie insulinique. Chez l'animal dépancréaté, l'insuline abaisse, comme chez le normal, le phosphore inorganique du sang et des urines (Bolliger et Hartmann). Il en est de même chez l'homme diabétique. Enfin, Harrop et Benedikt, Kay et Robinson ont constaté sous l'influence de l'insuline une augmentation du taux de lactacidogène musculaire.

Tous ces faits confirment l'hypothèse d'Embden.

Quelques expériences pourtant donnent des résultats discordants.

Eadie, Macleod et Noble constatent que, si le phosphore anorganique sanguin diminue sous l'effet de l'hormone pancréatique, il revient ensuite à la normale plus rapidement que le glucose. Cori et Goltz ne trouvent aucune concordance numérique entre les taux de glucose et de phosphore disparus après action de l'insuline.

La question reste donc à l'étude.

Nos recherches sur la nature des substances intermédiaires du métabolisme glucidique présentes dans le plasma humain nous ont amené à avancer, sur le mécanisme d'action de l'insuline, une théorie qui nous semble apporter à ce problème difficile une solution satisfaisante.

Nous avons vu, en effet, que l'indosé ternaire du plasma, mesuré par I.C.R., correspondait chez l'individu sain à un mélange équimoléculaire de glycérol et d'acide pyruvique. Par ailleurs, I.C.R. diminue normalement à la suite d'injections de fortes doses d'insuline. Nous pouvons donc conclure que l'insuline exerce sur le mélange intermédiaire de glycérol et d'acide pyruvique une action qui tend à le dégrader plus complètement ou à hâter sa synthèse en glycogène.

De plus, il existe dans le sang des diabétiques une accumulation considérable des dérivés intermédiaires du métabolisme glucidique : l'augmentation importante d'I.C.R. plasmatique, dans ces conditions, nous en apporte la preuve certaine. Si l'insuline a réellement l'action que nous venons de lui attribuer, cette augmentation s'explique fort bien, soit que l'organisme privé d'insuline soit incapable de brûler son acide pyruvique et son glycérol, soit qu'il ne puisse les retransformer en glycogène, soit enfin que ces deux processus soient devenus l'un et l'autre impossibles.

L'action de l'insuline qui, chez le diabétique, fait baisser l'I.C.R. avec une grande facilité vient encore à l'appui de cette hypothèse.

Une telle interprétation des phénomènes expliquerait à la fois, dans le diabète, l'azoamylie, par incapacité de resynthèse du glycogène, la conservation du glycogène musculaire, par défaut d'utilisation des corps dérivant de sa dégradation : glycérol et acide pyruvique, enfin la formation de sucre à partir des acides aminés, l'acide pyruvique étant inutilisable.

Sans doute, cette théorie n'a que la valeur d'une hypothèse : encore présente-t-elle l'avantage de donner de tous les faits expérimentaux une explication plausible.

Jusqu'à présent toutes les théories examinées supposaient que l'insuline intervient en un point précis du métabolisme glucidique. Pour certains auteurs, au contraire, l'hormone pancréatique agirait sur l'ensemble du processus oxybiotique qui, parti du glycogène, aboutit à l'acide lactique.

De plus, l'énergie dégagée pendant cette partie du cycle permettrait l'action synthétique qui aboutit à la reconstitution du glycogène (Bissinger, Lesser et Jipf, Burn et Dale, etc.).

b) L'Insuline transforme-t-elle le glucose α et β en un sucre assimilable ?

Selon toutes les théories que nous venons d'envisager, l'insuline agirait sur la dégradation ou la synthèse des corps intermédiaires dans le métabolisme glucidique. Elle aurait un effet direct sur les processus de combustion glycosique. D'autres hypothèses supposent que l'hormone pancréatique polymérise le glucose en un sucre réactif, seul assimilable par l'organisme ; elle n'aurait ainsi qu'un effet préalable indirect sur la combustion glycosique.

La première théorie émise à cet égard fut celle de Winter et Smith pour qui l'insuline transformerait le glucose ordinaire α-β en glucose γ, seul utilisable par les tissus.

Winter et Smith constatent, en effet, que dans le sang diabétique le sucre se trouve sous la forme, non de glucose γ, mais de glucose α-β, non assimilable, ce qui explique l'hyperglycémie. De plus Slosse, Forest reconnaissent que l'insuline tend à faire réapparaître sous la forme γ le glucose du plasma diabétique.

Cette théorie séduisante ne tarda point pourtant à être sérieusement contredite. Elle tomba en désuétude, mais fut bientôt reprise, sous une forme différente, par Lunsgaard et Holboel.

Ces auteurs reconnaissent qu'en présence de tissu musculaire et d'insuline une solution de glucose α-β voit diminuer son pouvoir rotatoire par rapport au pouvoir réducteur, comme s'il apparaissait une variété nouvelle de glucose mal déterminée ou néo-glucose. Or, le sucre sanguin chez le sujet normal présente toutes les propriétés du néo-glucose ; chez le diabétique au contraire, les pouvoirs réducteur et rotatoire du glucose sanguin sont concordants, mais sous l'influence de l'insuline et du tissu musculaire, le second devient inférieur au premier, comme s'il se formait du néo-glucose.

L'hormone insulinienne associée à une cohormone d'origine musculaire aurait donc la propriété de transformer le glucose α et β en néo-glucose assimilable. La déficience de l'hormone entraînerait le diabète de type pancréatique, celle de la cohormone le diabète phoridzique.

Telle est la conception de Lunsgaard et Holboel. Elle donne de l'action de l'insuline et de la pathogénie du diabète des explications très acceptables. Il est un point toutefois sur lequel elle semble insuffisante : la manière dont elle rend compte de l'azoamylie diabétique. Celle-ci d'ailleurs reste mal expliquée par toutes les théories qui attribuent à l'insuline un pouvoir exclusif sur l'utilisation tissulaire du glucose.

c) L'Insuline agit-elle a la fois sur la glycogénopexie et l'utilisation du glucose ?

En vue d'expliquer l'azoamylie tout en respectant l'action catabolisante de l'insuline, certains auteurs revendiquent pour l'hormone pancréatique un double rôle, l'un de synthèse, aboutissant à la mise en réserve du glycogène, surtout dans le foie, l'autre de dégradation permettant la combustion tissulaire du glucose.

Ainsi pensent Aron, Cammidge, enfin Ambard, Schmidt et Arnovlye-Vitch, pour qui il existerait même dans l'insuline deux hormones différentes : l'une « à combustion », l'autre « à glycogène ».

d) Action sur les lipides ou sur le sucre protéidique

Pour Laufberger, les réserves donnant naissance au glucose ne seraient pas constituées par le glycogène, trop peu abondant dans l'organisme pour jouer ce rôle, mais par les graisses. Le rôle de l'insuline serait précisément de freiner la transformation des lipides en glucose et le trouble fondamental du diabète résiderait dans un excès de formation de sucre à partir des graisses.

Pour Geelmuyden, l'insuline permettrait, au contraire, la transformation du glucose en lipides. Cette transformation devenue impossible, l'hyperglycémie et le diabète s'ensuivraient.

Ces hypothèses sont ingénieuses, mais manquent d'arguments décisifs et réclament une révision.

Nous en terminons par la question du sucre sanguin protéidique. Le taux de celui-ci augmente sous l'action de l'insuline, tandis que la glycémie libre diminue : ce balancement a été démontré par Bierry, Rathery et Kourilsky, Nitzescu et Popescu, Inotesti.

Peut-on conclure de là que l'insuline transforme le sucre protéidique en sucre libre, ainsi que l'affirme Condorelli ? Il ne le semble pas : si, en effet, l'on suit pendant un temps suffisant l'action de l'insuline sur les deux glycémies, libre et protéidique, on constate que si, tout d'abord, elles varient en sens inverse, il arrive un moment où, tandis que la première continue à baisser, la seconde diminue elle aussi.

Ce fait contredit évidemment l'hypothèse de Condorelli.

Ainsi, de cette longue étude, nous pouvons tirer la conclusion que si le mode d'action de l'insuline dans le métabolisme glucidique reste obscur par certains points, il semble cependant certain que cette hormone intervient dans la glycogénopexie, d'une part, dans la combustion périphérique du glucose, d'autre part.

Il est plus difficile de fixer le mécanisme précis de l'action insulinienne : notre tentative à cet égard a peut-être le mérite d'avancer une hypothèse plausible, mais dont la démonstration rigoureuse n'est pas faite.

LIVRES NOUVEAUX

Traumatismes de l'oreille. Fractures du rocher, coups de feu de l'oreille, commotion labyrinthique, expertises en otologie, par J.-A. Ramadier, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de la Pitié, et R. Caussé, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris (1).

La question des traumatismes de l'oreille n'a pas reçu jusqu'à présent, en France du moins, toute l'attention qu'elle mérite. Les traités de chirurgie, aussi bien que ceux d'otologie, reproduisent des notions anciennes que les procédés d'exploration modernes ont singulièrement modifiées. C'est d'abord la radiographie, qui en multipliant les incidences a permis de mieux connaître ces fractures, dont les lésions anatomiques, ainsi d'ailleurs que l'expression clinique, sont si variables et parfois si discrètes. Ainsi le diagnostic acquiert une précision que ne peut donner aucun autre procédé d'investigation. On s'est rendu compte que la fréquence des fractures du rocher est en réalité beaucoup plus grande que le simple examen clinique ne permet de le supposer. Mais la notion la plus importante relative à ces fractures résulte de l'étude histo-pathologique de l'os pétreux : l'absence de consolidation osseuse dans nombre de cas, le danger permanent d'infection méningée même à plusieurs années de distance, en cas d'une otite discrète, sont des faits actuellement démontrés et que nul n'a le droit d'ignorer. Ces notions doivent inspirer la conduite du chirurgien en présence d'une fracture du rocher récente, aussi bien qu'en présence d'une otite chez un sujet que l'on sait avoir subi jadis une fracture.

Un autre aspect de la question des traumatismes de l'oreille est celui posé par les expertises. Celles-ci, en raison du caractère le plus souvent objectif des troubles invoqués, sont toujours délicates. C'est pourquoi les auteurs ont estimé qu'ils devaient traiter cette question d'une manière complète. Ils ont ainsi pensé rendre service aux médecins qui, si souvent, ont à expertiser des sourds ou des vertigineux.

(1) Un volume de 150 pages, avec 15 figures. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

QUELQUES ESSAIS CLINIQUES SUR UNE DROGUE D'ORIGINE GABONAISE

PAR MM.

M. POUMAILLOUX, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine, médecin assistant à l'hôpital Laënnec.

et

R. DE FRESQUET, chirurgien de l'hôpital d'Orsay.

L'essai clinique d'une drogue nouvelle sur les propriétés de laquelle on ne possède que les données imprécises qu'ont pu fournir des indigènes est toujours un problème délicat, quelque dithyrambiques qu'en soient les éloges rapportés par les premiers observateurs coloniaux. Dans les zones côtières et lacustres du Gabon où croissent plusieurs variétés de Tabernanthe (arbuste de la famille des Apocynacées) les indigènes en mastiquent la racine comme stimulant musculaire à petites doses et l'utilisent en décoction à doses élevées comme excitant cérébral et génésique .Ces faits déjà signalés autrefois par divers explorateurs ont été confirmés depuis lors par tous les médecins coloniaux qui ont séjourné dans la région.

Dans une communication récente (1), Lassablière, Uzan et Wurman ont fait connaître le résultat de leurs recherches cliniques et physiologiques sur l'extrait total des racines de Tabernanthe Manii et les résultats de nos premiers essais cliniques nous permettent d'une part de confirmer les propriétés stimulantes de cette nouvelle drogue et de l'autre d'ébaucher un bilan de ce qu'il paraît possible d'en attendre.

Nos sujets les uns en bonne santé apparente, les autres présentant des affections de natures très diverses ont été priés de mastiquer le plus lentement possible des comprimés contenant 0 g. 20 d'extrait total de Tabernanthe Manii. Dans les premiers essais un demi-comprimé seulement fut administré, plus tard les doses furent élevées jusqu'à deux et trois pris immédiatement l'un après l'autre.

L'action la plus constante est une sensation subjective d'euphorie avec accroissement de l'activité physique et psychique. Malheureusement ce sont là des phénomènes difficilement contrôlables par l'observateur impartial, et seule la répétition des dires des sujets isolés les uns des autres permet d'exclure une suggestion possible. Aussi avions-nous pris soin de ne donner aucun renseignement préalable sur l'action du produit aux malades à qui nous le faisions prendre, à ne jamais le donner à des voisins de lit et à alterner autant que possible entre une salle d'hommes et une salle de femmes. L'euphorie souvent précédée de phénomènes vasomoteurs de la face (alternation de pâleur et de rougeur) ou des mains (moiteur) apparaît toujours rapidement entre 1/4 d'heure et 3/4 d'heure après la prise, pour peu que le malade ait bien mâché le produit. Chez une malade convalescente d'une phlébite avec un membre inférieur partiellement ankylosé et fatiguée par son long séjour au lit la première administration de la drogue s'accompagna pendant plusieurs heures d'un état de gaité et d'excitation prononcé qui ne se reproduisit pas avec la même intensité les jours suivants. En même temps les sensations douloureuses déterminées par la moindre contraction musculaire dans la jambe malade disparurent pendant tout l'après-midi. L'euphorie est très variable en intensité d'un sujet à un autre ; cependant elle manque rarement totalement.

(1) Société de Médecine et d'Hygiène tropicales, 19 mai 1938.

Chez un homme d'une quarantaine d'années, aux organes génitaux infantiles, la drogue détermina une action psychique curieuse, le malade se plaignant le lendemain de s'être trouvé dans un état d'excitation anormale du fait de l'apparition d'images d'ordre sexuel qui ne pouvaient évidemment avoir de suites chez un tel sujet. De cette confidence rapprochons le fait que certains indigènes prétendent s'en servir comme aphrodisiaque mais que nos observations ne permettent pas de confirmer.

Chez un psychasthénique en proie à des idées obsédantes la prise journalière de deux comprimés pendant dix jours consécutifs lui a permis de mener une vie quasi normale pendant ces dix jours et une période consécutive équivalente. La même amélioration s'est renouvelée pendant les mois suivants dans les mêmes conditions.

Notons que l'état habituel d'euphorie a fait complètement défaut chez une malade âgée et présentant une bradycardie sinusale prononcée.

Certains sujets accusent une réaction d'ordre digestive, celle-ci est habituellement peu prononcée, à part quelques crampes gastriques, si la prise a lieu loin des repas. Si le repas suit de peu la prise, l'appétit paraît en être accru ; si la prise a lieu après les repas, surtout si celui-ci a été copieux ou accompagné de boissons alcooliques des malaises plus prononcés peuvent survenir, en particulier des nausées ou une véritable ébriété.

Nous avons cherché à mettre en évidence des modifications objectives à côté de ces phénomènes purement subjectifs. Certaines de nos constatations sont négatives ; nous croyons néanmoins utile de les rapporter, leur connaissance ne nous paraissant nullement sans utilité ; d'autres sont positives et des recherches ultérieures devront les compléter.

Nous nous sommes tout d'abord demandé si les phénomènes accusés par les malades pouvaient être sous la dépendance d'une action toni-cardiaque. Les modifications de la tension artérielle, quel que soit l'état antérieure de celle-ci, sont minimes et, en tout cas, jamais dans le sens d'une augmentation durable de la maxima. Dans quelques cas, celle-ci subit une ascension passagère de 1/2 ou de 1 cm. de mercure, mais par contre, presque toujours, aussi bien, et le fait mérite d'être souligné, chez les hypotendus, que chez les hypertendus, on constate un abaissement de 1 à 2 cm. de la maxima et de la minima persistant pendant 2 à 3 jours après la cessation de la prise de la drogue. Nous avons chez deux grands insuffisants ventriculaires gauches donné des comprimés, chez l'un concurremment à l'ouabaïne intraveineuse, chez l'autre sens. L'action toni-cardiaque s'est montrée aussi inexistante dans l'un et l'autre cas qu'une éventuelle action dépressive sur le myocarde. L'aspect des électrocardiogrammes est resté inchangé.

La diurèse s'est montrée plusieurs fois accrue dans des proportions du reste habituellement modérées.

Une des constatations les plus curieuses est l'augmentation des échanges respiratoires, telle qu'elle résulte des mesures du métabolisme de base faites par l'un de nous avec l'appareil de Plantefol. La plupart des mesures ont été faites, la première à jeûn la veille du commencement du traitement, la seconde 1/2 heure après la prise du premier comprimé, et les suivantes vers le 5e jour de la cure et plusieurs jours après la cessation du traitement ; la hausse étant de l'ordre de 10 à 30 %.

L'action « défatigante » rapportée par les observateurs des indigènes africains et confirmée par les expérimentateurs bien portants n'a pu être jusqu'ici objectivée d'une manière satisfaisante. Tout au plus peut-on déceler, avec un ergographe, un allongement de la phase d'excitation nerveuse.

Il serait difficile d'interpréter ces quelques constatations cliniques sans l'aide des premières recherches biologiques de MM. Lassablière, Uzan et Wurman. A leur lumière on peut penser que les différents effets observés ne sont pas dus à une action musculaire directe et que c'est probablement plus haut, directement ou par l'intermédiaire du milieu humoral sur les centres encéphaliques qu'agissent les principes du Tabernanthe Manii. Cette action est d'autant plus difficile à préciser pour l'instant qu'il semble que ces principes soient de nature complexe et qu'à côté d'un ou deux alcaloïdes il faille réserver une large place tout au moins à des glucosides et à des vitamines.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 27 JUIN 1938

Recherches sur l'activité optique des protéines sériques. — MM. Charles ACHARD, Augustin BOUTARIC et Mme Madeleine ROY.

Contribution à l'étude quantitative des variations d'excitabilité du centre respiratoire. — M. Albert CHAUCHARD, Mme Berthe CHAUCHARD et M. Paul CHAUCHARD.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 15 JUIN 1938

Deux cas de tétanos infantile traités par sérothérapie associée au Rectanol. — Rapport de M. L. BAZY sur ces deux observations de M. PETRIGNANI.

Dans le premier cas, le tétanos est survenu dix jours après une intervention chirurgicale sur le pied (double arthrodèse du pied).

La deuxième observation a trait à un enfant de 8 ans atteint de plaie du pied et qui fit un tétanos guéri par sérothérapie et Rectanol.

Petrignani a colligé 45 cas où cette association thérapeutique fut utilisée avec 53 % de succès. Il lui semble que l'anesthésie rectale donne un sommeil prolongé et presque normal très supérieur à celui obtenu par anesthésie par inhalation.

L'ostéosynthèse par plaque fixée par ligature métallique amovible dans les fractures des os de l'avant-bras. — Rapport de M. BOPPE sur ce travail de M. FIEVEZ.

A propos de ces 2 observations, le rapporteur précise les résultats des osthéosynthèses ; les résultats obtenus par les différents procédés (prothèse externe, etc.) semblent comparables.

A propos de la fermeture duodénale dans les gastrectomies. — M. BANZET rapporte ce procédé de MM. Chalochet et Maes qui utilisèrent la simple ligature du duodénum à la soie (16 gastrectomies).

M. Banzet dont l'expérience repose sur 200 gastrectomies utilise toujours le procédé d'enfouissement du moignon duodenal classique et craint que ce procédé simplifié n'apporte quelque ennui à leurs auteurs.

Un nouveau cas bourguignon d'Echinococcose alvéolaire. — Rapport de M. WILMOTH sur cette observation de MM. GRICOURROFF et AGRAU.

C'est le 19e cas d'échinococcose alvéolaire rencontré en France et M. Wilmoth résume les données actuelles sur l'étiologie et la répartition géographique de l'affection. Le centre bourguignon et jurassique semble faire tache d'huile en France et il importe de s'efforcer d'en faire le diagnostic.

Sarcome des parties molles de l'avant-bras. — M. BERGERET a observé chez un homme une tumeur de l'avant-bras ayant évolué depuis près de huit ans sans entraîner de manifestations fonctionnelles importantes. L'exérèse chirurgicale en est relativement facile sauf au voisinage du nerf radial à laquelle la tumeur adhère intimement. Il s'agit d'un sarcome présentant des aspects assez variés (éléments lymphoplastiques, conjonctifs, etc.). La localisation observée semble particulièrement exceptionnelle.

M. Oudard a observé un sarcome de la gaine des vaisseaux huméraux ayant nécessité la désarticulation de l'épaule. Pas de récidive depuis plusieurs années.

Un cas de volumineux adénome du foie. Guérison maintenue depuis 18 mois. — MM. CHIRAY, BROCQ, ALLOT et LAUTHIER ont observé cette tumeur solidaire du foie chez un homme jeune ; exérèse par voie para-ombilicale — hémostase et mèche. Suites opératoires troublées par un abcès du poumon. La pièce pesait 700 grammes. Histologiquement adénome malin du foie sans propagation vasculaire, ce qui laisse espérer que le pronostic éloigné sera favorable.

SÉANCE DU 22 JUIN 1938

A propos de l'extirpation du rectum par voie combinée. — M. CUNEO prend la parole au sujet de la communication de M. Bergeret et prend la défense de la conservation du sphincter. Il rappelle les conditions anatomiques de l'abaissement du sigmoïde ; la disposition des branches de l'artère mésentérique inférieure n'est pas uniforme et il y a lieu d'en tenir compte pour choisir le point de la section artérielle. Il semble que le déroulement de l'anse sigmoïde se fasse le mieux après la section haute des artères sigmoïdes. Il est entièrement d'accord sur l'utilité des deux temps.

M. FRUCHAUD croit qu'il faut limiter le 1er temps à des manœuvres minimes : exploration, section des artères sigmoïdes ; éviter tout décollement.

Le 2e temps sera fait au bistouri électrique et sera suivi d'une péritonisation très soigneuse faite par voie abdominale.

Traitement des syphilis osseuses par l'huile iodée. — M. Sorrel fait un rapport sur ce travail dû à M. Mariau (Bucarest).

Début de syndrome de Volkmann consécutif à une fracture supra-condylienne de l'humérus.— Rapport de M. Picot sur une observation de M. Aurousseau.

Il s'agit d'une enfant de 8 ans 1/2 qui fait une chute sur le coude ; tentative de réduction de la fracture, car un des fragments pointe sous la peau. Après échec de cette tentative, la malade est vue par l'auteur qui constate un début de syndrome de Volkmann. A l'intervention, l'artère humérale est tendue comme sur un chevalet, artériectomie ; le médian est infiltré de sang. Réduction. En 48 h., disparition de tous les troubles ; seule la paralysie du médian met quelques mois à régresser.

M. Picot estime que le rôle des lésions vasculaires dans la genèse du syndrome de Volkmann est indéniable et qu'en conséquence l'intervention directe sur les vaisseaux est parfaitement légitime ; les lésions nerveuses qui peuvent coexister évoluent ensuite pour leur propre compte.

M. Sorrel croit qu'il faut en effet intervenir dans tous ces cas où l'on pourrait craindre l'installation d'un syndrome de Volkmann. Dans cinq cas opérés par lui, l'évolution s'est toujours faite vers la guérison. La levée de l'obstacle osseux (même par simple réduction par manœuvres externes) peut suffire.

M. Leveuf croit qu'on ne saurait empêcher l'apparition d'un syndrome de Volkmann lorsque les lésions anatomiques qui conditionnent son apparition sont en voie de constitution.

Résultats anatomiques et fonctionnels donnés par la méthode des infiltrations novocaïniques avec mobilisation active immédiate dans une fracture de l'olécrane. — MM. Kunlin et Vassilavos. Rapport de M. Roux-Berger.

Un cas de luxation invétérée de l'épaule traité par les infiltrations péri-articulaires avec récupération fonctionnelle intégrale. — MM. Fontaine et Branger font d'abord une tentative de réduction sous anesthésie générale. Le traitement par injections de novocaïne améliore considérablement le malade.

M. P. Duval projette les photographies de malades atteints de fractures de l'olécrane et de la clavicule et qui présentaient une grande mobilité en l'absence de toute infiltration novocaïnique.

M. L. Michon estime que ces infiltrations faites même dans les entorses n'ont qu'une action : atténuer la douleur chez des sujets pusillanimes.

M. Roux-Berger croit que jamais M. Leriche n'a préconisé les injections novocaïniques en opposition avec les méthodes de réduction orthopédiques ou chirurgicales habituelles.

Transfusion de sang conservé utilisé aux armées. — M. Maisonnet rappelle l'état actuel de cette importante question, c'est dans les 8 premiers jours que le sang conserve toute sa valeur biologique, tandis qu'à partir du 20e jour il commence à se modifier.

MM. Jeanneney et Maisonnet montrent que la technique a été largement utilisée durant la guerre d'Espagne ; les donneurs sont recrutés parmi la population civile. Le sang transporté aux formations de l'avant peut être utilisé dès le poste de secours.

Présentation de pièces par M. Basset. Il s'agissait de calculs biliaires enlevés sous l'aponévrose du grand oblique d'une femme opérée plusieurs années auparavant d'une cholecystostomie pour cholecystite suppurée.

Présentation d'une bursite du feoas iliaque par M. Sénèque.

LE CONGRÈS DE COSMOBIOLOGIE

Le Ier Congrès International de Cosmobiologie s'est déroulé à Nice et sur la Côte d'Azur, du 2 au 7 juin. Rappelons que ce Congrès est l'œuvre de la Société Médicale de Climatologie et d'Hygiène du Littoral Méditerranéen, qui le préparait depuis plusieurs années, et du département spécial qu'elle avait créé sous le nom d' « Association pour l'Etude des Radiations solaires, terrestres et cosmiques », afin de permettre aux chercheurs, qui n'étaient pas médecins, de collaborer, par des observations et des expériences, à la recherche de l'action des forces de l'Univers sur la vie terrestre.

Le Congrès a démontré que les buts de la Société Médicale ont été atteints. Près de 500 adhérents ont fait la preuve de l'intérêt que suscitent les études qui étaient l'objet du Congrès. Parmi ces adhérents : le Prof. d'Arsonval, pour la partie radiologique, — M. Deslandres, pour la partie astronomique, — et M. A. Lumière, pour la partie biologique, — tous les trois Présidents d'honneur du Congrès. De hautes personnalités scientifiques avaient accepté d'être inscrites dans le Comité de patronage et dans le Comité de direction. Enfin, le Comité de réception, présidé par le Prof. Cornil, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, comprenait les principales personnalités du littoral méditerranéen.

Travaux du Congrès

Première Section : **Les périodes d'effervescence solaire et leur retentissement terrestre.**

M. Schaumasse exposa d'abord l'état actuel de nos connaissances concernant la couronne solaire, les protubérances et les taches. Le Dr Faure exposa ce qu'il a nommé « la Loi des séries », c'est-à-dire l'apparition en série des accidents terrestres, ce dont nul n'a contesté l'existence. Mais l'on ne savait comment expliquer ces séries, lorsque, en 1921, le Dr M. Faure, avec la collaboration de M. J. Vallot, fondateur de l'Observatoire Météorologique du Mont-Blanc et de G. Sardou, médecin météorologiste de Nice, put arriver à montrer que les séries d'accidents terrestres coïncidaient avec les périodes d'orages ou éruptions solaires.

Deuxième Section : **Le Spectre solaire lumineux et les autres radiations émises par le Soleil.**

M. Boutaric, professeur à la Faculté des Sciences de Dijon, a exposé l'ensemble de cette question, en étudiant l'origine et la mesure du rayonnement solaire, la cause atomique de l'émission de lumière et de chaleur par le Soleil, et ce que nous savons des autres radiations émises par cet astre. MM. Jausion, Saidman (Paris), Casabianca (Hyères) exposèrent les actions biologiques et pathologiques du rayonnement solaire. MM. J. H. Prins et Zuidhof (Wageningen, Hollande) étudièrent la radiation solaire à Wageningen. MM. Roffo (Buenos-Aires) et Gasquet (Nice) se préoccupèrent du rôle de la lumière solaire dans l'étiologie du cancer, maladies des cicatrices et de l'action de la lumière monochromatique sur la cholestérine de la peau. M. Menkès (Genève) étudia les effets des rayons infra-rouges, et Mme Troïtsky, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Moscou, ceux des rayons ultra-violets sur les tissus vivants. MM. M. Faure et L. Mercier indiquèrent l'émission d'ondes hertziennes par les éruptions solaires, et leur effet terrestre sur les appareils radiophoniques. MM. Merlin et Julien confirmèrent cette action et montrèrent qu'ainsi la marche des appareils radiophoniques peut intervenir dans la notation des climats. Enfin MM. Bertuzzi

(Venise) et Mercier (Paris) se préoccupèrent de l'action biologique et chimique de la lumière lunaire.

TROISIÈME SECTION : **Les rayons cosmiques, la haute atmosphère et le magnétisme terrestre. — La conductibilité électrique et l'ionisation de l'air.**

M. Boutaric et M. Faure ont exposé l'état actuel de nos connaissances sur les rayons cosmiques, et M. Déjardin, professeur de Physique générale à l'Université de Lyon, sur l'ozone atmosphérique. M. Dauzére, ancien directeur de l'Observatoire de Physique du Globe au Pic-du-Midi, a expliqué l'ionisation de l'air, et M. Mercier a indiqué ses sources. MM. Eugster et Keyser résumèrent les très belles études sur les rayons cosmiques, de MM. Hess, Heinz, Th. Graziadei, J. A. Priebsch et Baldauf, à l'Observatoire de l'Université d'Innsbrück. MM. Bertuzzi (Venise) ; Eugster (Zurich) ; M. Faure (Nice) ; Gutierrez (Milan) ; Lenzi et Muzzioli (Modène) ; Raimondo Jemma (Bielle) se préoccupèrent de l'effet biologique des rayons cosmiques et du champ magnétique ; M. Roffo (Buenos-Aires) et M. Vlès, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, comparèrent les résultats obtenus sur les enfants et les animaux soumis à l'électricité atmosphérique, avec ou sans connexion au sol. M. Sagols (Montpellier) indiqua le rapport probable de cette action avec le transformisme des espèces animales et végétales. M. Denier (La Tour du Pin, Isère) décrivit un appareil pour la mesure instantanée de l'ionisation, le résultat de ces mesures et leur relation avec les états pathologiques. M. Tchijevsky (Moscou) étudia aussi l'influence biologique de l'ionisation naturelle de l'air. M. Charbonneau (Barcelone) indiqua les variations de la différence du potentiel air-terre. M. Louvrier (Cannes) montra l'influence des actions électriques atmosphériques sur les variations du baromètre. M. Biancani étudia l'électricité atmosphérique dans son ensemble et M. Pech, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, les variations de la conductibilité électrique de l'air, selon les lieux. M. le Prof. Annes Dias (Rio-de-Janeiro) parla des rythmes de l'organisme et des rythmes de l'Univers. M. I. Giuliani (Tivoli) étudia l'influence des radiations célestes sur les corps organisés.

QUATRIÈME SECTION : **Relations biologiques et pathologiques de la météorologie. — Les micro-climats. — La radio-activité des roches et des eaux.**

Après les exposés généraux de MM. Cannegister, directeur de la Section de prévision aéronautique de l'Institut Royal Météorologique des Pays-Bas ; Mörikofer, directeur de l'Observatoire Météorologique de Davos (Suisse) ; et Mouriquand, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; MM. Jausion, Nègre et Giard indiquèrent le rythme équinoxal des mycoses ; Rappert, de la Clinique Chirurgicale de Vienne, parla de la chirurgie et du temps, et Daniel (Marseille) des infections chirurgicales saisonnières. Krapf (Buenos-Aires) parla du rythme saisonnier et de la fréquence des maladies mentales. Le Prof. Gunzburg (Anvers) montra l'influence de l'humidité et de l'état atmosphérique sur les maladies. Le Dr Carles (Paris) signala les influences météoriques et cosmiques sur l'organisme humain. Le Dr Casabianca (Hyères) parla des états morbides en relations avec la météorologie. Le Dr Courtois (Saint-Germain-en-Laye) indiqua l'action des phénomènes météorologiques sur les fonctions sexuelles des femmes. M. Huttl, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Debrecen (Hongrie), signala 300 morts subites par embolie post-opératoire, en relation avec des phénomènes météorologiques. M. Baccino (Paris), du Laboratoire de Physiologie générale de la Faculté des Sciences, montra l'action de la température sur la croissance des jeunes mammifères. Labignette, chef de Laboratoire de la Maternité à l'Hôpital Boucicaut (Paris), parla de l'influence de certains états atmosphériques sur les nerveux. M. L. B. de Viveiros (Rio de Janeiro) rechercha l'influence du milieu ambiant sur le métabolisme. MM. Dauzére et Delclaux de Péret parlèrent de la radio-activité des roches, de ses relations avec les chutes de grêle et de foudre, ainsi que de son action thérapeutique. MM. Cauvy (La Malou), Gasquet (Nice), Desbrières (Marseille), Macek et Zeilinger (Innsbrück) parlèrent de l'émission de radon. M. Pasquale Salvatore (Pacentro, Italie) parla de l'action tonique du sol. M. Desogus montra les relations géologiques du goître en Sardaigne. M. Félix Régnault compara les populations des pays calcaires avec celles des pays granitiques. M. Mengel (Perpignan) exposa la morphologie et la glyptogenèse des eaux minérales. M. Muller (Zurich), Pellet (Marrakech) et Tacquin (Safi) ont cité des observations remarquables d'électricité tellurique. M. Jules Regnault (Toulon) montra des appareils permettant de percevoir aisément les différences des radiations du sol, des habitations et des corps vivants, et exposa les recherches de MM. Larvaron et da Vita.

*
**

Lors de la dernière séance du Congrès, présidée par M. James Pointe, doyen d'âge, le lundi 6 juin, une Association Internationale de Cosmobiologie a été constituée, pour continuer l'œuvre entreprise par l'Association pour l'Etude des Radiations solaires, terrestres et cosmiques. Sur la proposition de M. Cannegister, l'Association Internationale de Cosmobiologie travaillera en liaison avec l'Association Météorologique Internationale, dont il est le secrétaire général. Le Prof. Linke, président de la Section médicale de l'Association météorologique, est chargé de rechercher les meilleurs moyens d'établir cette liaison.

L'Association Internationale de Cosmobiologie aura des Comités dans chaque nation, et un secrétariat général permanent à Nice, 24, rue Verdi. Les premières Assemblées générales de l'Association seront tenues à La Malou en septembre prochain et à San Remo durant l'hiver 1938-39, sous la présidence du Prof. Sabatini (Gênes). Le Second Congrès International sera tenu à New-York, durant l'été 1939, sur l'invitation reçue de l' « American Society of Biophysica and Cosmobiology », récemment créée par le Dr Barail dans cette ville, en liaison avec l'Association Internationale de Cosmobiologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de diagnostic chirurgical, publié sous la direction de Ch. LENORMANT, par Ch. Lenormant, G. Ménégaux, J. Patel, J. Sénèque, P. Wilmoth. Ouvrage complet en 4 volumes.

Tome I : Généralités, tête et cou, par Ch. LENORMANT, J. SÉNÈQUE et P. WILMOTH. Un volume de 764 pages avec 196 figures. Prix : broché, 80 fr.; cartonné, 105 fr.

Tome II : thorax, sein, paroi abdominale, organes génitaux externes, par J. PATEL. Un volume de 490 pages avec 138 figures. Prix : broché, 50 fr.; cartonné, 70 fr.

Tome III : abdomen et pelvis, par G. MÉNÉGAUX. Un volume de 964 pages avec 212 figures. Prix : broché, 100 fr.; cartonné, 125 fr.

Tome IV : membres, par J. SÉNÈQUE. Un volume de 630 pages avec 168 figures. Prix : broché, 70 fr.; cartonné, 90 francs.

Chez Masson et Cie, éditeurs. 1937.

Radiothérapie gynécologique, curie et roentgenthérapie, par R. MATHEY-CORNAT. Un volume de 370 pages avec 81 figures. Prix : 60 francs. Chez Masson et Cie, Paris (6e) 1936.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA RESPONSABILITÉ DES CHIRURGIENS EN MATIÈRE DE SOINS POST-OPÉRATOIRES

La Cour d'appel de Bourges vient, en un arrêt du 2 février 1938 (v. *Gaz. Pal.* 30 avr. 1938), de statuer, à l'occasion d'une faute commise par une infirmière attachée à une clinique, sur la responsabilité des chirurgiens en matière de soins post-opératoires.

Cette décision est, croyons-nous, la première publiée en la matière et mérite de retenir l'attention alors que des situations de fait, analogues à celle de l'espèce sur laquelle la Cour a été appelée à se prononcer, semblent susceptibles malheureusement d'être soumises fréquemment à l'appréciation des tribunaux.

Voici les circonstances de la cause : une malade venait d'être l'objet de la part d'un chirurgien opérant d'une manière habituelle dans une clinique privée d'une intervention et se trouvait encore en état de sommeil post-opératoire lorsqu'il lui fut fait application entre les jambes, par les soins d'une infirmière attachée à l'établissement, d'une bouillotte d'eau portée à une température excessive. Cette application détermina de très sérieuses brûlures et la malade décida de demander réparation du grave préjudice qui résulta de celles-ci.

A cette fin, elle introduisit une demande en dommages-intérêts tant contre le chirurgien que contre la clinique elle-même.

La Cour de Bourges a retenu la responsabilité du chirurgien, déjà admise par le tribunal civil de Cosne dans le jugement entrepris. Toutefois, la juridiction d'appel a fondé sa décision sur des principes juridiques différents de ceux dont les premiers juges avaient fait application.

Le tribunal de Cosne avait, en effet, estimé que le chirurgien devait être tenu pour responsable en tant que gardien de la chose par application de l'art. 1384 parag. 1 C. civ.

La Cour a écarté cette argumentation juridique en déclarant qu'en « l'état actuel de la jurisprudence », la responsabilité d'un chirurgien ne pouvait résulter du fait des choses qu'il a sous sa garde.

Cette appréciation ne nous paraît pas à l'abri de toute critique, alors qu'en l'espèce la « chose » était une bouillotte et non un instrument utilisé par le chirurgien pour l'exercice de son art.

Quoi qu'il en soit, l'arrêt a estimé que la responsabilité du chirurgien résultait de deux autres dispositions législatives.

Tout d'abord, la Cour a posé en principe « que la surveillance, qui doit être exercée par un praticien sur une personne qu'il vient d'opérer, doit s'étendre à la période de temps particulièrement délicate comprise entre la fin de l'opération et le réveil du malade, qui s'est trouvé jusque-là sous l'influence d'un narcotique », et elle a ajouté « que, s'il est d'habitude courante que les praticiens se reposent sur leurs infirmières pour les soins post-opératoires, ils ne peuvent agir ainsi qu'à leurs risques et périls, le malade devant toujours rester sous leur surveillance personnelle attentive et prolongée ».

Elle en a déduit que le chirurgien recherché, en ne surveillant pas personnellement l'application de la bouillotte faite à la malade à un moment où son organisme endormi ne pouvait se défendre, avait commis une imprudence et une négligence constitutives d'une faute pouvant donner ouverture, en vertu de l'art. 1382, à des dommages-intérêts.

En second lieu, la Cour, après avoir écarté, comme les premiers juges, la responsabilité de la clinique en tant que commettant de l'infirmière, a déclaré que celle-ci se trouvait sous les ordres du chirurgien dont elle était en conséquence la préposée et était en cette qualité placée, notamment pour les soins post-opératoires, sous l'autorité et le contrôle de ce praticien.

La Cour a ainsi admis — sans toutefois en faire le motif de la condamnation par elle prononcée — que la responsabilité du chirurgien se trouvait engagée à l'exclusion de celle de la clinique en tant que ce praticien était le commettant de l'infirmière.

Cette décision, en tant qu'elle a fondé la responsabilité du chirurgien sur les dispositions de l'art. 1382 relatives à la faute quasi-délictuelle, est incontestablement en contradiction avec la jurisprudence de la Cour de cassation.

Nous avons indiqué dans une précédente note (V. *Gaz. des Hôpitaux*, 16 sept. 1936, p. 1289) que la Cour suprême admet l'existence d'une véritable convention entre le médecin et son client et qu'en conséquence elle considère la responsabilité médicale comme étant d'ordre contractuel et non d'ordre quasi-délictuel.

Sans doute, les particularités du contrat médical conduisent-elles à laisser à la charge du malade l'obligation de rapporter la preuve de la faute du médecin, tout comme si l'on se trouvait en matière quasi-délictuelle.

Il n'en demeure pas moins que la Cour de Bourges paraît avoir fait, au regard de la jurisprudence de la Cour de Cassation, une fausse application de l'art. 1382.

Notons cependant que, si la Cour de Bourges semble avoir motivé inexactement en droit sa décision, elle eût pu prononcer une condamnation identique tout en se conformant aux principes de la jurisprudence de la Cour suprême puisqu'en fait elle avait considéré la faute professionnelle du chirurgien comme établie.

Quant à la responsabilité du chirurgien en tant que commettant de l'infirmière, elle paraît avoir été à juste titre admise, étant donné les circonstances de la cause. Il échet, toutefois, de remarquer que les simples infirmières se trouveront rarement placées vis-à-vis du chirurgien dans une situation telle qu'elles seront unies à celui-ci par les liens de préposé à commettant.

Il n'y a donc pas lieu de considérer que la décision étudiée comporte une aggravation dans l'appréciation de la responsabilité des membres du corps médical, auxquels les tribunaux continuent à demander de donner seulement « des soins conformes à la conscience et à la science médicale ».

Claude Nattan-Larrier,
docteur en droit,
avocat à la Cour.

Les anémies pernicieuses. Contribution à leur traitement par un extrait opothérapique en ampoules buvables ; combinaison des méthodes de Whipple et de Castle, par le docteur Bernard Mouras. In-8° de 83 pages, de l'Imprimerie Fano-Emonet, 16, rue du Grand-Prieuré, Paris (11e).

Physiologie de l'écriture cursive, par le docteur Callewaert. Un volume in-8° de 123 pages, avec 56 figures groupant des croquis de U. Wernaers, des photogravures extraites de films, des reproductions d'écritures. A l'Edition universelle S. A., 53, rue Royale, Bruxelles.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 8 juillet. — Jury : MM. Clerc, président ; Robert Débré, Lemiere, Sézary. — M. DIEUZAIDE. Contribution à l'étude clinique du phényléthylbarbiturate de brucine. — M. OLIVIER. Corps étrangers permanents du cœur. Projectiles d'armes à feu. — M. PERROT. Les formes diffuses des métastases cancéreuses ostéomédullaires et leurs manifestations hématologiques. — M. ARDELEANU. Contribution à l'étude des angines survenues chez les porteurs de bacille diphtérique. — M. STEIGER. Recherches sur une réaction de floculation à la gonacrine. — Mlle WETZEL. Contribution à l'étude des purpuras de l'enfance.

— Jury : MM. Fiessinger, président ; Loeper, Strohl, Troisier. — M. GAULTIER. Contribution à l'étude des accidents nerveux du saturnisme d'origine hydrique. — M. BALBUS. Les méningites bénignes à liquide clair. Aspects cliniques. — M. HREENSCHMIDT. L'histamine et la tyramine au cours des pneumopathies tuberculeuses et non tuberculeuses. — M. JULLICH. Sur un cas de tuberculose de la glande parotide. — M. SALEZBERGER. La fièvre au cours de néphrose lipoïdique. — M. TORAVEL. La pluralité des facteurs pathogéniques dans les ulcérations gastriques. — M. DRAMAZ. Etude des méthodes radiotomiques. Leur valeur dans l'exploration du poumon. — Mlle NEUMANN-FILIPPI. Utilisation de la chloralose comme hypnotique chez l'homme.

Samedi 9 juillet. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaitre, Hovelacque, Verne. — M. BARONNET. Contribution à l'étude des complications digestives du purpura. « L'invagination intestinale ». — M. VAIDIE. Contribution sur l'entité anatomique, pathologique et thérapeutique du typholarynx. — M. VIGNERON. Contribution à l'étude acoumétrique de l'otospongiose (à forme classique). — Mme COURRIER-CHAPUT. Les pertes de substances mandibulaires chez l'enfant. Traitement préventif des séquelles. — Mme KUNTZ. Contribution à l'étude clinique des stigmates dystrophoriques dentaires. — Mme JACOWSKI. Traitement des infections pulpaires et périapicales par l'ozone et les ozonides terpéniques.

— Jury : MM. Gougerot, président ; Bariéty, Gastinel, Hazard. — M. COLLARD. Etude de quelques radiodermites survenues à l'occasion de traitements dermatologiques. — M. CORREAL. Contribution à l'étude du biotropisme indirect cutané de la chimiothérapie. — M. KHORASSANI. Les troubles du système pileux et glandes endocrines. — M. MALBRAN. Les éruptions consécutives à l'emploi des vaccins médicamenteux. — M. TAAR BEN SOLTANE. Essai sur la vaccinothérapie par les mycotoxines. — Mme TEZERNICKI. L'ulcération spontanée des hémangiomes (évolution et traitement). — Mme SAPIRO. Réactions thermiques au cours du traitement arsenical. — Mme ROZEN. Notions statistiques sur le chancre mou.

Lundi 11 juillet. — Jury : MM. Abrami, président ; Baudouin, Crouzon, Lardennois. — M. BASSIR. Généralités sur la pyrétothérapie et sur son application dans le traitement des affections gonococciques. — M. GUEDJ. Traitement par l'acide succinique de l'acidose diabétique. — Mlle KRITCHEVSKY. Contribution à l'étude comparative du pouvoir antiseptique du ricinoléate et du sulforicinate de sodium.

— Jury : MM. Fiessinger, président ; Grégoire, Loeper, Heitz-Boyer. — M. KAZMIEREZAK. Contribution à l'étude de l'angiomatose hémorragique familiale (maladie de Rendu-Osler). — M. ZÉHENI. Contribution à l'étude du mode d'action toxique et thérapeutique de certains venins. — Mlle LACHAMPT. Essais de décarboxylation de deux acides aminés par le bacille typhique.

Mardi 12 juillet. — Jury : MM. Tiffeneau, président ; Cunéo, Pierre Duval, Mlle Lévy. — M. GAUTREAU. Contribution à l'étude des invaginations par diverticule de Meckel et leur traitement. — M. THOMAS. Traitement des entorses et des séquelles des contusions articulaires par les injections locales d'une solution anesthésique sulfo-iodée. — M. GAUDRON. Le traitement des brûlures par les courants exponentiels de basse fréquence de Pierre Le Go. — M. MASIUS. Le métabolisme de l'acide lactique dans le monde animal.

— Jury : MM. Balthazard, président ; Claude, Tanon, Piedelièvre. — M. GAYRARD. Les zones faiblement ossifiées des pariétaux. — M. POZZI. Les maladies professionnelles des arco-soudeurs. — M. PERRIN. La responsabilité pénale des toxicomanes. — M. MANSOURI. Conception actuelle de la prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant. — Mlle FUSET. Du saturnisme par les eaux potables dans la ville de Rennes. — Mlle LE MAIGNANT DE KÉRANGAT. Recherches sur l'hygiène infantile dans le département d'Ille-et-Vilaine.

— Jury : MM. Leroux, président ; Nobécourt, Terrien, Halphen. — M. HUGUENY. Kystes de l'épididyme et lésions épididymaires concomitantes. — M. NESPOULOUS. Contribution à l'étude des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires de la muqueuse palatine. — M. CARPENTIER. Contribution à l'étude de l'oxygénothérapie par la tente à oxygène dans le traitement des broncho-pneumonies de l'enfant. — M. DEVERNOIS. Pronostic et traitement des méningites septiques otogènes par le para-amino-phényl-sulfamide (1162 F.).

— Jury : MM. Bezançon, président ; Polonovski, Rathery, Mouquin. — Mlle LITICHEVSKY. Contribution à l'étude de la fibrosité. — Mlle SCHMIDT. Contribution à l'étude de l'hélénine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. MONTEAU. Signification pronostique favorable des densifications pulmonaires post-pleurétiques de la région claviculaire. — M. FETHKE. La constitution clinique des substances lipoïdiques du bacille tuberculeux et ses rapports avec l'infection bacillaire.

Lundi 11 juillet. (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Vergé. — M. MOHTADI. La suppuration du poumon.

Mardi 12 juillet. — Jury : MM. Tanon, président ; Maignon, Panisset. — M. BALAY. De la désinfection. Ses applications dans la lutte contre les maladies infectieuses animales.

L'Infirmière hospitalière, guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale, Bordeaux. 2 volumes avec figures. Tome I : organisation de la profession d'infirmière ; soins généraux aux malades ; médecine. Prix : 32 fr. Chez J.-B. Baillière et Fils, Paris (6e). 1938.

Les spasmes de la face et leur traitement, par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. Un volume de 88 pages. Prix : 12 fr. Chez Masson et Cie, Paris.

La ponction de la rate, par P.-Emile VEIL, P. ISCH-WALL et Suzanne PERLÈS. Un volume de 138 pages avec 124 figures. Prix : 32 fr. Chez Masson et Cie, Paris.

Gestes et procédés techniques de chirurgie générale, par Jean BERGER. Un volume de 138 pages avec 124 figures. Prix : 32 fr. Chez Masson et Cie, Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

DERMATOSES INFANTILES SAISONNIÈRES ET SENSIBILISATION

Chaque jour apporte de nouveaux arguments à la théorie de la sensibilisation dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses infantiles et les fait considérer davantage comme largement apparentées aux réactions bien connues de l'anaphylaxie.

L'approche de la saison estivale constitue un facteur important de dérèglement du système neuro-végétatif, né à la faveur d'une insuffisance hépatique passagère ou d'infections latentes du tube digestif (constipation, intoxications alimentaires) qui en sont fréquemment la cause ou la conséquence.

L'aboutissement en est très fréquemment, chez l'enfant, l'apparition de manifestations cutanées les plus variées : eczémas, urticaires, strophulus, dermites toxi-alimentaires, prurigo, prurits... dont le caractère tenace et récidivant réclame une thérapeutique appropriée et efficace.

L'Euphoryl Infantile, spécialement créé pour le traitement de telles manifestations, se propose un triple but :

— Désinfection intestinale et lutte contre la constipation ou les diarrhées toxiques saisonnières.

— Stimulation de l'activité hépatique.

— Désensibilisation progressive de l'organisme aux éléments déchaînants.

Présenté sous forme d'un granulé soluble, de goût très agréable, et par là même très aisément accepté par les enfants les plus jeunes, la posologie peut se résumer ainsi :

Une cuillerée à café par jour et par année d'âge.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE POITRINE (1)

— Cette notion, d'acquisition récente, qui fait isoler un syndrome d'angor pur coronarien, trouve sa justification dans l'expression clinique de l'*obstruction coronaire*, vérifiable anatomiquement, et qui réalise en clinique le tableau de l'*infarctus du myocarde.*

Dans ses formes les plus typiques, il réalise *un syndrome angineux hyperalgique*, dont les signes essentiels sont :

Les caractères de la douleur : acuité particulièrement intense ; durée particulièrement prolongée, évoluant par paroxysmes atroces.

— Un véritable *état de mal angineux ;*

— Rebelle à toute médication.

— *Accompagnée :* de dyspnée.

Surtout : *d'un état de shock impressionnant*, avec un signe majeur : l'*effondrement de la tension artérielle.*

Par ailleurs : de la fièvre, 38-38°5, constante.

Des troubles du rythme : tachycardie à 100-120, extrasystoles ventriculaires.

Des manifestations gastro-intestinales : épigastralgie et vomissements, pouvant être au premier plan du tableau clinique.

Et *enfin : un frottement péricardique* localisé, inconstant et fugace.

Mais, pour Donzelot, pathognomonique de l'infarctus.

Les modifications électrocardiographiques sont constantes :

1° *Au début :* grande onde monophasique branchée sur le versant descendant de R ou ascendant de S.

2° *Dans une deuxième phase :* le signe majeur est pathognomonique : *l'onde de Pardee*, avec T en général inversé.

Si *le malade survit*, cette inversion persiste en plusieurs dérivations.

— Tous ces caractères hautement différenciés justifient l'isolement de l'*Angor coronarien pur.*

Mais ils incitent aussi à rechercher, dans tout syndrome angineux, *derrière l'étiologie apparente*, la cause profonde qui semble bien être, dans la majorité des cas, le trouble de la circulation coronaire.

— L'importance de cette recherche est accrue du fait du *problème pronostique* que pose toute crise d'ango et dont nous allons maintenant étudier les éléments.

PRONOSTIC

1° Nous mettrons à part le pronostic de l'état de mal angineux de l'infarctus myocardique :

— Extrêmement grave dans tous les cas.

— La mort survient parfois dès la première heure, ou le premier jour. Jusqu'au 20e jour, elle est à craindre.

— *Exceptionnels* d'ailleurs, sont les cas de guérison apparente, du reste, puisqu'il faut toujours redouter l'anévrysme pariétal du cœur ou la rupture du cœur.

Hormis ce cas spécial :

2° Le pronostic en soi d'un syndrome angineux, *quelle qu'en soit la cause*, est un des problèmes les plus délicats de la pathologie cardiaque, et cette difficulté se résume dans l'impossibilité où l'on est de *prévoir l'évolution de la crise.*

En effet, quel que soit le traitement institué de toute urgence : repos absolu, nitrite d'amyle en inhalations, trinitrine, morphine, associés à la saignée, l'ouabaïne si I.V.G.

Il faut bien souligner ce fait que :

1° D'une part : *toute crise d'Angor, si peu intense soit-elle, peut se terminer par une mort brutale ;*

2° D'autre part : *toute angine, même nettement organique, est susceptible de longues rémissions qui équivalent à une guérison.*

C'est assez dire combien il faut se montrer réservé dans l'appréciation d'un tel pronostic.

L'évolution fatale est généralement foudroyante dans l'angor d'effort ; est rapide dans l'angor de décubitus, se faisant par syncope ou O. A. P.

En dehors des crises, le pronostic devrait être régi par *l'évolution du syndrome*, mais, dans la majorité des cas, il semble que cette évolution soit indépendante, et de *la cause du syndrome* et du *terrain* sur lequel il évolue.

Un fait cependant émerge : *la notion de poussées*, et il semble que, toutes choses égales d'ailleurs, leur répétition aggrave leur pronostic, étant bien entendu que l'alternance d'une crise typique et d'une crise fruste n'atténue en rien la gravité immédiate de celle-ci.

Toutes ces réserves faites, on peut cependant le baser, dans une certaine mesure :

Sur l'âge : il est plus grave chez les sujets jeunes ;

Sur le sexe : plus grave chez l'homme, malgré le tableau impressionnant que la crise revêt chez la femme ;

Sur la cause : encore que l'absence de cause cliniquement décelable semble être relativement plus grave ;

Sur le facteur héréditaire : exemples classiques de crises fatales vers le même âge chez les membres d'une même famille.

En conclusion. — Pronostic très sombre. Toujours extrêmement difficile à porter, en se souvenant que, toutefois : le caractère organique, la survenue à l'effort, le caractère progressif d'une crise d'angor sont toujours des éléments fâcheux.

G. LE SUEUR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 52, du 29 juin p. 858 ; n° 54, du 6 juillet, p. 890 ; n° 56, du 13 juillet, p. 922.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 59. — SAMEDI 23 JUILLET 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — *Travaux pratiques de Chimie.* — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie aura lieu à dater du *lundi 3 octobre* 1938.

A cette série pourront s'inscrire : 1° les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque (1re et 2e années).

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens de fin d'année. Droits d'inscription : 150 fr. S'inscrire au Secrétariat (guichet 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 h. à 16 h.

Nota. — Cette série n'aura lieu que si le nombre des étudiants est suffisant.

M. Pierre Duval, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est promu, à compter du 1er octobre 1938, à la classe exceptionnelle.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le professeur Jean Lépine a été renouvelé dans ses fonctions de doyen pour trois ans.

Faculté de médecine de Lille. — M. le professeur Lambret, professeur de 1re classe, est promu à la classe exceptionnelle.

Légion d'honneur. — GUERRE (*réserve*). — *Commandeur* : le médecin général Uzac ; le médecin colonel George et le médecin lieutenant-colonel Baumgartner.

Distinctions honorifiques. — *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Aubertin (Bordeaux) ; Augier (Paris) ; Benoit (Strasbourg) ; Chambon (Lyon) ; Coquoin (Paris) ; Franquet (Reims) ; Galliard (Hanoï) ; prof. Gernez (Lille) ; prof. de Grailly (Bordeaux) ; Mme Joliot-Curie (Paris) ; prof. Josserand (Lyon) ; prof. Kuhn (Dijon) ; prof. Morenas (Lyon) ; prof. Puech (Montpellier) ; Roux (P. J. C.), Paris ; Saby (Lyon) ; prof. Toullec (Hanoï).

Officiers d'Académie. — MM. le prof. Bodart (Nancy) ; prof. Bondet de la Bernardie (Toulon) ; prof. Bonnet (Tr. Col. Marseille) ; prof. Bugnard (Toulouse) ; Cachera (Paris) ; prof. Calvet (Toulouse) ; prof. Carrot (Val-de-Grâce) ; Cesari (Hanoï) ; Chalnot (Nancy) ; Clavel (Lyon) ; Coudane (Val-de-Grâce) ; prof. Cousin (Hanoï) ; Daleas (Hanoï) ; prof. Dessaint (Rouen) ; Doubrow (Paris) ; Dubau (Val-de-Grâce) ; prof. Etienne (Tours) ; Fauré (Versailles) ; Foucault (Poitiers) ; prof. Fournials (Tr. Col. Marseille) ; prof. Germain (Clermont-Ferrand) ; Gomet (Besançon) ; Gros (Alger) ; prof. Guérin (Amiens) ; prof. Hamon (Val-de-Grâce); prof. Huard (Hanoï) ; prof. Jousseaume (Rouen) ; prof. Labbé (Rennes) ; prof. Lasserre (Toulouse) ; prof. Laux (Montpellier) ; Lemaistre (Lyon) ; Lembrez (Toulon) ; prof. supp. Leulier (Reims) ; Marchand (Lille) ; prof. Massias (Hanoï) ; Mathieu (Clermont-Ferrand) ; Mlle Mathou (Toulouse) ; prof. Navarre (Caen) ; Nevot (Paris) ; prof. supp. Paris (Amiens) ; prof. Pichon (Amiens) ; prof. supp. Poinsot (Reims) ; Quantin (Dijon) ; Rangier (Paris) ; prof. agr. Reiss (Strasbourg) ; Rivoalen (Tr. Col. Marseille) ; prof. Roques (Tr. Col. Marseille) ; prof. Roy (Tours) ; Swyngedauw (Lille) ; Thomas (Toulouse) ; Tamuset (Reims) ; Vergnory (Lyon) ; Vu-Dinh-Tung (Hanoï) ; prof. agr. Waitz (Strasbourg) ; Weill (P. B. Paris) ; Winckler (Strasbourg).

Médaille d'honneur des épidémies. — *Argent* : MM. les docteurs Bardon (Rabat) ; Besse (Casablanca) ; Brévière (Taoudant) ; Brochard (Cherbourg) ; Champault (Vincennes) ; Delrieu (Ben-Amed) ; Doré (Cherbourg); Duthu (Marrakech) ; Faguet (Paris) ; Fougères (Rennes) ; Grimaud

(Nancy) ; Larret (Settat) ; Le Disez (Marrakech) ; Martin (Tarjicht) ; Popoff (Rabat).

M. Delzant, interne des hôpitaux (Paris) ; M. Raynaud, interne des hôpitaux (Marseille) ; MM. Gauthier, Matron, Molimard, externes des hôpitaux (Paris).

Bronze : MM. les docteurs Baudry (Fontaine) ; Blum (Nancy) ; Cremet (Nantes) ; Fresquet (Tourlaville) ; Lannes (Cherbourg) ; Magnien (Paris).

MM. les internes Bonneau (Marseille) ; Mme Cans (Paris) ; Mlle Charton (Lyon) ; Deguillaume (Paris) ; Linquette (Lille).

MM. les externes Liénard, Noël, Rognon (Paris) ; Thévenin (Limoges) ; M. Miller, étudiant (Marseille).

Guerre. — RÉSERVE. — Sont promus au grade de *médecin colonel :* MM. Brionval, Reym, Dabat, Darthenay et Royer.

Au grade de *médecin lieutenant-colonel :* MM. Guth, Chauliac, Trabaud, Morisot, Serr, Minguet, Hautant, Vincent (Clovis), Ramond (Louis), Pellissier, Crozet, Gauthier, Aulong, Abel.

Au grade de *médecin commandant :* MM. Duru, Tricoire, Canac, Boyer, Vachez, Dapot, Rome, Mosse, Peyrache, Herpin, Pacaut, Escalier, Gaehlinger, Eyssautier, Gérard, Valade, Covette, Poissonnier, Rousseau (Pierre), Cassard, Joly, Audy, Lauze, Seulliet, Bertrand, Solirène, Darrasse, Gantier, Saint-Paul, Lévy (A. J. M.), Salin, Mansillon, Canton, Chabrol (H. J.), Bessière, Bachy, Andrieu, Chassard, Chenu, Commes, Rihovey, Aillet, Teyssier, Chabert, Lapeyre, Bilhaut, Denave, Rivet, Ray, Huard, Demonfaucon, Travail, Malafosse, Zislin, (J. J.), Pouget, Chabrol (J. B. R.), Astruc, Lombard, Lelongt, Bonnin, François, Fourdinier, Courtieu, Palafer, Renard, Crozes.

Le *Journal officiel* du 13 juillet publie également une longue liste de médecins promus au grade de médecin capitaine.

Bourses familiales du corps médical. (Fondation de M. le docteur Roussel). — Le 4 juillet s'est réuni le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France, par le docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille.

44 demandes ont été examinées. Parmi les bénéficiaires, figure un confrère qui, interné, est père de 9 enfants de 15 ans à 18 mois ; un autre, qui a de très petites ressources, a 5 enfants, dont l'aîné a 18 ans. Quant aux veuves, l'une vient de perdre son mari (43 ans), restant avec 9 enfants (aîné 13 ans) et un autre à naître. Une autre veuve reste avec 12 orphelins, de 19 à 2 ans, avec seulement 15.000 francs de ressources. Enfin, 5 enfants dont l'aîné est âgé de 15 ans, sont à la charge d'une veuve de 37 ans, avec 8.000 fr. de revenus.

Le jury d'attribution était composé de Mme Jayle, de la Société de Femmes et Enfants de Médecins ; M. le docteur Roussel, fondateur ; MM. Darras, Foveau de Courmelles, Lutaud, Bongrand, Noir, de l'Association générale des médecins de France ; M. Vimont, de la Mutualité familiale du corps médical français ; M. Gallois, de l'Association des médecins de la Seine ; M. Georges Labey, de Médecine et Famille. M. Chapon, président de l'A. G., appelé en province, s'était excusé de ne pouvoir présider la séance.

Médecin des dispensaires anti-tuberculeux de la ville de Bordeaux. — Un concours sur titres est ouvert à Bordeaux pour la nomination d'un médecin des dispensaires anti-tuberculeux de la ville.

Ce praticien est chargé des examens cliniques bactériologique et radiologique des sujets tuberculeux ou suspects de tuberculose qui sont adressés aux dispensaires municipaux par leur médecin traitant, ou qui s'y présentent spontanément.

La nomination prendra effet à partir du 1er octobre 1938.

Les demandes seront reçues du 1er au 31 juillet, au Bureau municipal d'hygiène (hôtel de ville), où toutes indications complémentaires seront fournies aux intéressés tous les jours, de 10 heures à midi.

Le Comité international de la Lumière se réunira à Davos, les 29 et 30 juillet prochain, sous la présidence ordinaire du professeur agrégé Jausion, et sous la présidence exceptionnelle du docteur Morikofer, directeur de l'Observatoire physico-météorologique de Davos-Platz, et organisateur de ces journées.

En dehors de la séance statutaire, le programme scientifique comportera deux rapports : l'un sur la « climatologie de la Radiation », l'autre sur la « Qualification physique et biologique des sources thérapeutiques de lumière ».

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — Certaines Caisses ont fait imprimer sur la feuille de maladie la formule de déclaration suivante :

Les honoraires demandés pour le traitement et pour l'intervention ne sont pas ceux du tarif syndical minimum.

Nous informons nos confrères qu'aucun accord n'a été fait à ce sujet avec les Caisses et qu'en conséquence ils ne doivent pas signer cette déclaration.

(Communiqué.)

A nos lecteurs. — En raison de la réorganisation de la Société générale d'Imprimerie et d'Edition, qui imprime la *Gazette des Hôpitaux* depuis plus de 50 ans, le tirage du journal est effectué depuis peu à l'Imprimerie de Vaugirard. Nous demandons à nos lecteurs de bien vouloir excuser le flottement qui peut se produire pendant quelques jours encore.

Pour éviter toute erreur, nous serons reconnaissants aux auteurs d'adresser leurs épreuves corrigées, non à l'imprimerie, mais à nos bureaux, 49, rue Saint-André-des-Arts Paris (6e).

Médecins, chirurgiens et spécialistes présents à Paris pendant les vacances

(Première liste)

Médecine générale. — Le docteur Jean Antonelli, 62, rue Violet, présent du 1er août au 30 septembre.

Médecine infantile. — Docteur Maurice Kaplan, médecin des hôpitaux, 12, rue César-Franck, absent en juillet. Présent du 1er août à fin septembre.

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DES ARTHRITES GONOCOCCIQUES

Par le docteur HENRY DUVERGEY (de Bordeaux)

L'arthrite blennorragique, véritable métastase articulaire de la gonococcie, pose au point de vue thérapeutique les problèmes les plus délicats de la pratique courante.

Si le terme de rhumatisme blennorragique aujourd'hui abandonné évoquait à l'esprit l'idée d'une affection septicémique, celui d'arthrite indique mieux qu'il s'agit de l'infection d'une articulation à allure particulièrement grave.

Cette question sur laquelle tant de médecins et de vénéorologues ont écrit semble actuellement être tombée dans le domaine médico-chirurgical, s'adressant à la collaboration du médecin, du physiothérapeute, de l'urologue et du chirurgien.

Généralités. – Cette complication que l'on observe classiquement dans 2 % des gonococcies, aussi souvent chez la femme que chez l'homme, a en règle générale une porte d'entrée génitale.

Chez la femme il s'agit surtout de métrite et d'annexite. Chez l'homme l'urétrite aiguë ou chronique est responsable de cette affection ; mais toujours cette urétrite est compliquée et d'antérieure elle est devenue postérieure. Dans les différents repères de cette portion de l'urètre ainsi qu'au niveau de la prostate, des vésicules séminales, des épididymes, la résorption du gonocoque peut avoir lieu plus facilement. Les métastases blennorragiques, et au premier plan desquelles se trouve l'arthrite, ne sont que la conséquence de la *bactériémie* gonococcique

On peut surprendre d'ailleurs toutes les étapes de son voyage, au départ dans la lumière des veines urétrales et vésicales, puis en cours de route dans le sang où son passage est très fugace, enfin à destination dans l'articulation. Huit fois sur dix, le gonocoque sera mis en évidence dans le liquide articulaire par des méthodes spéciales ; quand les examens sont négatifs, Mondor l'a toujours découvert grâce à des biopsies de la synoviale articulaire.

Sa résistance dans ce milieu est particulièrement importante malgré les traitements dits spécifiques, à tel point qu'il devient souvent le foyer d'une nouvelle infection. Ainsi les septicémies qui compliquent l'arthrite infectieuse sont beaucoup plus graves que celles qui la précèdent ; elles sont à l'origine de l'endocardite qui conduit à peu près fatalement à la mort ; les autres localisations para-articulaires (synoviale tendineuse, bourses séreuses) sont d'un intérêt médiocre.

En présence de cette localisation articulaire quels sont les moyens thérapeutiques dont nous disposons ? Sans reprendre la revue critique de toutes les méthodes imaginées jusqu'à ce jour, nous voulons montrer que le traitement logique de l'arthrite gonococcique est triple : traiter le foyer infectieux primitif (traitement urologique), l'état septicémique (traitement médical), les localisations articulaires (traitement physiothérapique et chirurgical).

Dans un dernier paragraphe, nous essayerons de donner la conduite à tenir en face de chaque forme clinique, faisant ainsi la synthèse des moyens thérapeutiques actifs dont nous disposons.

Traitement urologique. — Avant de traiter la blennorragie et ses diverses localisations, il est de première nécessité de mettre en évidence le gonocoque, surtout lorsque le diagnostic étiologique est en suspens. L'examen des pertes chez la femme, de la goutte urétrale chez l'homme, après ou sans massage de la prostate, suffit à établir le diagnostic dans la majorité des cas, dans le doute on aura recours à la spermoculture.

Le plus souvent l'urétrite aiguë est presque terminée (3e ou 4e semaine) quand apparaît l'arthrite ; on la voit plus précoce après la mise en train d'un traitement abortif ; dans d'autres cas, il s'agit d'une vieille urétrite avec prostatite ou vésiculite — vrais réservoirs du gonocoque. Exceptionnellement le gonocoque semble avoir sauté la première étape que représente l'urètre antérieur (aucune réaction inflammatoire, aucun écoulement) pour s'être logé d'emblée sur la prostate et les vésicules, les malades étant alors des porteurs de gonocoques apparemment sains. L'infection primitive est donc passée inaperçue ; elle nécessite un examen complet de la part des urologues qui connaissent bien ces *gonococcies génitales latentes*.

Le traitement des infections urogénitales à l'origine de toutes les manifestations articulaires doit être particulièrement énergique autant chez l'homme que chez la femme. La persistance de ce foyer serait, en effet une source de rechutes et de récidives.

Pour localiser exactement ces lésions chez l'homme, dans certains cas de blennorragie chronique, nous conseillons outre l'examen clinique l'*urétroscopie postérieure* et l'*urétrographie*. La vue des orifices des canaux éjaculateurs qui reflètent l'état des vésicules séminales, la constatation de glandes périurétrales ou de cavités prostatiques injectées par le lipiodol nous indiqueront la conduite à suivre.

Fuller, le premier, en 1904, avait remarqué que la guérison de foyers gonococciques profonds et au premier plan la *spermatocystite*, produisait indirectement la guérison de l'arthrite ; plus tard, et avec lui, Cunningham, Greenberg, Belfield, Luys furent des ardents défenseurs de la vésiculotomie.

Nous n'envisagerons pas ici le traitement de la blennorragie aiguë qui ne pourrait se concevoir que comme moyen préventif de l'arthrite. En pratique, dans les cas chroniques, il faut d'abord avoir recours aux procédés les plus simples : dilatation de l'urètre, instillations, massage de la prostate et des vésicules, cathétérisme des canaux éjaculateurs et leur lavage, lavages des vésicules séminales par le procédé de Belfield (par la voie inguinale injection d'argyrol à 20 % dans les canaux déférents) et réserver à certains cas

d'espèce la prostatotomie, la prostatectomie périnéale, la vésiculotomie et la vésiculectomie.

Chez la femme les foyers para-urétraux sont très importants à connaître, car le gonocoque s'y cantonne et son expulsion est très laborieuse ; à côté de l'utérus, des trompes et du vagin, citons les quatre glandes de Skéné et les deux glandes de Bartholin, autant de localisations différentes qui nécessitent des traitements variés depuis la méthode désinfectante indiquée par Janet jusqu'à la castration utéro-annexielle.

Il n'est pas douteux que les nouveaux produits à base de *sulfanilamide* n'aient une action particulièrement heureuse sur tous ces foyers gonococciques ; ils seraient encore plus intéressants s'ils luttaient avec efficacité contre la bactériémie gonococcique car ils deviendraient de ce fait la médication préventive tant cherchée de l'arthrite blennorragique ; les documents cliniques nous manquent pour pouvoir donner une opinion sur des prévisions encore hypothétiques.

Traitement médical. — Les moyens médicaux proposés par les médecins sont innombrables, certains ont la prétention de guérir à eux seuls l'arthrite, les autres insuffisants à eux seuls sont utiles à connaître comme adjuvants ; dans les premiers on range la vaccinothérapie et la sérothérapie, dans les seconds les différents médicaments, la chaleur et l'immobilisation.

Le nombre des *vaccins* est très important, il en existe de spécifiques et de non spécifiques, de mixtes, il y a encore des stockvaccins mono ou polyvalents, des autovaccins. Les trois vaccins les plus employés sont ceux de l'Institut Pasteur, le néo Dmégon de Nicolle et Blaizot et le lipogon de Le Moignic Demonchy et Sezary.

Pour beaucoup d'auteurs leur mode d'action serait non spécifique, ceux-ci incriminant le choc et la fièvre au même titre que les différentes thérapeutiques de choc telles que injection de lait, peptone, dmelcos, vaccin antityphoïdique.

Ces vaccins sont d'une utilité incontestable et seront employés rationnellement dans un organisme capable de réagir ; si leur efficacité est certaine il ne faut pas se dissimuler qu'elle est souvent irrégulière et le plus souvent lente.

Quant à la *sérothérapie*, les médecins préconisent le sérum spécifique après avoir abandonné le sérum de Stérian ainsi que le sérum antiméningococcique. Le sérum antigonococcique de Nicolle sera administré par deux voies : la voie intra-articulaire complétée par des injections intramusculaires donne de bons résultats si elle est employée précocement ; la voie intraveineuse préconisée par Ravaut est de mise dans les états septicémiques et les arthrites graves. Son action est particulièrement rapide mais malheureusement son emploi demande de nombreuses précautions si l'on veut éviter des accidents toujours sérieux.

Les *médications internes* ont été presque toutes abandonnées, sauf l'arsenic et la gonacrine ; localement les pansements sédatifs sont recommandés avec de l'alcool camphré, du laudanum, du chloroforme, du salicylate de méthyle. Mais il semble que ce soit encore la chaleur qui calme le mieux les malades : bains d'air chaud, douche d'air chaud, soleil ; la méthode de Bier est tombée dans l'oubli.

Dans les formes très douloureuses l'*immobilisation* est souvent urgente et nécessaire pour soulager un peu ces malades ; la gouttière simple suffit dans certains cas ; parfois on aura recours au plâtre (genou, pied) ou à l'extension continue (hanche) qui évitera la formation de luxations pathologiques. Il n'est pas douteux que cette immobilisation est toujours regrettable car elle favorise l'ankylose si redoutée de tous ; aussi faut-il mettre le membre dans la position d'ankylose la moins défavorable pour chaque articulation.

Devant ce danger, certains avec Willems préconisent la mobilisation primitive ou secondaire à l'immobilisation ; elle sera légère, progressive ; des injections périarticulaires de novocaïne rendront cette mobilisation moins atrocement douloureuse.

Devant la multiplicité des médications proposées la difficulté réside, comme nous le verrons plus loin, dans les indications thérapeutiques de chacune d'elle.

Traitement physiothérapique. — Il comprend lui aussi des traitements de fond comme la radiothérapie et la curiethérapie et d'autres agents physiques qui sont à appliquer à titre de complément, tels l'électrothérapie, la photothérapie et l'hydrothérapie.

La *radiothérapie* a une action indiscutable sur les douleurs : elle est communément adoptée dans les formes chroniques (ce qui ne veut pas dire anciennes) à forte dose, de 250 à 450 r. par séance à raison de une à deux séances par semaine. Dans les cas aigus son emploi est plus discuté ; la technique de Le Goff à dose faible et progressivement croissante de 10 à 100 r. par séance semble intéressante.

La *curiethérapie* dont les indications sont les mêmes paraît plus active. On a recours le plus souvent à des appareils de 10 milligrammes de radium élément filtré par 1 mm. 5 de platine placé au niveau de l'articulation malade. Les boues radioactives minérales (résidu des minerais recifères dont on a extrait le radium) sont supérieures aux boues radioactives thermales dont nous parlerons plus loin. Les substances radioactives (thorium X) ont dû être abandonnées malgré les bons résultats signalés à cause des accidents graves qu'elles produisent.

L'électrothérapie comprend la *galvanisation* simple qui agit sur les phénomènes inflammatoires périarticulaires, la *diélectrolyse* essentiellement analgésique, la d'arsonvalisation ordinaire ou *diathermie* plus indiquée chez les femmes aux salpingo-ovarites, la d'arsonvalisation à *onde courte* qui en plus de l'action décongestive détruirait le gonocoque.

Les rayons infra-rouges ont quelques indications dans les formes aiguës, les ultra-violets seraient intéressants pour lutter contre l'anémie gonococcique.

L'hydrothérapie avec ses eaux radio-actives, sulfureuses et arsenicales est à préconiser dans les formes aiguës : Nérice, Luxeuil. Plombières, Bains-les-Bains, Bourbon-Lancy — et dans les formes chroniques : Aix, Bourbonne, mais surtout Saint-Amand et Dax.

Traitement chirurgical. — Si la ponction articulaire a été de tout temps employée, l'arthrotomie au contraire est rentrée dans la pratique depuis les énor-

mes progrès réalisés pendant la grande guerre dans la chirurgie articulaire.

Pour Mongour de Bordeaux la *ponction articulaire* présente les avantages suivants : elle débarrasse l'articulation d'un liquide septique, en supprimant le liquide sous tension, elle calme instantanément les douleurs, elle permet la mobilisation immédiate et assure la guérison sans ankylose ni atrophie. La ponction est faite au trocart après anesthésie locale. Les bons résultats signalés plus haut sont en partie exacts quand on peut évacuer le liquide, mais s'il y a impossibilité de vider une articulation et que l'évolution fébrile et douloureuse persiste, l'arthrotomie est seule indiquée.

La ponction en plus d'évacuatrice sera suivie d'injection de substances thérapeutiques telles que : solution d'acide phénique à 5 %, teinture d'iode, sublimé à 1 %, huile iodée, sérum antigonococcique, etc...

L'*arthrotomie* peut être *primitive* dans les formes graves ou *secondaire* après échec de la ponction articulaire. L'ouverture de l'articulation préconisée par Grégoire et Mondor sera large afin d'évacuer les dépôts fibrineux remplissant les culs-de-sac synoviaux ; ensuite l'articulation sera complètement désinfectée par de grands lavages au sérum, éther, chlorure de zinc.

Une fois cette « toilette articulaire » terminée il sera procédé à la fermeture immédiate de l'articulation sans drainage.

Il s'agit là d'une technique simple et efficace ; si le drainage est souvent très difficile dans certaines articulations, la simple arthrotomie est toujours possible.

Cette opération sans danger si elle est faite avec toutes les règles de l'asepsie moderne amène dans les 24 heures la sédation des phénomènes généraux et des phénomènes douloureux, les malades récupèrent leur sommeil ; suivant la phrase de Rocheblanc le meilleur calmant des douleurs atroces c'est le bistouri. Dans les formes graves, les résultats fonctionnels sont bons dans 50 % des cas.

Pour obtenir ce pourcentage de guérison les soins post-opératoires sont d'une grande importance. La mobilisation passive sera immédiate, et active le plus tôt possible. S'il existe après l'intervention des signes de rétention et de récidive de l'épanchement on aura recours à la ponction pour évacuer le liquide. On luttera contre l'atrophie musculaire par le massage des masses musculaires (quadriceps dans l'arthrite du genou) et par une gymnastique méthodique.

L'arthrotomie béante est à proscrire : les pansements sont très douloureux, la rétention purulente a lieu au niveau des culs-de-sac synoviaux, l'articulation s'infecte secondairement et l'évolution lointaine se fait toujours vers l'ankylose.

D'autres interventions sont des opérations d'exception telles : la ménisectomie, la synovectomie et l'arthrectomie d'Ollier.

Le *procédé* de *Willems* mérite une mention particulière ; dans les formes à exsudat solide c'est l'arthrotomie à la Mondor avec en plus extirpation des exsudats fibrineux pari-articulaires ; dans la pyarthrose, c'est l'arthrotomie béante. Ce qui caractérise la méthode c'est que, dès que le malade se réveille de l'opération, il faut d'emblée exiger la mobilisation active maximum et cela chaque jour jusqu'à la fatigue.

Un mot seulement sur le traitement orthopédique qui est une question de cas d'espèce ; les résections secondaires orthopédiques améliorent les malades ; l'ablation d'exostoses surtout calcanéennes fait disparaître les talalgies à condition de ne pas intervenir trop tôt pour éviter les récidives ; seront aussi extirpées les parties molles infectées — cellulite, bursite — au contact de l'exostose, etc...

Traitement des formes cliniques. — La difficulté du traitement des arthrites gonococciques tire son origine de plusieurs causes :

1° Il n'y a pas encore une thérapeutique certaine de succès, car la multitude des moyens proposés ont été loués avec excès puis à peu près abandonnés dans la suite ;

2° En face d'une arthrite débutante, il est très difficile de préconiser quelle en sera l'évolution et la durée. « Toutes les formes cliniques sont susceptibles de s'associer, de se superposer, de se succéder chez un même malade. » (Lesné et Layle) ;

3° Enfin l'arthrite blennorragique est d'une gravité considérable car suivant Mondor le gonocoque détruit en quelques jours ce que la tuberculose met de longs mois à ronger. Le but essentiel de la thérapeutique n'est pas de guérir l'arthrite, mais de prévenir l'ankylose.

Il nous est impossible de passer en revue toutes les formes d'arthrite si nombreuses et si variées ; schématiquement nous les avons groupées sous trois rubriques principales : les formes médicales, les formes avec épanchement, l'arthrite phlegmoneuse aiguë.

A la base de toute thérapeutique, quelle que soit la forme clinique de l'arthrite, il faut instituer un traitement urologique qui, dans la majorité des cas, ressort du domaine de la spécialité.

I. Les Formes médicales comprennent l'arthrite fruste, l'arthralgie, l'arthrite chronique monoarticulaire ou segmentaire, la polyarthrite pseudo-rhumatismale, la polyarthrite tardive ou prolongée.

Dans tous ces cas, l'accord est fait, il faut associer le traitement médical et physiothérapique. On prescrira le repos au lit ; contre la douleur l'articulation sera immobilisée, elle bénéficiera de la chaleur et de pansements sédatifs à base de salycylate de méthyle. La vaccinothérapie est à recommander, qu'il s'agisse d'auto ou de stock-vaccins. Suivant les réactions individuelles on aura recours à la galvanisation, l'ionisation, les rayons infra-rouges, les ondes courtes.

Les résultats semblent dépendre essentiellement du moment où le traitement est mis en œuvre, « opportunité difficile à saisir ».

II. Les Arthrites avec épanchement se présentent souvent avec le même tableau clinique, qu'elles contiennent un liquide sérofibrineux ou purulent, exception faite des pyarthroses à forme suraiguë et à complication septicémique.

Ceci est si vrai que dans la majorité des cas il faut faire la ponction de l'articulation pour porter le diagnostic de la nature du liquide en cause.

L'extension continue sera préférée à l'appareil plâtré qui favorise l'ankylose et empêche de suivre l'évolution de l'arthrite. En présence d'articulations d'accès difficile ou d'atteinte multiple, le sérum antigonococcique est à conseiller en prenant toutes les précautions utiles, ou mieux la radiothérapie à dose croissante, ou mieux encore la curiethérapie locale.

La ponction articulaire est une pratique excellente quand elle s'adresse à des épanchements abondants mais peu fébriles ; on en profitera pour introduire dans l'articulation une huile iodée quelconque ou mieux du sérum antigonococcique.

L'arthrotomie secondaire à la ponction a des indications limitées ainsi dans ces deux éventualités : quand l'épanchement se reproduit très rapidement, nécessitant de nombreuses ponctions très rapprochées, de même quand la ponction ne produit aucun changement ni sur la tuméfaction articulaire ni sur les phénomènes douloureux.

L'arthrotomie d'emblée est de règle dans les arthrites purulentes avec retentissement sur l'état général, formes susceptibles d'être à l'origine d'états septicémiques ; le drainage à la rigueur sera laissé pendant deux jours, mais il convient d'insister sur cette pratique détestable du drainage prolongé, mieux vaut de beaucoup la fermeture hermétique et les ponctions secondaires.

Nous conseillons pour lutter contre l'atrophie musculaire, surtout en présence d'arthrite du genou, d'avoir recours à la méthode des résistances progressives. (Rochard et de Champtassin.)

A titre exceptionnel, quand on a la main forcée dans des formes très purulentes, les auteurs recommandent de faire une longue arthrotomie verticale des deux côtés de la rotule ; pour maintenir la béance des incisions évacuatrices, Tuffier a recours aux incisions curvilignes « à la Sedillot ».

III. L'ARTHRITE PHLEGMONEUSE AIGUË est la forme la plus grave, c'est elle qui est le centre du problème thérapeutique à cause des grosses difficultés de son traitement.

Deux caractères l'individualisent, elle est horriblement douloureuse et elle évolue normalement vers une ankylose redoutable. Les traitements médicaux et physiothérapiques se montrent dans la majorité des cas incapables de s'opposer à cette évolution naturelle.

Aussi pour Grégoire et Mondor, l'arthrotomie d'emblée est de règle quand l'articulation en cause est facilement abordable et lorsque l'arthrite est récente.

Cette intervention se justifie devant l'impuissance des autres méthodes à éviter l'ankylose, devant la gravité des lésions en opposition à la bénignité de l'intervention réalisée avec les précautions d'asepsie.

Nous avons dit plus haut les résultats immédiats de cette intervention, quant aux guérisons fonctionnelles elles sont bonnes dans la moitié des cas.

Si malgré cette intervention, l'ankylose est impossible à écarter, on aura recours aux précautions orthopédiques habituelles. Poursuivant alors sa marche inexorable, l'arthrite gonococcique fera d'un sujet jeune un infirme.

Malgré tous ces traitements, l'arthrite passera à la chronicité ou mieux elle continuera d'évoluer de façon subaiguë avec des poussées inflammatoires et douloureuses. Pendant ces poussées la radio et la radiumthérapie seront conseillés ; en dehors des poussées le traitement se confondra alors avec celui des rhumatismes chroniques et on prescrira l'iode, le soufre, les injections de sels d'or, les cures thermales d'Aix, Saint-Amand, Dax, enfin la diathermie, les infra-rouges, les ondes courtes, l'ionisation. La chirugie orthopédique apportera de réelles améliorations aux malades présentant des ankyloses en mauvaise position.

En conclusion, au point de vue thérapeutique, deux éléments restent indiscutables, d'une part la nécessité de traiter la porte d'entrée de l'infection, de l'autre l'obligation d'avoir recours dans les formes graves à l'arthrotomie d'emblée faite le plus précocement possible ou secondairement alors que la ponction demeure sans effet. Malgré cette thérapeutique énergique, on ne peut actuellement avoir plus de 60 % de bons résultats, ce qui montre bien toute la gravité des arthrites blennorragiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 7 MAI 1938

Sur les effets convulsivants et décurarisants du glycol éthylénique. — M. H. BUSQUET. Le glycol éthylénique, en injection sous-cutanée, chez la grenouille, provoque des effets convulsivants, qui se manifestent encore après destruction de la moelle, et qu'on observe aussi chez les animaux traités par le curare. Le poison exerce donc son effet sur les muscles hyperexcitables, qui répondent par un tétanos à un choc d'induction unique.

Réactions de la membrane chorio-allantoïde de l'embryon de poulet aux bacilles tuberculeux humains et aviaires. — MM. L. COSTIL et F. BLOCH. L'inoculation de la membrane chorio-allantoïde de l'embryon de poulet par des bacilles tuberculeux humains et aviaires se traduit au début par une réaction leucocytaire diffuse à prédominance monocytaire, qui persiste, pour le bacille aviaire, pendant toute la durée du développement de l'embryon. Au contraire, pour le bacille humain, la réaction s'organise, devient nettement folliculaire et aboutit à la formation de nodules, bien différenciés au moment de l'éclosion des œufs et visibles macroscopiquement dès le 7e jour après l'inoculation.

Le pouvoir coagulant du sang sec conservé. — MM. L. BINET et R. PIÉDELIÈVRE attirent l'attention sur la poudre de sang obtenue en plaçant du sang normal dans un vase maintenu dans l'air liquide d'abord, dans une glacière à — 8° ensuite : cette poudre est conservée plus tard à la température du laboratoire ; dissoute dans du sérum physiologique, elle reste parfaitement coagulable.

Procédé de conservation des produits pathologiques en vue de la culture du bacille tuberculeux. — MM. R. LAPORTE et R. GRIMAL ont mis au point une technique permettant de conserver, à l'abri des pullulations microbiennes, les produits pathologiques souillés destinés à l'isolement du bacille

tuberculeux. Il suffit de placer les produits solides dans 5 à 10 fois leur volume d'une solution de carbonate neutre de soude à 10 p. 100, ou de diluer de moitié les produits liquides avec la même solution.

Au sujet du taux des chlorures dans le sang des animaux intoxiqués par l'Amanite phalloïde. — M. le docteur Le Calvé ayant montré les bons effets des boissons hyperchlorurées dans le traitement de l'intoxication phalloïdienne, il a paru intéressant à MM. R. Dujarric de la Rivière, Et. Roux et P. Garnal de rechercher si le taux des chlorures subit une modification dans le sang des animaux intoxiqués expérimentalement par l'Amanite phalloïde.

L'inoculation de toxine phalloïdienne au lapin ou au chat amène toujours une *augmentation du taux des chlorures du sang* lorsque la dose injectée a été suffisante pour tuer l'animal. Pour des doses moindres, le taux des chlorures augmente puis revient à la normale. Pour des doses faibles, le taux des chlorures est peu modifié.

Agglutination somatique de la bactéridie charbonneuse. — M. W. Schaefer. Les sérums anticharbonneux somatiques, non seulement floculent l'antigène somatique de la bactéridie, mais encore agglutinent les bactéridies lorsque celles-ci ne sont pas entourées d'une capsule. Si les bactéridies sont bien encapsulées, elles ne sont pas agglutinées par le sérum antisomatique. La capsule protège donc la bactéridie contre l'action agglutinante de l'antisérum somatique. L'agglutination est spécifique.

Mode de formation et morphologie microscopique des voiles de mycobacterium Phlée. — En suivant la technique précédemment indiquée, M. P. Hauduroy a étudié la formation des voiles d'un bacille paratuberculeux (Mycob. Phlei) sur le milieu de Sauton. Les éléments bacillaires acido-alcoolo-résistants ensemencés se développent en donnant naissance à des éléments non acido-alcoolo-résistants se présentant sous l'aspect de fibres flexueuses anastomosées et composées soit de bacilles, soit d'une substance homogène.

Ces fibres composent à elles seules les voiles jeunes. Au fur et à mesure du vieillissement de la culture, elles redeviennent acido-alcoolo-résistantes en des points localisés d'abord, dans leur ensemble ensuite.

Variations d'excitabilité des fibres cardioinhibitrices et cardioaccélératrices chez le chien sous l'influence des divers types d'agents modificateurs du rythme cardiaque. — M. Paul Chauchard montre que, parmi les agents modificateurs du rythme cardiaque, ceux qui augmentent les chronaxies myocardiques favorisent l'action du sympathique et entravent celle du pneumogastrique, et cela quel que soit le sens de la modification du rythme qu'ils provoquent : ainsi l'action de la quinidine ralentisseur du rythme est, en ce qui concerne les nerfs extrinsèques, voisine de celle de l'atropine accélérateur du rythme. Inversement, les agents qui diminuent les chronaxies, qu'ils ralentissent ou accélèrent le rythme, favorisent le pneumogastrique et entravent le sympathique.

Séance du 14 mai 1938

Chimiothérapie de la lymphogranulomatose inguinale expérimentale. — M. C. Levaditi. L'acide 4. sulfamido-phényl-azo-3,5-diaminobenzoïque (sel sodique, Rubiazol) et surtout la P.aminophénylsulfamide, administrés *per os*, soit à des cobayes, soit à des souris, se révèlent préventifs et curatifs à l'égard de l'infection provoquée par le virus lymphogranulomateux inoculé soit dans les ganglions lymphatiques (cobaye : azoïque et p.amino) soit dans le cerveau (p. amino). A l'exemple des infections microbiennes proprement dites (streptococcies, méningococcies, pneumococcies, gonococcies, etc.), celle que détermine le virus filtrable de la lymphogranulomatose inguinale révèle l'intervention de l'indice individuel de résistance dans le résultat du traitement chimiothérapique.

Influence de la castration sur les îlots de Langherans du pancréas du cobaye. — MM. F. Rathery et J. Turia. La castration provoque souvent des hyperplasies énormes et une hypergénèse nette des îlots de Langherans. Il s'agit d'hyperplasie vraie et non d'hyperplasie relative. Il y a peut-être lieu de considérer cette hyperplasie langheransienne comme un phénomène vicariant destiné à suppléer à la brusque suppression des fonctions testiculaires qui, normalement, renforcent l'action de l'insuline sur le métabolisme glucidique.

Influence des injections de testostérone sur le tissu langheransien du pancréas du cobaye. — MM. F. Rathery et J. Turia. L'expérimentation a porté sur 5 cobayes mâles, qui ont été soumis à des injections quotidiennes de Testostérone, puis ont été sacrifiés. Il n'y eut pas de modifications notables du tissu langheransien. Aussi, étant donné l'action de renfort de la testostérone sur l'insuline, il y a lieu de concevoir ailleurs que dans une hypersécrétion insulienne, la genèse de l'influence de la testostérone sur le métabolisme des sucres.

Les modifications de la courbe d'hyperglycémie provoquée chez les chiens castrés. — MM. F. Rathery et J. Turia. Les animaux castrés ne deviennent pas spontanément glycosuriques, mais l'épreuve d'hyperglycémie provoquée objective une diminution de la tolérance aux sucres, qui se traduit par :

1° L'élévation anormalement exagérée et intense de l'hyperglycémie immédiate ;

2° La suppression de l'habituelle réaction hypoglycémique tardive.

Ces faits expérimentaux tendent à faire entrer le testicule dans le groupe des glandes à influence hypoglycémiante.

Sur la sensibilité anaphylactique conférée au cobaye par les protéides du bacille de Koch. — M. Scalfi démontre que, contrairement à ce que l'on observe chez les cobayes tuberculeux traités par la tuberculine, les injections d'antigènes protéidiques bacillaires effectuées chaque jour sur des cobayes déjà anaphylactiques à ces substances ont pour effet d'augmenter la réactivité spécifique. Les animaux dont la sensibilité est ainsi accrue répondent également par une réaction inflammatoire précoce aux injections intradermiques de tuberculine. Il s'agit en l'espèce d'une réaction de type anaphylactique mise en jeu par les protéides que contient la tuberculine.

Evolution du virus lymphogranulomateux dans les éléments néoplasiques sarcomateux. — M. R. Schoen a établi que la pullulation du virus lymphogranulomateux dans les néoplasmes sarcomateux de la souris est accompagnée d'une évolution caractéristique de corpulcules bien définis, ressemblant à ceux qu'il a constatés dans les cellules épendymaires cérébrales. La présence constante de ces corpuscules dans les jeunes greffons et leur accroissement manifeste au cours des passages successifs, autorisent à considérer ces corpuscules comme représentant une phase visible de l'agent étiologique ultrafiltrable de la maladie de Nicolas et Favre.

Recherches expérimentales concernant l'action des ondes de choc sur le système nerveux central.— MM. Ivan Bertrand, Koffas, Leroy, Jouaux, de la Gorce exposent les conditions expérimentales de leurs recherches au Laboratoire central d'électricité concernant l'action sur les centres nerveux des ondes électriques de choc, impulsions extrêmement brèves et persistantes.

L'installation, réalisée initialement pour étudier les effets des coups de foudre sur les lapins, à haute tension, utilise la décharge de très puissants condensateurs.

Les courants réalisés représentent approximativement 150 ampères sous 70.000 à 90.000 volts pendant 6 microsecondes.

Le matériel anatomique recueilli sur l'animal d'expérience, le cobaye, permet des constatations intéressantes sur les lésions de la névroglie, les modifications architectoniques et la pathoclyse lamellaire.

Action destructive des ondes de choc sur la névroglie cérébrale. — MM. Ivan BERTRAND, KOFFAS, LEROY se sont livrés à des recherches expérimentales au Laboratoire central d'électricité, avec la collaboration technique de MM. Jouaux et de la Gorce. Ces recherches ont permis de constater, chez le cobaye, l'action presque élective des ondes électriques de choc vis-à-vis de la névroglie du système nerveux central.

La gravité des lésions névrogliques, combinée à des déchirures du parenchyme nerveux, est incompatible avec une survie quelconque. Des lésions plus limitées retentiraient sur la vitalité des éléments neuroganglionnaires eux-mêmes, entraînant dans un certain délai des dégénérescences corticales plus ou moins étendues. On doit donc envisager avec les plus extrêmes réserves l'avenir des fulgurés rescapés et le développement possible de démences progressives par sclérose cérébrale combinée.

M. GUILLAIN cite le cas d'un homme qui, après avoir subi une fulguration, fit un syndrome analogue à une sclérose en plaques, puis s'améliora au bout de 5 ou 6 ans.

SÉANCE DU 21 MAI 1938

Sur le pouvoir glycogénolytique du sérum sanguin normal. — MM. F. RATHERY, I. COSMULESCO et P.-M. DE TRAVERSE. L'action glycogénolytique du sérum sanguin normal se manifeste précocement. Elle est extrêmement inégale d'un sujet à l'autre.

Les quantités de sérum nécessaires pour provoquer cette glycogénolyse sont assez importantes.

Adrénaline et pouvoir glycogénolytique du sérum sanguin. — MM. F. RATHERY, I. COSMULESCO et P.-M. DE TRAVERSE. La présence d'adrénaline semble accélérer la glycogénolyse par le sérum sanguin. Cette accélération, très inégale, est peut-être en rapport avec les proportions respectives de sérum sanguin et d'adrénaline.

Contribution à l'étude de la morphologie des bacilles tuberculeux aviaires. Causes d'erreur dans leur dosage expérimental. — M. F. VAN DEINSE et Mlle E. HOOGHIEMSTER. Il existe entre les souches de bacilles tuberculeux aviaires des différences importantes au point de vue des dimensions de leurs germes. Il paraît dont préférable de ne plus se servir de doses de culture pesées pour déterminer la virulence d'une souche aviaire donnée, mais de procéder à la numération microscopique des bacilles.

Chimiothérapie antiendotoxique. Endotoxine de la Pasteurella avicida. — MM. C. LEVADITI et A. VAISMAN. La p.aminophénylsulfamide se révèle douée de propriétés antiendotoxiques *in vivo* à l'égard de l'endotoxine élaborée par la *Pasteurella avicida*. Ce nouvel exemple met en lumière la portée générale de la chimiothérapie antiendotoxique.

Atténuation de la virulence des souches de bacilles aviaires par passages successifs sur pomme de terre biliée et glycérinée. — M. A. SAËNZ. La bile atténue la virulence des souches de bacilles tuberculeux aviaires, très pathogènes à l'origine. Cette action est variable suivant la souche étudiée. L'atténuation est lente.

Sur les techniques d'hémocultures destinées à déceler les septicémies à gonocoques ou à méningocoques.— En ce qui concerne la technique par citratation du sang, les nouvelles expériences de MM. A. GRIMBERG, S. MUTERMILCH, E. AGASSE-LAFONT et Mlle H. PELLIER avec le gonocoque et les méningocoques ont confirmé leurs conclusions antérieures. Pour que cette méthode donne des résultats valables, il est nécessaire de varier le taux de citratation suivant le microorganisme que l'on considère comme l'agent vraisemblablement responsable de la septicémie. Il y a là un obstacle sérieux à la généralisation de cette méthode, surtout quand il est impossible d'émettre *a priori* une hypothèse sur l'agent vraisemblablement responsable de la septicémie.

Par contre, leurs expériences au sujet du polyanétholsulfonate de sodium (liquoïde) confirment les opinions déjà émises par plusieurs expérimentateurs sur la valeur et la simplicité de son emploi en vue des hémocultures.

Chlore sanguin et intoxication par l'amanite phalloïde. — MM. L. BINET et J. MAREK. Les variations du chlore sanguin au cours de l'intoxication par l'amanite phalloïde sont inconstantes dans leur existence, variables dans leur nature, légères dans leur intensité. Ils soulignent l'importance de l'hypoglycémie invitant à une thérapeutique sucrée.

Rôle des polypeptides dans la réaction du cancer de M. Aran. — MM. H. BULLIARD et J. GRUNDLAND croient pouvoir rapporter aux polypeptides la modification du cortex surrénal, sans qu'il soit nécessaire d'introduire l'intervention d'un principe X spécifique, non encore défini. La réaction sérologique où M. Aron obtient les floculations par mélange de l'extrait urinaire des cancéreux avec du sérum de ces malades est justiciable de la même interprétation.

Action curative et anti-endotoxique de certains dérivés benzéniques non soufrés dans la gonococcie et la méningococcie expérimentales. — MM. C. LEVADITI, A. GIRARD et A. VAISMAN. Certains dérivés benzéniques non soufrés, en particulier l'hydroquinone, son dérivé acétylé et le 4-4'dioxyazobenzène, agissent curativement dans la toxi-infection gonococcique et méningococcique expérimentale. Ils possèdent également des propriétés anti-endotoxiques. L'hypothèse d'après laquelle une telle activité thérapeutique pourrait être due à la transformation des composés thérapeutiquement actifs en dérivés à structure quinonique, lesquels détruiraient soit le germe soit son endotoxine, est en conformité avec les résultats expérimentaux.

Présentation. — M. J. TURCHINI présente un livre qu'il vient de publier avec M. A. HOVELACQUE : Anatomie et histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital. Paris, 1938, in-8°, 306 p., 188 fig. Doin, édit.

SÉANCE DU 28 MAI 1938

A propos d'un bacille acido-alcoolo-résistant chromogène, isolé d'eau de Seine. — MM. J. BABLET, F. VAN DEINSE et R. SCHWARTZ ont étudié une souche lisse chromogène de bacilles fortement acido-alcoolo-résistants, isolée d'eau de Seine, qui s'apparente par ses propriétés de culture aux saprophytes acido-résistants. Elle s'en distingue cependant par sa toxicité pour la poule, par ses propriétés pathogènes, son pouvoir de généralisation dans l'organisme et par la production, dans les cultures sur Sauton, d'une tuberculine qui s'apparente à la tuberculine aviaire, sans être identique à celle-ci.

Excitations urétéro-pyéliques et changements du volume du rein innervé ou énervé. — MM. BARIÉTY et D. KOHLER. Le rein du même côté, subit des modifications importantes qui se traduisent par une diminution du volume. Les ré-

ponses sont toujours plus marquées, quand l'excitation a porté sur la partie haute de l'uretère et le bassinet.

Ces changements volumétriques sont indépendants du comportement de la pression artérielle générale. Par contre, le volume du rein opposé suit fidèlement les variations de la pression artérielle. L'énervation du rein augmente souvent la réponse de l'organe, sans en modifier le sens.

Dérivés benzéniques sulfamides et spermatogénèse. — MM. Levaditi et Vaisman étudient expérimentalement l'influence de la p. aminophénylsulfamide administrés *per os*, sur la spermatogénèse, chez le lapin et la souris. Aucune action azoospermique chez le lapin et la souris adultes. Par contre, chez les souris mâles en voie de croissance, la p. aminophénylsulfamide détermine une diminution de la sécrétion spermatique, coïncidant avec un arrêt dans la croissance de l'animal.

Affinités tissulaires des azoïques sulfamidés. — MM. C. Levaditi, R. Béquignon et L. Reinie. Les propriétés tinctoriales des azoïques sulfamidés réalisent une dispersion élective du corps agissant, afin que celui-ci puisse aller se localiser là, précisément, où le conflit entre l'agression microbienne et la défense leucocytaire a lieu, *alias* dans le foyer inflammatoire lui-même, foyer auquel participent les éléments de tissu réticulo-endothélial, dont le rôle fixateur à l'égard des colorants vitaux est bien connu.

Une telle localisation apparaît, en effet, au sein des granulomes provoqués, chez la souris, par l'inoculation intrapéritonéale de tapioca, d'édestine, de charbon, de bacilles tuberculeux ou de *Pasteurella avicida*, le médicament étant administré par voie buccale.

L'excitabilité du centre respiratoire et ses modifications par divers agents. — M. et Mme A. Chauchard et M. P. Chauchard, étudiant à l'aide de la méthode chronaximétrique, par l'intermédiaire des fibres centripètes du pneumogastrique, l'excitabilité du centre respiratoire, constatent que cette excitabilité est augmentée par l'acétylcholine, l'adrénaline et l'yohimbine. Elle est au contraire diminuée par l'atropine.

Variations de l'excitabilité du centre respiratoire sous l'influence d'excitations réflexes. — M. et Mme A. Chauchard et M. P. Chauchard. Les excitations d'origine réflexe augmentent l'excitabilité du centre respiratoire. Tout se passe comme si les fibres centripètes respiratoires avaient un fonctionnement cholinergique. L'apnée adrénalinique est supprimée et par l'yohimbine qui empêche la stimulation tensionnelle, sinocarotidienne, et par l'atropine, qui, sans empêcher cette stimulation, rend le centre moins excitable.

L'exagération du taux du glutathion oxydé dans le sang des addisoniens. — MM. L. Binet et G. Weller présentent le résultat de leurs recherches chez des sujets atteints de la maladie d'Addison, et montrent que si le taux du glutathion réduit est abaissé, par contre, celui du glutathion oxydé s'élève considérablement.

Complexe électrique du cœur après ablation de l'apex ventriculaire. — MM. A. Clerc et A. Quinquand. L'ablation de la pointe sur le cœur du chien exsangue, amène l'exagération de l'onde rapide et de l'onde lente, qui restent cependant nettement distinctes.

Libération d'une substance active sur l'intestin isolé du chien par l'excitation du nerf lingual. — MM. G. Ungar et J.-L. Parrot ont pu mettre en évidence la libération d'une substance par l'excitation du nerf lingual. Cette substance est caractérisée par son action sur l'intestin isolé du chien. Elle n'est pas identique à l'histamine ni à l'acétylcholine et elle présente certains caractères qui la distinguent de toutes les substances actuellement connues.

Influence de la morphine sur le magnésium sanguin chez la femme enceinte normale ou éclamptique. — MM. H. Vignes et G. Glomaud. Les injections intraveineuses de sulfate de magnésie sont aussi efficaces que les injections sous-cutanées de morphine, pour conjurer les convulsions éclamptiques. Les auteurs ont voulu voir si l'injection de morphine ne modifiait pas le Mg sérique : dans 7 cas sur 8, il y a eu augmentation de ce Mg sérique.

Election. — M. Deschiens est nommé membre titulaire.

Séance du 11 juin 1938

Action du sulfate de Phényl¹-Amino²-Propane sur quelques organes à muscles lisses. — M. B. N. Halpern. L'intestin isolé de Lapin réagit vis-à-vis du sulfate de phényl¹-amino²-propane (au delà de la concentration 10^{-4}) par un relâchement du tonus avec souvent diminution de l'amplitude des contractions pendulaires.

L'action inhibitrice de cette substance sur les organes à muscles lisses devient évidente lorsqu'elle s'exerce sur un organe mis en état de contracture par un poison spasmogène.

Il est à supposer que son action porte sur la fibre musculaire elle-même.

Persistance comparée des microbes virulents inoculés au cobaye dans la moelle osseuse et dans le sang circulant. — MM. H. Bonnet, B. Dreyfus et Mlle Montefiore. Les cobayes infectés avec le bacille paratyphique B, par voie sous-cutanée, présentent une infection générale au cours de laquelle le germe peut être retrouvé par hémoculture et par médulloculture. Il apparaît très précocement et presque en même temps dans le sang et dans la moelle osseuse. Au cours de la maladie expérimentale, vers le 10e jour, les médullocultures sont constamment positives ; le germe se retrouve également par ponction cardiaque, mais il peut faire défaut dans le sang circulant ; il disparaît de la grande circulation assez rapidement, entre le 11e et le 15e jour, il se maintient dans la moelle au delà de ce délai et persiste jusque vers le 21e jour. Ces données expérimentales paraissent sanctionner les quelques observations faites chez l'homme, au cours desquelles les agents responsables de certaines infections générales ont pu être retrouvés de façon plus constante dans la moelle osseuse que dans le sang circulant.

La chimiothérapie antiendotoxique et son mécanisme. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman. Certains dérivés benzéniques sulfurés à fonction sulfoxyde, sulfone ou sulfamide protègent la souris contre l'intoxication provoquée par les endotoxines des bacilles dysentériques Flexner et Shiga. Cela porte à 6 le nombre des endotoxines à l'égard desquelles une action chimiothérapique a été constatée. Etant donné que certains de ces dérivés les plus efficients *in vivo* se montrent dépourvus d'action antiendotoxique dans le tube à essai, il est permis de penser que les composés chimiques administrés n'agissent qu'après avoir subi certaines modifications dans l'organisme.

Lésions des reins et du foie au cours de l'intoxication par inhalation de tétrachlorure de carbone chez le lapin. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, G. Mauric, A. Domart et Mlle P. Gauthier-Villars ont soumis 48 lapins à une intoxication unique par le tétrachlorure de carbone. La cylindrurie est un fait d'observation constante ; l'élimination des cylindres granuleux est parfois précoce, d'autres

fois tardive ; elle peut être transitoire ou, au contraire, persister jusqu'à la mort. L'albuminurie, presque constante, est, dans l'ensemble, plus durable que la cylindrurie. L'urobilinurie est constamment constatée ; elle persiste presque toujours jusqu'à la mort. L'augmentation de l'urée sanguine est inconstante ; il s'agit, soit d'azotémie progressive et modérément élevée, soit d'azotémie oscillante, comme le fait s'observe assez souvent dans les néphrites expérimentales. Les aspects anatomo-pathologiques de cette hépatonéphrite sont très variables d'un animal à l'autre.

Présence d'un bacille tuberculeux de type aviaire dans un ganglion de lymphogranulomatose maligne. — MM. H. Bonnet, St. Thieffry et Mlle Montefiore ont isolé d'un ganglion médiastinal prélevé à l'autopsie d'un homme mort de maladie de Hodgkin un bacille tuberculeux qui présente les caractères de culture et les propriétés pathogènes du bacille tuberculeux aviaire. Ce bacille se montre très virulent pour la poule et pour le lapin, et il ne donne au cobaye qu'une réaction locale minime sans généralisation viscérale. La tuberculine préparée avec ce bacille se comporte comme la tuberculine aviaire habituelle. Il s'agit donc d'un bacille tuberculeux aviaire présentant tous les caractères de ce type.

Démonstration sur l'intestin in situ de l'action adrénalinogène de l'ion potassium. — M. R. Hazard et Mlle L. Wurmser. Le chlorure de potassium exerce sur l'intestin *in situ* une action inhibitrice que l'on peut rapporter à une décharge d'adrénaline provoquée par l'ion potassium.

Caractères et évolution des réactions tuberculiniques au cours de l'infection expérimentale par le bacille tuberculeux aviaire. — MM. H. Bonnet, St. Thieffry et Mlle Montefiore. Les animaux inoculés avec le bacille tuberculeux aviaire ne réagissent pas exclusivement à la tuberculine aviaire. Ils réagissent également mais moins à la Tuberculine bovine. De toutes façons, les réactions tuberculiniques observées diffèrent nettement des réactions tuberculiniques observées dans l'étude expérimentale du Bacille humain ou bovin, par la longueur de la période antéallergique, l'inconstance des réactions, les variations d'intensité, leur fréquente atténuation et même leur disparition bien avant l'apparition de la cachexie terminale.

Eloge nécrologique de M. J. Darier. — M. L. Lapique, président.

Séance du 18 juin 1938

Le pouvoir anti-complémentaire du sérum de cheval. — MM. D. Brocq-Rousseau, L. Nathan-Larrier, G. Roussel et L. Steeg. Le sérum de cheval est fortement anti-complémentaire à l'état frais ; il l'est davantage après chauffage à 55° ou lorsqu'il a été soumis au vieillissement. On ne pourra chercher les sensibilisatrices dans le sérum de cheval que s'il a été chauffé au-dessus de 57° ou conservé pendant près d'un an à la glacière.

Régimes insuffisamment vitaminés et microbes de sortie. Morbidité et mortalité en fonction du régime. — MM. P. et A. Giroud. En cas d'épidémie, la mortalité est beaucoup plus importante chez des cobayes insuffisamment vitaminés que chez des cobayes normaux à alimentation rationnelle, c'est-à-dire chez lesquels le taux normal en acide ascorbique est réalisé. Ces faits démontrent que, même en l'absence de lésions proprement scorbutiques, un état insuffisamment vitaminisé ne correspond pas à un comportement physiologique normal.

Caractères différentiels des bacilles isolés du cobaye neuf et des bacilles aviaires avirulents. — M. A. Saenz.

Les bases aminées des suppurations pulmonaires. — MM. M. Lœper, A. Lesure, M. Perrault et J.-P. Herrenschmidt. Parmi les réactions vasomotrices qui se produisent au cours des suppurations pulmonaires, certaines nous ont paru résulter de la présence dans le pus ou le foyer inflammatoire de certaines bases toxiques et de l'action de ces bases sur les nerfs mêmes et les vaisseaux du poumon.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons recherché dans le pus ou l'expectoration de nos malades, les deux bases aminées principales : l'histamine et la tyramine.

Des chiffres fournis, il résulte que le taux de ces bases est très appréciable et parfois considérable. Celui de la tyramine est toujours de beaucoup le plus élevé. Elles proviennent en partie des microbes eux-mêmes, et surtout des leucocytes du pus et des éléments mêmes du parenchyme pulmonaire en désintégration.

Il était intéressant de rechercher si l'augmentation locale de ces bases n'avait point son retentissement sur le sang.

En réalité, la diffusion dans l'organisme de ces bases dans les cas considérés n'est pas constante. Mais leur action locale est probable.

Certains de ces liquides d'ailleurs filtrés sur bougie et absolument dépourvus de microbes, déterminent chez l'animal des réactions sous-cutanées et intradermiques congestives et œdémateuses.

Pénétration directe et continue de l'adrénaline dans le sang par dialyse. Son rythme et ses effets vasculaires. — M. H. Scheiner.

Les ferments anaphylactiques sont-ils des catalyseurs ? Leur comportement vis-à-vis de l'électrolyse prolongée. — MM. F. Maignon et P. Trefeu. Les ferments anaphylactiques ne se comportent pas comme les catalyseurs biochimiques ou diastases, vis-à-vis de l'électrolyse prolongée. La période de non entraînement des floculats est obtenue au bout de deux jours d'électrolyse au lieu de trois à cinq et il n'y a pas de coïncidence, comme pour les diastases, entre le défaut d'entraînement des floculats et la perte d'activité.

Comportement des ferments anaphylactiques vis-à-vis de l'alexine. Analogie avec les anticorps microbiens, fixateurs d'alexine, ou sensibilisatrices. — MM. F. Maignon et A. Gaye. Les ferments anaphylactiques apparaissent comme des activants de l'alexine, cette dernière substance jouant le rôle de catalyseur lors de la dégradation de l'antigène. Ils la fixent, ils dévient le complément, dans la réaction de Bordet-Gengou. Ils se comportent en définitive comme les sensibilisatrices, avec lesquels ils paraissent avoir la plus grande analogie.

Variations de quelques constituants musculaires chez le rat préalablement rachitisé, puis guéri par adjonction à la ration d'iode ou de dérivés iodés. — MM. R. Lecoq et R. Duffau.

Les glucides envisagés comme facteurs d'équilibre alimentaire. — M. R. Lecoq.

Le complexe électrique du cœur après l'ablation d'un ventricule et de l'extrémité apicale du ventricule restant. — MM. A. Clerc et Ch. Quinquand.

Application de formes névrogliques géantes après injection intracérébrale de benzopyrène. — MM. Ivan Bertrand et Jean Gruner.

CHRONIQUE

Une conférence du Professeur Edmundo Escomel, de Lima recteur honoraire de l'Université d'Aréquipa

Le mardi 5 juillet 1938, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine et sous la haute présidence de S. Exc. Francisco Garcia Calderon, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Pérou, le professeur Edmundo Escomel a donné une conférence, sur le sujet suivant : *Le Pérou et la France - Les relations entre nos deux pays* (avec projections).

Le Dr Dartigues, président de l'U.M.F.I.A. ou Union Médicale Latine, présenta en termes élogieux le conférencier qui est un des plus grands médecins de l'Amérique du Sud et dont on a fêté en 1927 le jubilé médical auquel 22 nations ont participé.

Le professeur Escomel commença par un court exposé des trois zones différentes qui divisent le Pérou : la côte, la montagne et la forêt, formant pour ainsi dire 3 pays dont les caractères géographiques, industriels, climatiques, pathologiques diffèrent complètement les uns des autres.

Ensuite, il fit une description sommaire du courant marin de Humbolt qui apporte au Pérou, avec la fraîcheur des eaux du Sud, un grand nombre de poissons qui servent de nourriture à des milliers d'oiseaux qui, à leur tour, donnent le meilleur engrais du monde entier : le guano.

A l'aide de projections, le professeur Escomel montra les beautés de la ville de Lima, capitale du Pérou, que l'Etat, la municipalité et les particuliers s'efforcent de continuer à embellir. Puis, il dit quelques mots sur « Les éléments actuels de la culture péruvienne » en insistant sur la médecine et la pathologie particulière du Pérou.

Il termina en montrant que l'influence latine française exerce son action sur l'orientation littéraire et scientifique péruvienne

M. le professeur Tiffeneau félicita le conférencier de sa belle carrière médicale qui fait honneur au Pérou et à la France où il termina ses études.

S. Exc. Francisco Garcia Calderon remercia très chaleureusement les docteurs Dartigues, président-fondateur de l'U.M.F.I.A. et Bandelac de Pariente, vice-président fondateur de l'U.M.F.I.A., organisateurs de cette soirée, et les félicita pour le rayonnement de l'Union Médicale Latine en Amérique du Sud.

Parmi les personnalités présentes, au milieu d'une nombreuse et élégante assistance, nous avons reconnu autour de S. Exc. Francisco Garcia Calderon, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire du Pérou en France et de M. le professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. de Saint-Jouan, ministre de France au Pérou ; MM. les professeurs Lemaître, Debré ; MM. Heitz-Boyer, Kaplan, délégué général de l'U.M.F.I.A. au Chili ; Noir, directeur du Concours Médical ; Chauvois, secrétaire général adjoint de l'U.F.I.A. ; Fr. Debat, Desfosses, de la Presse médicale ; Faulong, Hahn, Lacat, J. Leduc, Malachowski, Parrot, etc..., Mmes Garcia Calderon, Jayle, Desfosses, etc...

LIVRES NOUVEAUX

La Vie imparfaite des malades et des médecins, par Maurice Delort, préface de Francis de Croisset (1).

Voici un très aimable volume où le Dr Maurice Delort déploie tout son esprit et montre une fois de plus la finesse et la pénétration avec lesquelles il sait observer les choses et les gens.

Lisez-le, sans oublier la remarquable préface léguée — le mot est tristement exact — par le regretté Francis de Croisset.

La ponction de la rate, par P. Emile Veil, médecin des hôpitaux ; P. Isch-Wall, assistant à l'hôpital Tenon, et Suzanne Perlès, chef de laboratoire à l'hôpital Tenon (2).

Les nombreux procédés habituellement employés pour l'étude des splénomégalies et des tumeurs de l'hypocondre gauche ne fournissent parfois que des renseignements incomplets. Les auteurs ont cherché quelle contribution la ponction de la rate pouvait apporter à la connaissance des splénomégalies et de toutes les affections sanguines.

Toujours pratiquée avec restriction, souvent même déconseillée en raison d'accidents, uniquement imputables, du reste, à une technique défectueuse, la ponction splénique n'a pu rendre tous les services dont elle est capable.

Grâce à l'étude *in vivo* du tissu splénique et de ses variations pathologiques, les travaux des auteurs, effectués sur une très large échelle, leur permettent d'apporter aujourd'hui les éléments positifs qui seuls imposent une thérapeutique rationnelle : médicale ou chirurgicale. Par le seul examen de ce tissu, la ponction permet en outre de rapprocher des cas cliniquement très éloignés les uns des autres. En simplifiant la classification, la ponction rend donc un service inestimable pour la compréhension des affections des organes hématopoïétiques.

Au regard de la clinique, plus grande encore est l'utilité de la ponction de la rate ; elle apporte en effet une aide précieuse au diagnostic différentiel et étiologique des spléno-

(1) Un vol. in-16 de 180 pages. *Sélections artistiques*, 5, rue Suger, Paris-6e.

(2) Un volume de 148 pages, avec 23 figures. Prix : 35 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

mégalies et des autres tumeurs de l'hyponcondre gauche dont le diagnostic est souvent difficile. Enfin, dans les affections où les éléments pathologiques restent cantonnés dans la rate, la ponction splénique devient indispensable puisqu'elle seule, dans ces cas, résoud le diagnostic positif, éclaire le pronostic et oriente le traitement. L'ouvrage se termine par l'examen des cas où la tumeur de l'hypocondre gauche n'est pas une splénomégalie, et par un bref aperçu sur la ponction sternale associée à la ponction splénique.

Les explorations fonctionnelles, par Noël Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, médecin de Necker (1).

L'exploration fonctionnelle constitue un but important de la médecine actuelle. — Loin de se substituer à la clinique, elle en est devenue le complément indispensable, car elle permet de voir plus et mieux que ne le permettait la simple observation du malade.

Les investigations fonctionnelles aident au diagnostic et au pronostic des maladies.

Elles permettent au médecin de déterminer le capital santé de chaque individu par la recherche de son état d'équilibre physiologique.

Elles jouent enfin un rôle important en thérapeutique.

Il suffit de rappeler quelle importance prend l'étude de l'électrogramme pour fixer ou non l'importance de la digitaline. — Et en aidant à préciser le diagnostic d'une sténose du pylore par la constatation d'une rétention gastrique radiologique, en précisant un diagnostic de lithiase biliaire par la constatation d'une exclusion vésiculaire, ne sait-on pas que l'on dirige avec une précision quasi absolue les mains du chirurgien ?

On peut se passer de ces renseignements. La clinique a par elle-même sa valeur dominante. C'est elle qui reste l'arbitre définitif, mais elle peut être éclairée par la mise en jeu des explorations fonctionnelles. Le médecin doit chercher à élargir son horizon ; de toutes façons il ne sera jamais trop armé.

Cet ouvrage lui permettra de le faire ; il y retrouvera une étude d'ensemble des explorations fonctionnelles. Le but de l'auteur est de présenter l'état actuel des explorations fonctionnelles, tant dans leurs assises biologiques que dans leurs significations, leurs utilités et même leurs erreurs.

Les Méningo-Neurobrucelloses, par Henri Roger, Professeur à la Faculté de médecine de Marseille, et Yves Poursines, Professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth (2).

Mélitoccocie et Infection de Bang s'intègrent actuellement dans un cadre plus général, celui des Brucelloses auxquelles est consacré cet ouvrage. Les Brucelloses atteignent le système nerveux en tous ses départements, mais le rôle des localisations méningées est capital dans les neurobrucelloses.

Depuis une quinzaine d'années en effet, le professeur Roger n'a cessé d'attirer l'attention sur une série de cas, dans lesquels, quelques semaines ou quelques mois après l'évolution de la maladie, apparaissent des manifestations cérébrales, médullaires, radiculaires et surtout méningées. De nombreux auteurs ont fait après lui des observations analogues.

Toutes ces constatations nouvelles forcent à admettre aujourd'hui une affinité neurologique du melitensis, autrefois insoupçonnée peut-être en raison du caractère tardif de ces manifestations.

(1) Un volume de 432 pages, avec 65 figures. Prix : 70 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

(2) Un volume de 248 pages. Prix : 45 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

A côté des manifestations centrales (encéphaliques, médullaires) et périphériques (radiculaires, névritiques) et des localisations squelettiques, para-nerveuses, craniennes ou rachidiennes qui sont exposées dans cet ouvrage, les auteurs insistent sur les déterminations méningées cliniques et surtout biologiques, associées aux atteintes centrales ou périphériques, et même aux lésions squelettiques, paranerveuses.

Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum, par Roger Savignac, préface du professeur Gosset. Un volume de 130 pages. — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les spasmes de la face et leur traitement, par Th. Alajouanine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, et R. Thurel, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique à la Faculté. — 1 vol. de 88 pages. — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Infirmière hospitalière, Guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale-Bordeaux. 2 volumes avec figures. — J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

PRATIQUE MÉDICALE

ÉTUDE PHYSICO-CLINIQUE DES INJECTIONS INTRADERMIQUES

par le professeur E. Aron, de Tours (1)

Le professeur Emile Aron, de Tours, présente ces études excessivement importantes à propos du rôle que joue en thérapeutique gastro-intestinale la laristine.

O sait que, depuis les travaux initiaux de A. G. Weiss et E. Aron, qui ont attiré l'attention sur le rôle primordial joué par la laristine dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, de nombreux travaux, tant en France qu'à l'étranger, sont venus confirmer leur manière de voir (Stolz, Desplas, Lenormant, Loeper, Castaigne, Blum, Feldheim, Spencker, Bulmer, Volini, Eads, Smith, Hessel, etc.).

La laristine possède une action très efficace sur les poussées ulcéreuses aiguës et aussi sur le rythme et l'intensité de ces poussées. On ne saurait trop rappeler par conséquent qu'il faut faire une cure d'entretien, absolument comme l'on fait une cure d'entretien dans le traitement de la syphilis, et, des nombreux travaux signalés, il ressort que l'histidine constitue le médicament de base de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

Dans ses études, E. Aron tend à prouver que les injections intradermiques n'ont pas les effets nets et constants qu'ont les injections sous-cutanées, et il est absolument évident que si les injections intradermiques ont une action sur l'élément douleur, elles sont loin de présenter l'action intense et profonde des injections sous-cutanées, et ce n'est qu'avec ce mode d'emploi que l'on obtient des résultats sûrs, efficaces et constants.

Pour réaliser complètement le traitement de base de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, il est nécessaire d'employer les injections sous-cutanées de laristine

(1) *Presse médicale*, Paris, n° 56, juillet 1937. — *Archives médico-chirurgicales de province*, nos 6-7, 27e année.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 60. — MERCREDI 27 JUILLET 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

La visite des Souverains Britanniques

La visite en France des Souverains britanniques a pris fin par une cérémonie commémorative rappelant l'héroïque sacrifice des Anzacs sur la Somme.

Ce sont ces souvenirs, toujours présents, qui ont donné tant de gravité et de profondeur aux sentiments de la foule. Son enthousiasme croissant était l'expression de l'admiration émue que les Français éprouvent pour la loyauté et la fidélité de l'Angleterre.

Ces sentiments, l'*Académie de médecine* et l'*Association de la Presse médicale française* les avaient parfaitement traduits il y a quelques jours, en échangeant des messages avec nos confrères britanniques.

La visite royale n'a fait que les confirmer.

Hôpitaux de Lyon. — Après concours, M. Creyssel a été nommé chirurgien des hôpitaux de Lyon.

MM. Mayoux, Mounier-Kuhn, Charachon et Gignoux ont été nommés assistants d'oto-rhino-laryngologie.

Une Ecole d'infirmières à l'hôpital Rothschild. — Le Conseil d'Administration de l'hôpital-fondation de Rothschild, établissement reconnu d'utilité publique, a décidé la création d'une école d'infirmières hospitalières et d'enseignement ménager. Edifiée dans le parc de l'hôpital, elle a été munie de tout le confort désirable.

Cette Ecole recevrait, sans distinction de confession, les jeunes filles françaises qui, remplissant les conditions requises, seraient soucieuses de s'assurer une profession honorable.

L'agrément du ministère de la Santé publique en a été demandé, conformément aux prescriptions du décret du 18 février 1938 et de l'arrêté ministériel du 13 juin 1938, qui réglementent toutes les écoles d'infirmières préparant au diplôme d'Etat. En raison du nombre limité des places qui seraient disponibles, il est indiqué de s'adresser dès maintenant pour tous renseignements, à la directrice de cette Ecole : Mlle O. Couchoud, 15, rue Santerre, Paris (12e arrondissement).

Guerre. — M. le pharmacien colonel Manceau, professeur agrégé du Val-de-Grâce, chargé d'enseignement à l'école du Service de santé militaire de Lyon, est maintenu dans ses fonctions pour une durée d'un an, à compter du 3 juillet 1938.

Le *Journal officiel* du 10 juillet publie le tableau des officiers de réserve du corps de santé militaire pour 1938 (pages 8198 et suivantes).

Sont inscrits pour le grade de médecin colonel : MM. les médecins lieutenants-colonels Brionval, 19e corps d'armée ; Rehm (Paris) ; Dabat, 11e région ; Darthenay, 4e région ; Royer, 20e région ; Dorland (Paris) ; Mayrac, 17e région ; Lemaitre (Paris) ; Tanon (Paris) ; Cotte, 14e région.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel : MM. les médecins commandants Guth, 16e région ; Chauliac, 9e région ; Trabaud (Levant) ; Morisot, 4e région ; Serr, 17e région ; Minguet, Tunisie ; Hautant (Paris) ; Vincent (Clovis) (Paris) ; Ramond (Paris) ; Pellissier, 19e corps d'ar-

mée ; Crozel, 9e région ; Gauthier, 14e région ; Aulong (Paris) ; Abel, 20e région ; Loygue, 2e région ; Pierret, 1re région ; Delmas (Jean), 16e région ; Roudouly (Paris) ; Joltrain, 8e région ; Guillaume, 6e région ; Hanns, 20e région ; Faulong (Paris) ; Vincent (René) (Paris) ; Stodel (Paris) ; Dumesnil, 3e région ; Masini, 15e région ; Descamps, 1re région.

La Société d'hygiène publique, industrielle et sociale, dans sa réunion du 20 mai 1938, après avoir constaté la souillure des trottoirs des villes par les excréments de chiens et considéré les désagréments réels et les dangers éventuels qui en résultent pour le confort et la santé des passants :

Estime que :

a) Sans recourir à une mesure draconienne, comme l'interdiction des chiens dans les villes ;

b) Sans augmenter la taxe sur les chiens jusqu'à ce que son rendement total lui permette d'équilibrer la dépense nécessitée par le nettoyage des trottoirs répété plusieurs fois par jour au lieu d'une seule fois, mesure fiscale qui équivaudrait à réserver la possession des chiens à la seule classe riche :

1° Il serait possible de faire appel à la bonne volonté des propriétaires de chiens, à un esprit de discipline tel que le nécessite la vie en commun, au sentiment de la solidarité sanitaire qui unit les habitants d'une même ville pour que d'eux-mêmes, ils s'efforcent de suivre les mêmes pratiques que dans certains pays et qui consistent à conduire tout au bord du trottoir, près du ruisseau, le chien qui manifeste un besoin d'exonération ;

2° Il y aurait lieu après qu'un délai suffisant aurait été accordé aux propriétaires de chiens pour qu'une telle pratique capable de faire disparaître la souillure des trottoirs, nuisance aussi évitable qu'intolérable, soit acceptée et entrée dans les mœurs, d'obliger à tenir les chiens en laisse et de rendre applicables au dépôt des excréments de chiens sur les trottoirs, les articles 2 et 4 du règlement sanitaire de la Ville de Paris, qui interdisent de déposer sur les trottoirs, tous objets ou matières susceptibles de salir, ou des détritus d'origine animale ou végétale, ou enfin, qui interdisent d'y uriner.

8e Session de Conférences du Comité international de médecine militaire (Luxembourg, 1er au 4 juillet 1938). — La 8e session de Conférences du Comité international de médecine et de pharmacie militaires vient de clôturer ses travaux à Luxembourg. 33 Gouvernements étaient représentés à cette session.

Parmi les questions étudiées, signalons : La protection individuelle contre les gaz toxiques, par M. le professeur Dautrebande (Belgique) ; La visibilité et le camouflage des formations sanitaires, par le médecin général Schickele (France) ; Contribution pour l'étude de l'épuration des eaux, par le capitaine pharmacien C. C. Coutinho (Portugal) ; L'organisation de l'aviation sanitaire en Suède, par le lieutenant-colonel médecin Westerberg (Suède) ; L'importance du facteur psychologique dans l'examen d'aptitude pour les aviateurs militaires, par le lieutenant-colonel médecin H. Meier (Suisse) ; Les soins préventifs de l'aviateur au point de vue sanitaire, par le colonel médecin Capek (Tchécoslovaquie) ; Emploi tactique des équipes chirurgicales en campagne, par le lieutenant-colonel médecin Branovatchky (Yougoslavie) ; Le rapport comparatif sur la radioscopie systématique à l'armée, présenté par les délégués belges, français et suisses, a retenu le plus vif intérêt.

A la demande du Comité international des Congrès d'Aviation sanitaire, toute l'administration de ce Comité passe dans le cadre du Comité international de médecine et de pharmacie militaires dont il devient une section.

Le problème de la protection des populations civiles inquiète à un tel point l'opinion du monde, que les délégués des 33 pays réunis à Luxembourg ont demandé de constituer un nouvel organisme qui pourrait — indépendamment du Comité international de médecine et de pharmacie militaires — continuer l'œuvre de la Commission médico-juridique qui a terminé ses travaux.

Aussitôt le Gouvernement grand-ducal a accepté de créer ce centre, dont S. A. R. le prince de Luxembourg a accepté la présidence effective et M. Joseph Bech, ministre des Affaires étrangères, la vice-présidence.

Le Gouvernement grand-ducal a fait publier le communiqué suivant dont il est inutile de souligner toute l'importance :

« La 8e session de l'Office international de médecine militaire que le Gouvernement grand-ducal avait réunie à Luxembourg a eu des résultats immédiats.

« La proposition de créer un organisme destiné à l'étude de l'humanisation de la guerre a été faite par ce congrès et le Gouvernement a accepté d'en prendre l'initiative. »

Le Comité directeur vient d'en être constitué :

S. A. R. la Grande-Duchesse de Luxembourg a accepté d'en prendre le haut patronage, S. A. R. le Prince de Luxembourg en prend la présidence effective et M. Joseph Bech, ministre des Affaires étrangères, la vice-présidence.

Nous ne doutons pas que ce nouvel organisme, mis au service du plus haut idéal d'humanité, n'arrive à parfaire l'œuvre ébauchée par le Comité international de médecine et de pharmacie militaires.

Le Comité-directeur de ce centre international tiendra incessamment sa première réunion au Palais grand-ducal, à Luxembourg.

Un jubilé dans la presse médicale yougoslave. — Notre grand confrère Lijecnicki Vjesnik (Revue médicale croate) de Zagreb vient de publier à l'occasion de son soixantième anniversaire, un très beau numéro spécial. Nous adressons à notre excellent confrère, toutes nos félicitations et tous nos vœux.

NÉCROLOGIE

— Le Dr Martin Herman, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles.

— Le médecin général Weitzel, du cadre de réserve, décédé à Chartres.

— Le professeur Nicola Fede, l'éminent pédiâtre de Naples.

L'HYPERAZOTÉMIE DES HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

Par MM. L. RIMBAUD, H. SERRE et J. BOUCOMONT
(Montpellier)

Dans une série de cas d'hémorragies méningées arachnoïdiennes, dont l'étude détaillée fera l'objet de la thèse d'un de nos élèves, nous avons observé, en dehors de toute néphrite, une modification humorale qui ne paraît pas jusqu'ici avoir retenu l'attention des auteurs : l'élévation du taux de l'urée sanguine. Sur onze malades atteints de ces accidents méningés, chez lesquels le dosage de l'urée du sérum a été effectué, neuf présentaient une hyperazotémie. Parmi eux quatre étaient antérieurement atteints de néphrite aiguë ou chronique. Nous ne ferons état que des cinq autres malades sans passé rénal connu et dont nous rapportons ci-dessous les observations.

OBS. I. — *Hémorragie méningée chez une malade présentant une forte hypertension artérielle avec insuffisance ventriculaire gauche, aortite athéromateuse, syndrome hémogénique fruste et glaucome. Azotémie : 1 gr. 30. Guérison.*

D... Annie, 60 ans, couturière, entre dans notre service, Salle Grasset, le 19 septembre 1936. Elle a été trouvée chez elle sans connaissance et transportée à l'hôpital.

Antécédents : Ménopause il y a 2 à 3 ans sans incident. Iridectomie droite et sclérectomie, il y a 2 ans, pour glaucome. Pollakiurie nocturne depuis 5 à 6 ans. A noter que, pendant un séjour à Lille qui a duré 15 ans, elle a fait une grande consommation de bière.

Père mort à 62 ans de pleurésie ; mère morte à 72 ans. Mari et deux enfants en bonne santé. Une sœur bien portante.

Examen : A l'entrée, elle ne répond pas aux questions et se trouve dans un état subcomateux.

On constate une diminution marquée et bilatérale du réflexe achilléen ; le réflexe rotulien est diminué à gauche et aboli à droite. Aux membres supérieurs, les réflexes sont normaux. Pas de signes de Babinski, de Bechterew-Mendel ni de Rossolimo. Il existe un léger signe de Kernig. La pupille gauche réagit normalement ; l'œil droit montre les traces de l'iridectomie ancienne ; la conjonctive fait hernie au pôle supérieur du globe oculaire.

Cœur : rythme normal ; choc apexien élargi, la pointe bat dans le 6e espace intercostal à un travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire. Souffle systolique aortique intense et éclat du deuxième bruit. Pouls : 90. Tension artérielle : 33-17,5 (méthode auscultatoire), avec alternance entre 33 et 24.

Langue saburrale ; constipation. Foie et rate normaux.

Autres appareils : rien à signaler. Température : 37°.

Les 20 et 21 septembre, même état. Température : 37°8. Pouls entre 100 et 110.

Ponction lombaire (21 septembre) : liquide céphalo-rachidien sanglant, tension : 56 cm. (manomètre de Claude) en position couchée (s'abaissant à 4 après évacuation). Cytologie : 3,8 éléments. Albumine : 1 gr. 20 ; chlorures : 7 gr.; glucose : 0 gr. 48 ; urée : 1 gr. 32. Réactions de Wassermann et de Meinicke négatives.

Sang : réactions de Wassermann, Hecht-Bauer, Kahn et Meinicke négatives. *Azotémie : 1 gr.* 30. Azote total trichloracétique : 0,776 ; azote total phosphotungstique : 0,740 ; indice de polypeptidémie : 0 gr. 036.

Urines. Volume des 24 heures : 500 cm³, densité : 1010, réaction acide, urée : 15 gr. 6 et chlorures : 8 gr. 7 par litre. Albumine : traces très légères, léger excès d'urobiline, ni pigments, ni sels biliaires, ni glucose, ni acétone. Réaction de Meyer faiblement positive. Culot de centrifugation : rares hématies, pas de cylindres.

Evolution : Le 22 septembre, on note des réflexes rotuliens très diminués, des réflexes achilléens normaux. Ni Babinski, ni Mendel, ni Rossolimo. Au cœur : ébauche de galop, frottement péricardique (?). La malade a repris connaissance et ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Dans les semaines qui suivent, la tension artérielle s'abaisse légèrement : de 30-15, le 24 septembre, elle passe successivement à 28,5-16, le 29 septembre ; 29-15, le 8 octobre et 27-12 le 25 octobre. Apyrexie dès le 23 septembre.

L'azotémie s'abaisse à 0 gr. 35 le 1er octobre et à 0 gr. 25 le 14 octobre. Une nouvelle analyse d'urines (14 octobre) donne : volume des 24 heures 1000 cm³, traces légères d'albumine, urée : 14 gr. 8 et chlorures : 9 gr. 4 pour 1000 ; aucun autre élément anormal.

A noter que les réflexes tendineux des membres inférieurs sont redevenus normaux le 8 octobre, une vingtaine de jours après le début. Le pouls se maintient aux environs de 90 pendant tout le séjour.

La malade passe, le 5 décembre 1936, à la salle Durand (service du professeur Giraud), où elle a été observée par l'un de nous. A cette date, elle se plaint d'asthénie, de céphalées occipitales presque quotidiennes et de vives douleurs oculaires à droite.

L'examen montre une malade amaigrie, pâle, aux conjonctives légèrement subictériques.

Examen neurologique : réflexes rotuliens et achilléens vifs, ainsi que les réflexes des membres supérieurs. Légère opacification cristallinienne à gauche, glaucome absolu de l'œil droit, dont la vision est nulle.

Cœur : tachycardie à 90, bruit de galop, quelques rares extrasystoles, souffle systolique aortique et gros cœur (cette hypertrophie est confirmée par l'examen radiologique, qui montre en particulier une augmentation de volume considérable du ventricule gauche).

Tension artérielle : 29-14 (app. de Vaquez) et 27-17-13 (app. de Pachon).

Liquide céphalo-rachidien : clair ; tension : 25 cm. en position couchée ; cytologie : moins d'un élément ; albumine : 0 gr. 30 ; chlorures : 7 gr. 40 ; glucose : 0 gr. 51. Réactions de Wassermann et du benjoin colloïdal négatives.

Sang. *Azotémie :* 0 gr. 30 (8 décembre), 0 gr. 45 (15 janvier 1937) et 0 gr. 28 (13 avril 1937). Cholestérolémie : 1 gr. 90. Hémogramme : normal. Plaquettes sanguines : 163.000. Temps de coagulation : 12 minutes, temps de saignement : 4 min. et demi, signe du lacet positif, caillot partiellement irrétractile.

Urines : traces d'albumine, aucune autre anomalie.

OBS. II. — *Hémorragie méningée au cours d'une hypertension artérielle compliquée de glaucome. Azotémie : 0 gr. 77. Guérison.*

N... Laurencie, 53 ans, sans profession, entre à la salle Grasset le 6 octobre 1933, envoyée par son médecin pour « séquelles d'ictus et crise d'urémie chez une hypertendue » ; la dernière azotémie est de 0 gr. 77 pour 1000. La malade, légèrement dysarthrique, répond très mal aux questions posées : elle indique seulement que depuis 2 ans elle a perdu la vision de l'œil gauche. On constate rapidement qu'elle est désorientée et confuse.

Examen : La pupille gauche est en mydriase et ne réagit pas à la lumière : il existe un glaucome absolu de l'œil

gauche, dont la vision est nulle. La pupille droite est normale.

On note une diminution de la force de préhension de la main gauche, une légère déviation de la face vers la droite, avec effacement du pli naso-génien, pas de déviation de la langue. Les réflexes sont normaux, pas de Babinski ni de Mendel. Il existe un léger signe de Kernig.

Cœur : éclat du second bruit à la base. Les artères périphériques sont très dures. Tension artérielle : 18,5-11,5 (méthode auscultatoire). Autres appareils : rien à signaler.

Liquide céphalo-rachidien (7 octobre) légèrement xanthochromique. Tension : 25 cm. en position couchée. Cytologie : 3,4 lymphocytes. Albumine : 0 gr. 90. Chlorures : 6 gr. 95. Glucose : 0 gr. 41. Urée : 0 gr. 28. Réaction de Wasserman négative. Benjoin colloïdal : 00000.01222. 00000.

Sang : réactions de Wassermann, Hecht-Bauer, Kahn et Meinicke négatives. *Azotémie :* 0 *gr.* 18.

Urines : volume 900 cm³, densité 1005, réaction acide, urée 5 gr. 42 et chlorures 1 gr. 4 pour 1000 ; traces d'albumine. Pas de sucre. Aucun autre élément anormal.

Evolution : Les jours suivants, la tension artérielle s'élève à 24,5-14 (14 octobre) et se maintient à ces chiffres : 25,5-15, le 6 novembre. On note un léger bruit de galop et le signe de Kernig est encore net le 31 octobre. Apyrexie pendant tout le séjour à l'hôpital. Elle sort le 21 novembre 1933 en bon état.

OBS. III. — *Hémorragie méningée chez une syphilitique hypertendue artérielle. Azotémie :* 0 *gr.* 58. *Guérison.*

G... Marie, 72 ans, sans profession, entre à la salle Grasset le 11 juin 1937. Le 9 juin, la malade a présenté une violente céphalée, des troubles visuels et ne retrouvait plus sa demeure. Elle perd ensuite connaissance, tombe et entre dans le coma.

Le 10 juin elle est dans un profond coma : un médecin constate une hémiplégie gauche, un bruit de galop au cœur et une tension artérielle maxima de 27. Il fait une saignée de 400 gr.: la malade sort du coma pendant la saignée et mobilise son membre supérieur gauche.

Rien à noter dans les *antécédents*. Mari et enfants en bonne santé.

Examen : A l'arrivée, la malade répond aux questions, mais très difficilement et se trouve dans un état de torpeur marquée.

Il existe une hémiplégie gauche incomplète. Les réflexes tendineux sont diminués aux membres inférieurs. Signe de Babinski à gauche, pas de signes de Mendel ni de Rossolimo. On note un léger signe de Kernig, pas de raideur de la nuque. Pupilles normales.

Cœur : léger souffle systolique aortique, éclat du deuxième bruit. Pouls : 76. Tension artérielle : 24-13 (méthode auscultatoire) avec arythmie de tension.

Autres appareils : aucune anomalie. Température : 38°8.

Un examen extemporané des urines montre la présence d'albumine et de sucre.

Le lendemain matin : persistance des autres signes, apparition d'une raideur de la nuque. Tension artérielle : 23-11,5.

Liquide céphalo-rachidien sanglant (après centrifugation, liquide surnageant xanthochromique), tension : 55 cm. (manomètre de Claude) en position couchée. Cytologie : 610 éléments, dont 92 % de polynucléaires; chlorures : 6 gr. 70 ; glucose : 0 gr. 21. Réactions de Wassermann et de Müller négatives, réaction de Meinicke : ++++.

Sang : Réactions de Wassermann négative, Wassermann Debains ++, Hecht-Bauer +, Muller, +, Kahn présomption +, Kahn normale négative, Meinicke micro réaction ± et macro réaction négative. *Azotémie :* 0 *gr.* 58.

Urines : volume 250 cm³, réaction acide, densité 1018, urée : 16 gr. 9 et chlorures : 7 gr. 6 par litre. Albumine : 0 gr. 20 pour 1000, léger excès d'urobiline, ni pigments ni sels biliaires, ni glucose. Réaction de Meyer faiblement positive. Culot de centrifugation : leucocytes, rares hématies, cellules épithéliales, pas de cylindres.

Evolution : Traitement : acétylcholine 0 gr. 10 pendant 3 jours, citrate de soude ab ore. Le 14 juin, l'hémiplégie a complètement disparu, les réflexes rotuliens sont abolis. La température reste aux environs de 38°, 38°3 ; le pouls bat entre 70 et 80. Pas d'autre modification.

Le 14 juin, persistance d'un léger signe de Kernig et de l'aréflexie achilléenne. Aucune séquelle de l'hémiplégie. Température : 37°, 37°5 ; pouls : 65-70.

Le 21 juin, apyrexie, pouls à 80 ; *azotémie :* 0 *gr.* 31 ; dans les urines, traces légères d'albumine.

Le 1er juillet, le signe de Kernig a disparu, les réflexes rotuliens existent, quoique diminués, la marche est normale. La malade sort le 17 juillet, en cours de traitement par le muthanol.

OBS. IV. — *Hémorragie méningée chez un hypertendu artériel. Azotémie :* 0 *gr.* 59. *Guérison.*

C... Jean, 73 ans, mécanicien, entre le 8 novembre 1934 à la salle Combal. Il est amené dans un état subcomateux : il prononce seulement quelques paroles sans suite.

Antécédents : Paludisme ancien. Otite en 1913. Depuis quelque temps, le malade se plaignait souvent de céphalée, présentait des épistaxis à répétition et accusait de fréquents malaises avec somnolence.

Examen : Parésie des quatre membres, prédominant à droite. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Abolition des réflexes cutanés abdominaux. Pas de signe de Babinski. Paralysie pupillaire à la lumière.

Cœur : léger éclat diastolique. Tension artérielle : 18-10 (méthode auscultatoire). Poumons : bronchite diffuse. Autres appareils : rien à signaler. Température : 37°5.

Sang (10 novembre) : réactions de Wassermann, Hecht-Bauer, Kahn, Mullet et Meinicke négatives. *Azotémie* 0 *gr.* 59. Cholestérolémie : 2 gr. 10.

Urines : volume 500 cm³, densité 1013, réaction acide, urée : 16 gr. 9 et chlorures : 7 gr. 2 pour 1000, traces normales d'urobiline, ni albumine, ni sucre, ni sang, ni éléments biliaires.

Le 12 novembre : l'état psychique est inchangé, on constate un léger déficit moteur à droite, un signe de Babinski bilatéral, surtout net à droite. Paralysie pupillaire, pas de raideur ni de signe de Kernig. Température : 38° le soir.

Ponction sous-occipitale : liquide céphalo-rachidien sanglant et hypertendu, cytologie : 1600 éléments, presque tous des polynucléaires, chlorures : 6 gr. 85.

Le lendemain, 13 novembre, état stationnaire. Le signe de Babinski est moins net, les réflexes rotuliens sont présents, mais diminués. Il existe un signe de Kernig. La température est à 38°2 ; elle se maintiendra aux environs ou au-dessus de 38° pendant 12 jours.

Traitement: septicémine, sparto-camphre, sérum glucosé. Le malade sort en bon état, le 7 décembre 1934.

OBS. V. — *Hémorragie méningée chez une syphilitique. Azotémie :* 0 *gr.* 81. *Guérison.*

P... Louise, 58 ans, sans profession, entre à la salle Grasset le 21 janvier 1937, dans la nuit. Elle est dans le coma ; le début de la maladie remonterait à 2 ou 3 jours.

Antécédents : La malade aurait présenté des accidents analogues un an auparavant et, pendant 24 heures seulement, il y a trois mois. Ménopause à 50 ans ; un avortement ; un enfant en bonne santé. Mère morte à 87 ans, père mort d'un ictus.

Examen : Contracture des quatre membres, beaucoup plus marquée à droite, raideur de la nuque et signe de Kernig. Les réflexes tendineux sont exagérés à droite. Il n'existe pas de signe de Babinski, de Mendel ni de Rossolimo. Les pupilles sont en myosis et ne réagissent pas ; strabisme.

Cœur normal, pouls à 96, tension artérielle : 10-7 (méthode auscultatoire). Température : 37°2.

La ponction lombaire donne un liquide sanglant, tension : 15 cm. (manomètre de Claude) en position couchée.

Le lendemain, 22 janvier, le coma persiste, incomplet ; on note une hyperesthésie diffuse et une abolition du réflexe achilléen gauche, à droite il est normal. Température : 37°8 et le soir 38°4, pouls entre 80 et 100. Les autres signes sont inchangés.

Nouvelle ponction lombaire : liquide sanglant, réactions de Wassermann, Müller et Meinicke positives.

Sang : réactions de la syphilis très positives. *Azotémie : 0 gr. 81.*

Urines : volume 750 cm³, réaction acide, densité 1021, urée : 23 gr. 6 et chlorures : 5 gr. 8 pour 1.000. Traces très nettes d'albumine, léger excès d'urobiline, ni sels ni pigments biliaires, pas de sucre. Réaction de Meyer positive. Culot de centrifugation : leucocytes, hématies, cellules épithéliales, pas de cylindres.

Evolution. — Traitement : injection de sérum glucosé isotonique et ingestion de chlorure de calcium. Le 24 janvier, le malade reprend connaissance : il ne se souvient de rien, sauf du début des accidents, qui sont apparus brutalement, comme une syncope, dit-il.

La force musculaire est conservée, les réflexes rotuliens sont normaux, les achilléens diminués. Ni Babinski, ni Mendel, ni Rossolimo. Abolition des réflexes cutanés abdominaux. Les réflexes pupillaires sont très diminués, il n'y a plus de strabisme. On note un léger signe de Kernig et une légère raideur de la nuque.

La température se maintient entre 38° et 38°5, le pouls bat à 70.

Dans les jours qui suivent, la température atteint 39° le soir, 38° le matin, puis s'abaisse progressivement à partir du 28 janvier. Le pouls reste aux environs de 70. Le 3 février, on constate que la raideur a complètement disparu. On institue un traitement par le cyanure de mercure intraveineux à partir du 29 janvier. La malade sort en bon état, le 5 mars 1937.

On peut, à l'aide de ces observations, essayer de dégager les caractères essentiels de l'hyperazotémie des hémorragies méningées.

1. Fréquence. — Elle est fréquente, en dehors des néphrites, puisque nous l'avons notée 5 fois sur 7 hémorragies méningées (plus de 71 % des cas).

Il faut souligner du reste que le dosage de l'urée sanguine n'a, pour certains malades, été effectué qu'une fois : d'où la possibilité d'hyperazotémies méconnues.

2. Degré. — Elle est de degré variable : les chiffres extrêmes constatés sont 0 gr. 58 et 1 gr. 30. En faisant la moyenne, on obtient, pour ces cinq malades, le taux de 0 gr. 81 pour 1.000.

3. Traduction clinique. — L'azotémie ne se traduit, dans ces cas, par aucun signe clinique de la série urémique habituelle.

La connaissance de cette hyperazotémie peut-elle fournir une explication à la persistance, souvent notée, des troubles psychiques et de la torpeur, alors que l'hémorragie date de plusieurs semaines et qu'il n'existe ni fièvre ni réaction liquidienne importante pour témoigner d'un processus inflammatoire méningé ? Nous ne le pensons pas, car l'azotémie a déjà régressé alors que les signes nerveux existent encore.

Mais l'hyperazotémie n'est vraisemblablement que le témoin de modifications humorales complexes qui accompagnent la résorption du sang épanché. Aussi l'explication envisagée plus haut, — et que rendent d'ailleurs peu vraisemblable les réserves depuis longtemps formulées sur la toxicité de l'urée, — peut sans doute s'appliquer à d'autres corps azotés, nés de la dégradation sanguine.

Il est intéressant de signaler à ce propos l'observation rapportée par Fiessinger, Michaux et Herbain : ils ont constaté, après une hémorragie cérébro-méningée, une recrudescence des accidents nerveux coïncidant, à plusieurs reprises, avec des décharges de polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien. Il se produit parfois, dans ces cas, une hyperpolypeptidorachie par autolyse sans élévation proportionnelle de la polypeptidémie.

4. Evolution. — L'hyperazotémie est transitoire. Dans les 3 cas où le dosage a été répété, le taux de l'urée sanguine est revenu rapidement à la normale : chez un malade, l'azotémie passe de 1 gr. 30 à 0 gr. 35 en 10 jours et se maintient dans la suite constamment aux environs de ce chiffre (0 gr. 28 six mois et demi plus tard) ; chez un autre, l'urée s'abaisse de 0 gr. 77 à 0 gr. 18 en quelques jours également et, dans une troisième observation, de 0 gr. 58 l'azotémie passe à 0 gr. 31 en dix jours.

Par ailleurs, des recherches actuellement en cours dans notre service, paraissent démontrer que l'élévation de l'urée sanguine n'est pas immédiate, mais apparaît environ 48 heures après le début de l'hémorragie. Elle atteint très rapidement son maximum et disparaît en quelques jours, souvent deux ou trois jours, si l'hémorragie s'arrête.

4. Importance diagnostique. — L'existence fréquente de ce symptôme au cours des hémorragies méningées mérite d'être connue pour éviter de porter à tort le diagnostic d'urémie. Trois cas de complexité croissante peuvent se présenter.

a) *Urémie à forme nerveuse.* Hémorragie méningée et urémie possèdent des traits cliniques communs : céphalée, torpeur ou coma, troubles psychiques, convulsions, vomissements ; l'une et l'autre peuvent s'accompagner, on le sait, d'albuminurie et, nous venons de le voir, d'hyperazotémie. Enfin, dans les deux cas, quoiqu'avec des rapports différents, l'hypertension artérielle est fréquente.

Les causes d'erreur sont donc nombreuses. Le diagnostic différentiel repose surtout sur :

— L'anamnèse : notion de passé rénal chez les urémiques ;

— Les signes associés. Les signes distinctifs les plus typiques dans l'hémorragie méningée sont : le signe de Kernig, les parésies diffuses à prédominance hémiplégique, le signe de Babinski, souvent bilatéral, et l'hyporéflexie tendineuse des membres inférieurs.

L'urémie s'accompagne d'ordinaire de symptômes digestifs et respiratoires, de modifications urinaires spéciales, en particulier de cylindrurie, de symptômes de rétention chlorurée et de signes humoraux d'insuffisance rénale, telle l'hyperpolypeptidémie souvent massive dans le cas de grands accidents (Puech, Cristol et Monnier).

Dans l'hémorragie méningée, on peut observer une hyperpolypeptidémie (Fiessinger, Michaux et Herbain). Dans notre observation I, l'indice de polypeptidémie est de 0 gr. 036 : il s'agit donc d'une élévation modérée.

— L'évolution : différente dans les deux cas ;

— La constatation de sang dans le liquide céphalo-rachidien, signe définitif de l'hémorragie méningée.

b) *Urémie avec réaction méningée*. Dans ce cas, le diagnostic devient très difficile et repose sur la double constatation de signes rénaux associés et d'un liquide céphalo-rachidien non sanglant.

c) *Urémie avec hémorragie méningée*. Cette dernière possibilité rend le problème encore plus complexe. Il s'agit d'ailleurs d'une éventualité relativement fréquente, plus peut-être qu'on ne le dit classiquement : sur 12 hémorragies méningées, nous en avons observé quatre cas.

Mais ce qu'il faut savoir c'est que la constatation simultanée d'une hémorragie méningée et d'une hyperazotémie est loin de résoudre le problème : l'hémorragie arachnoïdienne peut être la cause ou la conséquence de l'azotémie.

5. Valeur pronostique. — *L'azotémie aiguë des hémorragies méningées* ne comporte pas de signification pronostique fâcheuse. C'est là une confirmation de la règle générale qui interdit de formuler un pronostic sur un seul dosage de l'urée sanguine. *Tous nos malades ont guéri.*

Par contre les *hémorragies méningées que nous avons observées au cours des néphrites chroniques hyperazotémiques ont toutes été mortelles.*

Cette différence de pronostic confirme bien l'importance du diagnostic différentiel.

6. Déduction thérapeutique. — Ne créant point d'indication thérapeutique spéciale, l'hyperazotémie, témoin de perturbations humorales consécutives à la résorption sanguine, impose cependant la ponction lombaire, après arrêt de l'hémorragie, pour évacuer les déchets toxiques de l'hématolyse.

7. Mécanisme pathogénique. — Pour essayer d'élucider ce mécanisme, il faut considérer un certain nombre de faits dont le rapprochement sera d'une grande utilité.

a) On doit noter d'abord les *caractères mêmes de l'azotémie* des hémorragies méningées : son apparition secondaire, son évolution rapide et son taux très variable suivant les malades.

b) Rappelons ensuite l'*hyperpolypeptidémie*, d'ailleurs modérée, après les hémorragies méningées, qui s'oppose à la « grande hyperpolypeptidémie » (égale ou supérieure à 0 gr. 18 ou 0 gr. 20) décrite par Puech, Cristol et Monnier, dans les néphrites, au cours des « crises d'urémie ». Elle se rapproche au contraire de l'hyperpolypeptidémie de cytolyse, résultant en particulier des interventions chirurgicales, des traumatismes, des brûlures, de l'action des rayons X (Pierre Duval et Roux). Dans ces cas, on observe un véritable balancement entre azotémie et polypeptidémie, le foie transformant en urée une partie des polypeptides libérés par la destruction tissulaire : ceci peut parfaitement s'appliquer à la résorption des collections sanguines méningées.

c) Il faut signaler l'existence, dans les hémorragies méningées, de *modifications urinaires*, dont l'une est classique, l'albuminurie et l'autre, non signalée d'ordinaire, nous a paru constante, d'après les observations étudiées : l'oligurie. Parfois, on trouve quelques rares hématies dans les urines, jamais de cylindres.

d) Il est intéressant de rapprocher nos constatations, dans l'hémorragie arachnoïdienne, de l'*hyperazotémie qu'on observe après les hémorragies digestives* abondantes ou les grandes épistaxis dégluties. Plusieurs communications récentes à la Société médicale des Hôpitaux de Paris ont attiré l'attention sur ces faits jusqu'ici peu étudiés en France et dont l'un de nous a observé plusieurs exemples démonstratifs. Les hyperazotémies des hémorragies méningées et digestives ont beaucoup de caractères communs.

e) H. Aboulker, dans un travail récent, signale que *l'azotémie peut relever d'un trouble fonctionnel végétatif* d'origine centrale et admet l'existence de centres régulateurs de l'équilibre sanguin, comparables à ceux qui règlent la pression artérielle.

Enfin, récemment, Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, Robert-Wallich et Feldstein étudient la part du système nerveux dans certaines néphrites et, rapprochant plusieurs faits cliniques et expérimentaux, décrivent le groupe des « *néphropathies d'origine nerveuse* ». On relève en particulier plusieurs cas d'hyperazotémie réalisée par une perturbation nerveuse fonctionnelle et disparaissant quand ce trouble régresse : telle l'observation de Rollet et Colrat qui, chez une malade traitée pour néphrite chronique mixte, avec azotémie à 1 gr. 07, découvrent une compression cérébrale et voient disparaître les signes de néphrite dans les semaines qui suivent l'extirpation d'un méningiome.

De la comparaison de ces faits, on peut dégager quelques notions pathogéniques.

La *résorption sanguine* joue un rôle indiscutable, comme le prouvent la nécessité d'un temps d'incubation pour l'apparition du phénomène et l'existence d'hyperazotémies tout à fait comparables après les destructions tissulaires, en particulier les hémorragies digestives. Il est probable que l'élévation de l'urée sanguine résulte de la transformation partielle par le foie des polypeptides libérés.

Un deuxième facteur nous paraît important : *l'oligurie*, qui relève de la déperdition sanguine et peut-être d'un trouble vaso-moteur ou d'une insuffisance rénale fonctionnelle.

L'intervention d'un *facteur nerveux* est possible, qu'il s'agisse d'un véritable réflexe végétatif modifiant

directement les humeurs et le métabolisme ou qu'on ait affaire à une action indirecte d'ordre vaso-moteur, s'exerçant sur la circulation rénale.

Enfin la participation d'un *facteur rénal* nous semble logique dans les hyperazotémies marquées. Mis à part les troubles vaso-moteurs, on peut admettre une insuffisance rénale fonctionnelle transitoirement provoquée chez des sujets à reins fragiles par l'élimination des déchets de l'hématolyse.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ABOULKER. Azotémie, hypertension artérielle, hyperleucocytose sanguine, modifications de la pression et de la constitution du liquide céphalo-rachidien, Wassermann positif peuvent être des signes d'hypertension intracranienne et des réflexes de lésions encéphaliques et craniennes péri-encéphaliques. *Soc. de Méd. d'Alger*, déc. 1937.

ABRAMI, Mme BERTRAND-FONTAINE, ROBERT-WALLICH et FELDSTEIN. Contribution à l'étude des néphropathies d'origine nerveuse. *Presse Méd.*, 19 janv. 1938, p. 97.

DUVAL P. et ROUX. Les polypeptides et les « maladies à hyperpolypeptidémie » dans la pathologie chirurgicale. *Journ. Méd. Franç.*, janv. 1938, p. 3.

DUVAL P., ROUX et GOIFFON. Essai sur l'intoxication par les polypeptides. *Presse Méd.*, 14 nov. 1934, p. 1785.

FIESSINGER, MICHAUX et HERBAIN. Les troubles nerveux de la grande insuffisance hépatique. Essai clinique et pathogénique. Méningites toxiques et polypeptidorachie. *Rev. de Méd.*, déc. 1930, p. 819.

PUECH, CRISTOL et MONNIER. La polypeptidémie dans les rétentions azotées. *Gaz. des Hôp.*, 1931, pp. 959 et 999.

SERRE H. Quelques cas d'hyperazotémie après hémorragies digestives et epistaxis abondantes, *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, séance du 24 juin 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 4 JUILLET 1938

La supercentrifugation au froid doit conduire à la stabilisation et à la stérilisation des milieux biologiques. — M. Maurice PIETTRE.

Production de tumeurs par régénération entretenue dans les testicules des oiseaux. — MM. Ch. CHAMPY et J.-P. LAVEDAN.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

SÉANCE DU 13 MAI 1938

Traitement chirurgical du pied plat valgus douloureux. — M. André TRÈVES estime que le pied plat valgus est très fréquent chez l'enfant. Le port de semelles spéciales et la gymnastique y remédient. Plus rare est le pied plat valgus douloureux, pour lequel on peut pratiquer le redressement forcé ou intervenir chirurgicalement. L'opération doit bloquer les articulations de la torsion (médio-tarsiennes et sous-astragaliennes) et réformer la concavité de la voûte plantaire. M. Trèves présente deux malades chez lesquels, après avoir ouvert et avivé le chopart et la sous-astragalienne, il a prélevé sur le bord interne du pied un coin osseux qu'il a placé dans la fente trop large du chopart. Cette technique donne d'excellents résultats au point de vue de la forme et de la fonction. Il faut y ajouter l'allongement opératoire des péroniers rétractés.

M. MASSART rapporte un mauvais résultat d'arthrodèse et préconise le redressement après section au niveau du col de l'astragale.

M. GALLIOT se demande si nombre de pieds plats de l'enfance ne guérissent pas spontanément, car chez l'adulte la proportion de 30 p. 100 ne se retrouve plus.

De l'involution de la cavité utérine après irradiation du fibrome. — MM. Ch. GUILBERT, FRAIN, TORTAT et LE GUERN.

Sur une nouvelle méthode de radiodiagnistic intestinal. — M. RENAUX.

L'intérêt du lipiodol intra-utérin dans l'étude de la stérilité féminine. — M. LAËNNEC.

Quelques réflexions sur la stérilité conjugale. — M. DEVRAIGNE étudie les causes nombreuses de la stérilité conjugale, dont le diagnostic, souvent difficile, doit être précisé, et d'où découlent des traitements multiples et souvent associés.

M. BLOCH-WORMSER, du même avis dans l'ensemble, élève un plaidoyer en faveur de l'insufflation des trompes.

M. SEGUY estime cette dernière moins précise que le lipiodol, et d'autre part étudie la stérilité masculine.

L'examen du sperme, dans les cas de stérilité conjugale, doit être très précis, portant non seulement sur le nombre, mais sur la morphologie, la motilité et la vitalité des spermatozoïdes.

Ce sont les cas où les spermatozoïdes sont déficients en qualité qui sont les plus graves, parce que, à l'heure actuelle, incurables.

En effet, les extraits hypophysaires antérieurs ne donnent aucune amélioration mais bien souvent, au contraire, une aggravation.

L'hormone sexuelle mâle améliore l'état général, mais laisse indifférent le mauvais état des spermatozoïdes. Seule, la Vitamine E injectable a donné à l'auteur un succès.

Au total, ces cas de déficience de qualité sont beaucoup plus graves que les déficiences de quantité, puisque, même dans l'azoospermie totale par séquelle d'épididymite gonococcique, l'intervention chirurgicale d'anastomose épididymo-différentielle permet de guérir 30 p. 100 des cas.

M. LUYS insite sur les causes masculines de stérilité.

Diathermo-coagulation des métrites. — M. MARCEL présente un film en couleurs sur les différentes phases de ce traitement.

Erratum. — (Séance du 11 mars 1938.) — Lire : MM. Séane et Violle précisent les indications respectives de Saint-Nectaire et des stations de diurèse. (Voir *Gaz. Hôp.*, n° 37, du 7 mai 1938.)

SÉANCE DU 28 MAI 1938

La séance solennelle est consacrée à la mémoire de Victor Pauchet, ancien Président de la Société.

Eloge funèbre de Victor Pauchet. — M. PEUGNIEZ.

Les progrès de la chirurgie gastro-intestinale de 1910 à 1930. Le rôle de Victor Pauchet dans ces progrès en France. — M. LARDENNOIS rappelant les premières étapes de la chirurgie gastrique et la vogue de la gastro-entérostomie, montre comment la gastrectomie s'est peu à peu imposée et comment la technique s'en est rapidement précisée. Dans la chirurgie intestinale, il expose comment certains points de détail, comme le décollement colo-épiploïque l'ont simplifié, comment les résections partielles et les libérations de brides ont dû céder le pas aux colectomies totales. Dans la chirurgie du rectum, il indique pourquoi des opérations

si meurtrières autrefois sont devenues presque de pratique courante. A propos de chacune de ces catégories d'interventions, il invoque le rôle de V. Pauchet qui a été celui non seulement d'un animateur et d'un adaptateur, mais aussi celui d'un véritable créateur.

Les infarctus viscéraux. — M. RAYMOND GRÉGOIRE montre que sous ce nom on confond deux affections bien différentes par leur cause, leur évolution, leur pronostic et leur traitement. L'Infarcissement d'un viscère peut être dû à uns obstruction vasculaire, artérielle ou veineuse ; cette lésion définitive produit la mort totale ou partielle de l'organe atteint et la chirurgie ne peut qu'enlever ce qui est mort. C'est l'infarctus vrai. Mais cet infarcissement peut se produire, dans d'autres cas, sans obstruction vasculaire, c'est « l'infractus inexpliqué » qui n'amène la mort totale ou partielle de l'organe que s'il est méconnu. Au contraire, si le traitement hypertenseur est fait à temps, il conduit à la guérison totale et rapide des accidents. L'affection peut atteindre tous les viscères et doit porter le nom d'apoplexie pour la distinguer de l'infarctus vrai. Elle est caractérisée par la chute de la tension, la disparition momentanée des hémotoblastes, la stase sanguine locale ou généralisée. Cet accident est produit par toute cause irritant le système sympathique viscéral : traumatisme, excitants physiques, chimiques, toxiques et électriques. Expérimentalement on peut l'obtenir par la méthode anaphylactique et anaphylactoïde. Les apoplexies viscérales sont en somme la résultante d'une apoplexie capillaire provoquée par une irritation du système neuro-végétatif. Grâce à cette interprétation physiologique, la thérapeutique rationnelle qui en découle est la médication hypertensive d'urgence, l'adrénaline semblant actuellement être l'agent le plus actif. Mais, en plus, les accidents pouvant aller jusqu'à la mort du viscère atteint, il faut, chaque fois qu'on le peut, aller d'urgence vérifier opératoirement l'état de l'organe et se comporter suivant les conditions : conserver l'organe si sa vitalité n'est pas compromise, l'enlever s'il est gangrené, l'extérioriser en cas de doute. Toutes ces constatations montrent donc, qu'à côté des infarctus, maladies locales et rédhibitoires, il faut ouvrir un chapitre d'ensemble pour ces apoplexies viscérales, manifestations locales d'un trouble général.

Victor Pauchet et la Gastrectomie. — M. P. LE GAC présente, par une série de films au ralenti, la technique de V. Pauchet dans la gastrectomie en insistant sur certains points de détail, en particulier sur la fermeture du duodénum en cas d'ulcus térébrant dans le pancréas.

Considérations sur la chirurgie du cancer du rectum. — M. LUQUET rappelle les directives qui guidaient Victor Pauchet dans cette chirurgie — conduite générale à tenir en présence d'un cancer du rectum, multiplicité des voies d'abord, application de chacune d'elles à des cas déterminés. En appliquant ces principes, l'auteur a pu opérer 36 malades atteints de cette affection avec 85 % de guérisons opératoires.

A propos de mille cas de gastrectomies pour ulcère et cancer. — M. HIRCHBERG insiste sur le rôle de la gastrite dans l'évolution de l'ulcère et du cancer. L'examen anatomo-clinique de 1.000 résections gastriques montre l'importance particulière de la gastro-pylorite métaplasique caractérisée par une transformation intestinale, de la muqueuse pylorique. Cette lésion, extrêmement fréquente, nous explique la transformation cancéreuse de l'ulcère gastrique et la localisation très fréquente des ulcères et des cancers dans la région basse de l'estomac. La gastro-pylorite à elle seule peut nécessiter une résection soit pour des hémorragies à répétition, soit dans des cas d'hyperchlorhydrie irréductible. La lutte contre la gastrite et les causes qui la provoquent doit être un sujet de préoccupation constante pour les médecins spécialisés ou non.

———

SÉANCE DU 10 JUIN 1938

Notions récentes sur le vertige. — M. A. HAUTANT estime que le vertige est lié à des troubles névralgiques dus à des altérations névritiques des la VIIIe paire. Les épreuves d'examen du nerf auditif permettent de séparer le vertige névralgique et le vertige névritique. Il faut également préciser le siège de ce vertige ; le vertige périphérique se caractérise par un syndrome de Menière pur, vertige, surdité, bourdonnement, le vertige tronculaire ou intracranien se manifeste par un syndrome de Menière associé, avec céphalée occipitale, atteinte du trijumeau, raideur de la nuque et altération des épreuves vestibulaires. Dans le cas de vertige tronculaire, l'exploration de la fosse cérébelleuse et la section, complète ou incomplète de la VIIIe paire est indiquée.

La chirurgie du nerf auditif dans le traitement des vertiges de Menière (*avec film opératoire en couleurs*).— MM. AUBRY et OMBREDANNE.

La définition de l'asthme. — M. HOULIE estime qu'à la notion d'asthhme dyspnée respiratoire, il faut substituer la notion d'asthme asphyxie produite par diminution du calibre des bronchioles, ce qui a pour effet de situer les faits dans leur cadre réel et partant de faciliter le diagnostic.

Film de Neuropsychiatrie. — M. LAIGNEL-LAVASTINE présente une série de films pris dans son service de l'hôpital de la Pitié. Ces films montrent successivement des convulsions épileptiques consécutives à l'injection intra-veineuse de pentaméthylènetétrazol d'abord chez des déments précoces, ensuite chez un lapin ; 2° le délire onirique d'un maçon vivant son travail au cours d'un accès de délirium tremens ; 3° des alcooliques présentant un syndrome cérébelleux ; 4° une paraplégie hystérique rapidement guérie par la psychothérapie ; 5° une abolition unilatérale du réflexe cutané abdominal dans une sclérose en plaques ; 6° l'obésité monstrueuse d'une fille de 16 ans ; 7° un spasme facial chez une parkinsonienne ; 8° des attitudes hébéphréniques.

Ulcères gastriques. — M. NEMOURS AUGUSTE présente quelques intéressantes radiographies d'ulcus des faces de l'estomac.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La stroboscopie du larynx. Séméiologie stroboscopique des maladies du larynx et de la voix, par Jean TARNEAUD, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire National de Musique. 1 vol. de 90 pages, avec 8 figures. — Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Insufflation tubaire kymographique par la méthode de Rubin, par Louis BONNET, ancien chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 96 pages, avec figures. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. La pathologie du colonial rapatrié, par F. BLANC et L.-A. BORDES, médecins commandants, professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — 1 vol. in-16 de 244 pages. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SPÉCIALISATIONS

La question de l'enseignement des spécialités et de la création de doctorat à mentions, reste plus que jamais à l'ordre du jour. Elle a soulevé et soulèvera encore bien des débats passionnés, aussi avons-nous cru intéressant de demander à deux maîtres dont l'expérience ne peut être contestée, de bien vouloir nous donner leur avis sur la question.

M. le professeur SERGENT, à qui rien de l'enseignement n'est étranger, m'a déclaré :

« Les acquisitions, dues aux progrès constants de la science, sont tellement nombreuses à notre époque, qu'il est impossible au même homme de les posséder toutes ou tout au moins, de les appliquer toutes avec une expérience bien établie. C'est pourquoi nous sommes dans l'obligation d'envisager la nécessité de la spécialisation. Mais, comme le proclamait mon maître Gaucher, *le bon spécialiste est celui qui est devenu spécialiste* PAR SURCROÎT. » Et comme je trouvais cette définition très heureuse, rappelant qu'il faut une culture médicale *totale* pour arriver à choisir une spécialité, selon ses tendances personnelles, M. Sergent d'ajouter en complétant sa pensée : « Tous les bons praticiens sont capables de diagnostiquer et de soigner une bronchite, un état d'hyposystolie, une crise d'urémie ; mais s'il s'agit de préciser le siège et le traitement d'une tumeur cérébrale, ou d'un abcès du poumon, ou bien plus, le diagnostic d'une affection oculaire, il faudra appeler un médecin qui, pendant de longues années se sera particulièrement adonné à la pratique de cas spécialisés. »....

« L'EXPÉRIENCE DE LA SPÉCIALITÉ, ajoute alors M. Sergent, *ne peut s'édifier que* SUR L'EXPÉRIENCE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ; admettons que des certificats spéciaux soient adjoints complémentairement au doctorat qui doit rester le test obligatoire de la licence d'exercice professionnel. Admettons qu'un professeur de clinique devra, pour l'enseignement supérieur, fournir, par l'ensemble de ses travaux personnels, la preuve de sa compétence spéciale. *Mais, pour le praticien comme pour le professeur, exigeons la formation générale de base* et n'arrivons pas à nous trouver acculés à la nécessité de créer, comme je l'ai souvent fait prévoir un brevet de SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ! »

Le professeur MARFAN, dont l'autorité morale n'est discutée par personne, a tenu à cœur de nuancer sa pensée ; il a bien voulu dans les termes suivants, nous donner son avis :

« Les perfectionnements et les complications des techniques d'exploration et de traitement ont conduit nécessairement à la spécialisation médicale. Certaines spécialités exigeant une préparation longue et laborieuse et ne pouvant s'exercer qu'à l'aide d'instruments particuliers, dont l'emploi demande une éducation particulière, il est naturel qu'on désire les consacrer par un certificat spécial.

Mais l'étude de ces spécialités devrait s'ajouter aux études de médecine générale communes à tous les praticiens et les certificats spéciaux ne devraient être délivrés qu'à des médecins possédant déjà le diplôme de docteur d'omnipratique. *Celui qui se spécialise trop tôt, n'ayant pas encore un fond suffisant de connaissances biologiques et médicales, risque de devenir un praticien routinier et borné.*

Les certificats spéciaux devraient être *en petit nombre.* Ils ne sont légitimes que pour les spécialités qui exigent une préparation particulière et une instrumentation dont l'omnipraticien est ordinairement incapable de se servir.

LE CERTIFICAT SPÉCIAL NE DEVRAIT CONFÉRER AUCUN PRIVILÈGE. Il serait seulement, pour le public une très sérieuse garantie de compétence. *Mais un omnipraticien, ayant appris telle ou telle partie spéciale des sciences médicales, devrait avoir le droit d'exercer cette spécialité sans certificat.* »

La déclaration du professeur Marfan a envisagé tout l'aspect du problème.

L'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris, devant l'avis de nos maîtres les plus représentatifs sur la question si controversée de la qualification des spécialistes, constate que jusqu'à ce jour, ceux-ci estiment, comme MM. Marfan et Sergent, que la *formation générale de base* doit être exigée de tous. Des certificats ou attestations spéciaux peuvent être admis, mais en petit nombre, et à la condition qu'ils sanctionnent une spécialisation préparée *après* la thèse. En un mot, seuls des docteurs en médecine devraient être autorisés à se spécialiser.

MAURICE MORDAGNE.

CHRONIQUE

DEUX VOYAGES MÉDICAUX D'ÉTUDES A VALS-LES-BAINS

Deux voyages médicaux importants viennent d'avoir lieu à Vals, les 25 et 26 juin dernier. La Faculté de médecine de Montpellier s'est rencontrée avec les médecins hygiénistes de la région lyonnaise et de la Vallée du Rhône.

Les étudiants de Montpellier étaient accompagnés par MM. les professeurs G. Giraud, R. Puech, P. Delmas, Turchini et Aimes.

Les médecins hygiénistes par MM. les professeurs M. Piery et Rochaix (de Lyon).

Les visiteurs ont été accueillis par le corps médical de Vals, ayant à sa tête son doyen, le docteur Chabannes, dont le jubilé professionnel avait été célébré peu de jours avant par ses confrères de la Station.

La visite de la station dirigée par les confrères de Vals. et M. Raynaud, directeur de l'exploitation de Vals Saint-Jean permit aux visiteurs de connaître les principales sources Saint-Jean, Perles, Favorite, Reine et leurs buvettes ; les magnifiques embouteillages modernes, dont Vals Saint-Jean a donné l'exemple et l'établissement thermal.

Une double conférence a été faite à l'Hôtel des Bains. Le prof. Puech a décrit les propriétés générales du bassin hydrominéral de Vals et précisé les grandes indications thérapeutiques de cette cure. Le docteur Uzan s'est surtout attaché à mettre en évidence les acquisitions nouvelles et récentes d'ordre biologique, chimique et physico-chimique relatives aux eaux minérales de Vals. Depuis 1930, de très nombreux travaux ont été faits dans cet ordre d'idées qui ont trouvé leur sanction dans une série de thèses soutenues devant les Facultés de Lyon, de Marseille et de Montpellier.

M. Uzan a fait ensuite une conférence vive et alerte qui a été extrêmement goûtée, en même temps que les précisions apportées par le prof. Puech, laissaient dans l'esprit des auditeurs des notions cliniques parfaitement dépouillées.

Dans la soirée du samedi, un banquet et une réception avaient été offerts aux étudiants de Montpellier par le Comité de propagande de la station de Vals, à la tête duquel se trouvaient M. Martin-Terrasse, le distingué adjoint au maire, et M. Chalamon, représentant des sociétés des eaux minérales de Vals.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Liste des prix à décerner en 1938

(Bourses de fondations, dons et legs, Bourses municipales)

I. — Prix et bourses destinés à récompenser des travaux scientifiques (thèses, etc.)

Prix Barbier, 3.000 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Bernheim, 800 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais) (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Boulay, 10.000 francs. — Recherches sur le cancer. Délivré par l'Institut du cancer (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Chatauvillard, 3.500 francs. — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises) (inscription jusqu'au 31 janvier 1939).

Prix Déroulède, 900 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Desmazes, 1.800 francs. — Récompense du meilleur traité sur la grippe (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Léon Frey, 5.400 francs. — Récompense du meilleur mémoire sur un sujet de stomatologie (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Gérard Martinet, 2.850 francs. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc..., susceptibles d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Jeunesse, 2.600 francs. — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Leri, 1.350 francs. — Prix à un auteur de nationalité française, pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publiés au cours de l'anné 1937 (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Monthyon, 2.300 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1937 (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Rigout, 800 francs. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou bactériologique (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Saintour, 12.000 francs. — Sur le sujet suivant : « Acidose diabétique ». Indiquer de la façon la plus précise les recherches ou missions poursuivies, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Le registre d'inscription n'est exigé.

Prix Sicard, 30.000 francs. — 1 ou 2 bourses, dans le but de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publications, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

II. — Prix et bourses destinés à venir en aide à des étudiants méritants et peu fortunés

Anonyme, 2.825 francs. — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Carville, 1.350 francs. — 2 bourses au profit de deux étudiants français laborieux et peu fortunés (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Chauffour, 800 francs. — Bourse à un étudiant distingué et peu fortuné (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Demarle, 700 francs. — Bourse à un étudiant méritant (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Dieulafoy, 6.300 francs. — Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Faucher. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examen pour deux étudiants français et deux étudiants polonais (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Hervieux, 3.200 francs. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Bernard Laignel-Lavastine, 1.800 francs. — Destiné à récompenser un travailleur désigné par le professeur d'anatomie.

Lannelongue, 500 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Lévy-Franckel, 800 francs. — A un élève méritant de la clinique médicale Hôtel-Dieu (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Marjolin. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, ayant recueilli avec soin les observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service) (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

De Rothschild, 3.000 francs. — Bourses à deux étudiants de préférence israélite (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Serge Henry Salle, 180 francs. — Achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Prix Segond, 5.600 francs. — Bourses à des intrnes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Seligmann. — Bourse de 10.000 francs, destinée à soigner un externe des hôpitaux de 3e année, ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

De Trémont, 2.000 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

Véret, 500 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 15 octobre 1938).

III. — Bourses municipales

Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés, soit à Paris, soit dans le département de la Seine, où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1938.

Les demandes établies sur papier timbré à 5 francs (sauf pour les pupilles de la Nation) et accompagnées, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, soit pour les bourses destinées à venir en aide aux étudiants d'un état de situation de fortune certifié, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Pour tous renseignements, s'adreser au secrétariat de la Faculté (bureau du rédacteur).

NOTES POUR L'INTERNAT

MALADIE DE BASEDOW

Signes — Diagnostic — Indications thérapeutiques

C'est, historiquement, à la triade symptomatique :
— Goitre,
— Exophtalmie,
— Troubles cardio-vasculaires,
que doit être réservé le nom de maladie de Basedow. Syndrome endocrino-sympathique, qu'à la faveur des travaux modernes, il faut considérer comme l'aspect le plus fréquent et le plus connu, du syndrome général « hyperthyroïdie ».

S'observant avec prédilection chez *la femme*, et surtout aux différentes étapes de la vie génitale, la maladie de Basedow voit son pronostic s'améliorer constamment :
— Du fait des moyens actuels de diagnostic : épreuves pharmacodynamiques et surtout études comparatives du *métabolisme basal*, dont l'importance primordiale doit être soulignée d'emblée ;
— Du fait des possibilités thérapeutiques actuelles, en particulier de l'association médico-chirurgicale, dont les statistiques récentes soulignent la valeur.

Etude clinique

Le début

— Est exceptionnellement *brusque*, à la suite d'une émotion, ou d'un traumatisme — qui ne font, en fait, que révéler, en l'exagérant, un trouble thyroïdien déjà existant.
— Est généralement *insidieux*, *lent* et progressif : c'est une femme jeune qui devient irritable, bizarre, agitée et se plaint de bouffées de chaleur, de palpitations, d'insomnies — autant de signes qu'on pourrait interpréter comme des manifestations névropathiques banales (et qu'on traite souvent comme telles au début), jusqu'à ce qu'apparaisse un des maîtres symptômes, commandant alors la mesure du *métabolisme basal*, déjà augmenté.
C'est généralement à la puberté,
— Ou lors d'une grossesse,
— Ou parfois après un accouchement, que l'un des signes majeurs apparaît : c'est le plus souvent, une congestion thyroïdienne, annonciatrice du goitre qui va se constituer après quelques poussées congestives.

PERIODE D'ETAT

Quand le tableau morbide est réalisé, le diagnostic se fait à première vue :
Une femme aux yeux saillants, au regard fixe et brillant, aux gestes saccadés, se plaint avec volubilité de bouffées de chaleur, de palpitations, de troubles menstruels, d'amaigrissement.
Un examen rapide montre l'existence de la *tétrade symptomatique*.

1) *Le goitre.*

— Reproduit en gros la forme du corps thyroïde ;
— Elargit la base du cou, soit uniformément, soit asymétriquement au profit du lobe droit ;
— De volume modéré ;
— De consistance élastique (du moins au début), demi-molle, partiellement réductible, soumis à des mouvements d'expansion systolique, car c'est un *goitre vasculaire*, dont témoignent encore
Le *frémissement* perçu au palper ;
Les *souffles*, systoliques, ou continus à renforcement systolique, perçus à l'auscultation, particulièrement nets au pédicule thyroïdien supérieur (Lian).
— Il est mobile sous la peau, mais adhère à la trachée, dont il suit les mouvements.
— Il ne s'accompagne d'aucun trouble de compression.
— Il est indolent (sauf parfois au moment des poussées).
— On a signalé (Lian) une hyperesthésie de la peau à son niveau.

2. *L'exophtalmie.*

C'est elle qui donne aux basedowiens leur facies si particulier, cette expression « de colère figée ».
Elle est : presque toujours bilatérale ;
Directe : l'œil est propulsé droit en avant ;
Réductible : le globe oculaire se laisse refouler dans l'orbite ;
Non inflammatoire ;
Sans aucun trouble visuel.
Les pupilles restent normales, ainsi que le tonus des globes. L'étrangeté du regard est également la conséquence d'un certain nombre de manifestations, qui témoignent :
— Du manque de synergie entre les muscles du globe et les muscles fronto-palpébraux ;
— D'un certain degré de parésie des muscles du globe.
Ces manifestations variées réalisent autant de signes oculaires, qu'un examen complet met aisément en évidence.
Tels sont :
Le signe de Stillway : quand le malade ferme les paupières, la paupière supérieure n'arrive pas à s'abaisser suffisamment et le globe oculaire remonte se cacher sous elle.
Cette inocclusion des paupières peut engendrer une irritation cornéenne : aussi les conjonctivites, les kératites sont-elles courantes chez ces malades.
Les *signes de Jeoffroy* et de *De Graefe*, mettant en évidence l'inertie du frontal et l'asynergie oculo-palpébrale.
Le *signe de Mœbius*, qui prouve la parésie musculaire par la difficulté de la convergence.
Leur intérêt est d'ailleurs très secondaire, et faut-il attacher plus d'importance à cette particularité quasi constante, qu'il est impossible souvent d'*obtenir une fixité suffisante du regard* pour permettre leur recherche.

3. *Le tremblement* est le troisième signe qui attire l'attention. Il est menu, fait de petites oscillations brèves (5 à 10 par seconde).
— Spontané, non influencé par la volonté.
— Tantôt continu, tantôt intermittent.
— Parfois *partiel*, mis en évidence aux extrémités par les manœuvres habituelles.
— Parfois *généralisé*, entraînant alors une certaine agitation motrice, mais rarement gênante.
— La constatation, rapidement faite, de ces trois symptômes, impose l'étude du pouls, mettant en évidence le quatrième symptôme majeur :

4) *La tachycardie* · signe le plus précoce, le plus constant, comme le plus rebelle aux traitements.
Subjectivement traduite par les sensations pénibles qu'elle provoque (anxiété, palpitations, crises de tachycardie paroxystique), elle est :
— Permanente,
— Persistante et inconsciente,
— Régulière (100-120 pulsations égales par minute),
— Totale, normotrope, généralement *sinusale.*

G. LE SUEUR.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 61. — SAMEDI 30 JUILLET 1938. 111° ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

La mort de S. M. la Reine Marie de Roumanie

Le deuil qui vient de frapper le Roi, la famille royale et la Roumanie, a été ressenti très profondément en France.

Tout le monde, chez nous, sait quel grand rôle joua la noble souveraine dans le rapprochement de la Roumanie et de la France dès le début de la grande guerre.

Les médecins français, qui dans les ambulances roumaines, ont été les témoins du dévouement de la royale infirmière, ont gardé la plus respectueuse admiration pour sa bonté agissante, pour son courage jamais abattu, pour son magnifique rayonnement.

C'est de tout cœur qu'ils s'associent à la douleur de leurs confrères roumains.

Hôpitaux de Paris. — *Le concours de l'internat* s'ouvrira le mercredi 12 octobre 1938, à 9 heures, au Parc des Expositions, Porte de Versailles, Paris (15e).

S'inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, samedis et dimanches exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le 1er septembre jusqu'au 19 septembre inclusivement.

— La répartition dans les services hospitaliers de MM. les *internes en pharmacie* pour l'année 1938-39 et de MM. les *internes en médecine* pour le 2e semestre 1938-39, aura lieu les 29 et 30 septembre pour les internes en pharmacie, et les 10 et 11 octobre, pour les internes en médecine en 1re année et les externes en premier non affectés.

Hôpital-Hospice de Dieppe. — Un poste d'interne à l'hôpital de Dieppe a être incessamment vacant. Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur de l'hôpital-hospice. La liste d'inscription sera close le 31 août 1938.

Hôpitaux de Rouen. — *Le concours de l'externat* s'ouvrira le 13 octobre prochain. Inscription jusqu'au 27 septembre inclus au Secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

Le *concours de l'internat en médecine* s'ouvrira le 17 novembre 1938. Inscription jusqu'au 1er novembre inclus, au Secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

Faculté de médecine d'Alger. — M. Benhamou, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1938, professeur d'hygiène, hydrologie et climatologie à la Faculté de médecine de l'Université d'Alger (dernier titulaire de la chaire : M. Weber).

Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille. — Un concours pour une place d'agrégé dans la section d'ophtalmologie aura lieu en octobre 1939.

Un concours pour une place d'agrégé dans la section de médecine et un concours pour une place d'agrégé dans la section de chirurgie auront lieu en octobre 1940.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira, le mercredi 25 janvier 1939, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Sont nommés, pour quatre ans, membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique et jusqu'à l'expiration des pouvoirs de cette assemblée : M. GOSSET, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris ;

M. J. Lépine, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon ; et M. G. Roussy, recteur de l'Académie de Paris.

Légion d'honneur. — Colonies. — *Officier :* le docteur Alexandre Herpin (à Paris).

La *Gazette des Hôpitaux* est heureuse d'adresser ses très affectueuses félicitations à son excellent collaborateur.

Distinctions honorifiques. — Ordre de la Santé publique. — *Commandeur :* MM. Chifoliau et J. Huber (Paris), Le Nouenne (Le Havre), G. Ramon, Paul Strauss, Achard, F. Bezançon et Couvelaire (Paris), Lambret (Lille), Jean Lépine (Lyon), Louis Martin, Parisot, Roussy, Thomas (Marine), Tanon et H. Vincent (Paris).

Médaille des épidémies. — La médaille des épidémies en or est décernée, à titre posthume, à M. le docteur Darbas (René), médecin de la santé publique à Marchand (Maroc), décédé victime de son dévouement.

— La médaille en vermeil est décernée à M. le médecin auxiliaire Morat (René-Emile), de la 25e section d'infirmiers militaires.

Guerre. — *Mutations.* — Médecins colonels : M. Courboules, chirurgien et spécialiste des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Robert-Picqué à Villenave-d'Ornon, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 18e région, à Bordeaux) ; M. Pernod, de l'infirmerie hôpital de Chambéry, président de commission de réforme, est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon.

Médecins lieutenants-colonels : M. Saulnier, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Louis Vaillard à Tunis, est affecté à l'hôpital militaire Legouest, Metz : M. Guilmain, de l'hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon, est maintenu et désigné comme président de commission de réforme.

L'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre, 8, rue Roquépine, Paris (8e), prie instamment les confrères appartenant ou non à un groupement, mais non mobilisables et qui accepteraient un emploi dans la défense passive contre les gaz et bombardements, de s'inscrire auprès du président, docteur Lièvre-Brizard.

Congrès français de chirurgie. — Le mardi 4 octobre prochain, à 8 h. 30, les docteurs Fernand Masmonteil et Valentin Charsy organiseront une séance opératoire de chirurgie osseuse et orthopédique suivie de présentation de films en couleur.

Ces interventions seront exécutées dans le nouveau Bloc chirurgical à cellules opératoires aseptisables par brouillard condensé (stérilisation des cellules opératoires entre chaque intervention, de la Clinique du Landy, 23, rue du Landy, à Saint-Ouen).

Congrès français de stomatologie. — On annonce que le prochain Congrès français de stomatologie aura lieu à Paris, du 10 au 15 octobre 1938.

Le Bureau est ainsi constitué :

Président : docteur Lacronique.

Vice-Présidents : docteur L'Hirondel et docteur Beltrami (de Marseille).

Secrétaire générale : docteur Mme Papillon-Léage.

Trésorier : docteur Ginestet.

Le premier rapport : sur les adénites géniennes, sera traité par le professeur Dubecq (de Bordeaux).

Le deuxième rapport : sur les dystrophies dentaires de l'hérédo-syphilis, par le docteur Lebourg.

Le docteur Hénault a été chargé de la question en discussion ; elle portera sur la vaccinothérapie en stomatologie.

CORRESPONDANCE

Le *Laboratoire national de Contrôle des Médicaments* nous adresse, sous le couvert de l'Association de la Presse médicale française, la lettre suivante, dont nous croyons utile de communiquer le texte à nos lecteurs :

« Monsieur le Président,

« La publication de la liste des spécialités remboursables à titre des Assurances sociales a amené certains fabricants à utiliser cette publication dans un but publicitaire.

Je me permets de vous signaler, en tête de cette liste, une note qui précise parfaitement la portée de cette liste. Cette note est ainsi conçue :

« La classification établie tend uniquement à limiter les « dépenses des Caisses d'assurances sociales. Elle n'implique aucune hiérarchie dans la qualité des produits énumérés et n'affecte en aucune façon leur valeur thérapeutique. Elle fixe seulement, dans un intérêt financier, « compte tenu du prix et des possibilités de remplacement « des produits spécialisés, la limite de l'intervention des « Caisses. »

« Vous estimerez certainement que, en utilisant comme argument publicitaire le classement de leurs produits, certains fabricants de spécialités ne se conforment pas aux principes les plus élémentaires de la déontologie professionnelle.

« Les principes qui ont servi aux travaux de la Commission pourraient, peut-être, être revisés et entraîner, pour ceux qui utiliseraient cette forme de diffusion de leurs produits, une modification de leur taux de remboursement.

« Il m'est apparu utile de vous en faire part.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes distingués sentiments.

« *Le Directeur du Laboratoire national,*
« Lormand. »

Médecins, chirurgiens et spécialistes présents à Paris pendant les vacances

Médecine générale. — Le docteur Jean Antonelli, 62, rue Violet, présent du 1er août au 30 septembre.

Médecine infantile. — Docteur Maurice Kaplan, médecin des hôpitaux, 12, rue César-Franck, absent en juillet. Présent du 1er août à fin septembre.

Dermato-vénéréologie. — M. le docteur Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, sera présent, comme chaque année, en juillet, août et septembre.

Médecine générale et pédiatrie. — M. le docteur Emile Gilbrin, 260, boulevard Saint-Germain, sera présent à Paris pendant les grandes vacances.

Neuro-psychiatrie. — M. le docteur Schaeffer, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, 170, rue de la Pompe, sera à Paris pendant les mois d'août et septembre.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le docteur Louis Leroux, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, sera présent à Paris à partir du 1er septembre.

XVIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE

Paris, 31 *mai*, 1er *juin* 1938

La pupille en neurologie

(Résumé des rapports)

Premier rapport. — **Les pupilles à l'état statique,** par M. J. Bollack.

I. — Moyens d'exploration : la pupillométrie

Dans cette première partie est envisagée la technique de l'examen pupillaire. Elle varie suivant le but recherché.

S'agit-il d'un examen clinique courant ? Il suffira de respecter certains principes d'examen concernant : l'éclairement de la salle d'examen ; la nature de la source lumineuse et son incidence ; la position des yeux examinés. L'usage d'une loupe binoculaire ou d'un microscope cornéen est très utile.

S'agit-il d'une étude minutieuse de la pupille normale ou pathologique ? L'usage d'appareils précis, ou *pupillomètres*, est nécessaire. Le problème de la pupillométrie est très complexe, car l'analyse d'un mouvement pupillaire doit envisager, d'une part, les *conditions intrinsèques* de ce mouvement, c'est-à-dire à la fois son *amplitude*, sa *rapidité* et sa *forme ;* elle doit tenir compte, d'autre part, des facteurs *extrinsèques*, lumineux ou autres, qui ont servi à le déclencher.

Les appareils actuellement utilisables peuvent être, suivant leur principe, divisés en trois groupes :

1° Les pupillomètres vrais, ayant seulement pour but de *mesurer* le diamètre pupillaire à l'état statique ou dynamique (amplitude). Les plus simples sont des calibreurs pupillaires (pupillomètres de comparaison, pupillomètres tangentiels) ; d'autres permettent de projeter l'image d'une graduation sur l'image agrandie de la pupille, pupillomètres de projection ; les plus récents sont ceux de Ferree et Rand, de Nayrac et Franchomme, ce dernier recherchant, par l'établisement d'un pourcentage, une mesure numérique du réflexe photomoteur.

2° Les pupillomètres *différentiels* (Hess, Sander, etc.) mesurent numériquement le seuil d'excitabilité photomotrice de la pupille, c'est-à-dire la plus petite différence d'intensité lumineuse, capable de déclencher la contraction, sans tenir compte des qualités intrinsèques du réflexe.

3° Les *méthodes graphiques* permettent seules d'apprécier la valeur intrinsèque du mouvement pupillaire, au moyen de courbes établies, soit par excitations différentes et *successives* de la pupille (pupillomètres de Kleefeld, de Bujadoux et Kofman) ; soit mieux par l'analyse d'un *seul* mouvement de la pupille provoqué par une excitation unique. La méthode *cinématographique* a seule permis d'établir des « pupillogrammes » précis (méthode pupillographique de O. Löwenstein) pour l'étude des mouvements normaux ou pathologiques de la pupille : types individuels de la réaction pupillaire normale, phénomènes de la fatigue pupillaire, modifications pupillaires initiales de la syphilis cérébrale, etc.

Dans l'ensemble, le problème de la pupillométrie clinique est malaisé à résoudre, car il est difficile de réaliser un appareil qui remplisse simultanément les conditions suivantes : donner des renseignements de valeur supérieure à ceux des procédés courants ; être simple et d'un maniement rapide ; tenir compte de tous les éléments du problème ; éliminer les nombreuses causes d'erreur tenant à l'observateur, à l'observé et à l'appareil lui-même.

II. — Etude clinique de la pupille a l'état statique

Cette étude, qui doit toujours précéder celle des mouvements de l'iris, porte successivement sur la forme, sur le diamètre de la pupille et sur l'état du tissu irien lui-même.

1° Les modifications pathologiques de la *forme* de la pupille peuvent s'observer isolées ou accompagnées de troubles de la mobilité irienne. Leur valeur sémiologique est grande dans l'un comme dans l'autre cas. Elles peuvent se présenter suivant deux types schématiques, d'ailleurs souvent associés : la *déformation* et l'*irrégularité*. L'irrégularité peut être d'apparence primitive ou être secondaire à des phénomènes inflammatoires décelables de l'iris. Avant d'attribuer à ces modifications une signification étiologique générale, les causes locales (traumatismes, iritis, glaucome, etc.) devront être éliminées.

2° Les *altérations du tissu irien*, considérant les variations de son aspect suivant les individus et l'âge, sont souvent d'appréciation difficile. Elles se manifestent par des modifications de la couleur, du dessin et de la transparence de l'iris, et peuvent être totales, segmentaires, localisées à certaines zones, la région pupillaire en particulier. Elles sont très souvent associées à des modifications de la forme pupillaire (surtout dans les atrophies au secteur) et de la motilité irienne. La rigidité du tissu irien conditionne parfois l'inertie pupillaire. Dans le signe d'Argyll Robertson, existerait une atrophie spéciale de l'iris, apparaissant secondairement à la disparition du réflexe photomoteur, fait en faveur de l'hypothèse de l'origine périphérique du symptôme (Dupuy-Dutemps). Il ne semble pas, en réalité, y avoir de relations absolument constantes entre les deux phénomènes, certaines atrophies existant sans modification du réflexe, et le signe d'Argyll Robertson pouvant évoluer depuis longtemps sans que l'atrophie se manifeste.

3° Il est difficile de déterminer les limites du *diamètre* physiologique de la pupille en dehors des cas extrêmes et de dire exactement où commencent le myosis ou la mydriase, étant donnée la variabilité de ce diamètre suivant les individus et, suivant le moment, chez un même sujet.

La pupille est constamment mobile avec les variations d'éclairage ou d'accommodation et les facteurs psychiques. L' « inquiétude pupillaire » due à des fluctuations du tonus propre de l'iris, se distingue de la mobilité pupillaire par le fait que les contractions sont limitées à certains secteurs, qu'elles sont de très faible amplitude, asymétriques et indépendantes de toute excitation lumineuse ou autre.

L'*anisocorie*, ou inégalité pupillaire, facilement reconnue en général, peut être fixe ou transitoire, statique ou dynamique. Avant de conclure à une anisocorie pathologique, il faut éliminer :

a) Les anisocories physiologiques : congénitales ou provoquées par une différence d'éclairement des deux yeux, par le regard latéral (Morselli, Tournay) ;

b) Les anisocories de cause oculaire : myosis par affection irienne ou cornéenne, mydriase par traumatisme du globe, par glaucome, etc.

Ce n'est qu'après cette élimination qu'on pourra donner à la constatation du symptôme toute sa valeur sémiologique.

Deuxième rapport. — **Les pupilles à l'état dynamique,** par A. Monbrun.

Dans cette partie du rapport sont étudiées les réactions pupillaires à l'état physiologique. Les pupilles sont sans cesse en mouvement. Elles dosent la lumière qui frappe la rétine. Associées à la vision de près, elles sont liées à l'accommodation des cristallins comme à la motilité des yeux. Elles trahissent nos douleurs et ne sont pas indifférentes à la plupart de nos sensations.

Mue par deux muscles lisses, qui s'opposent l'un à l'autre, la pupille expose à ciel ouvert les réactions du sympathique et du parasympathique, tandis que la dualité du système nerveux végétatif se dérobe à notre observation directe dans les autres organes.

L'*irido-constriction à la lumière* est un vrai réflexe. Les autres irido-constrictions sont des mouvements associés. L'auteur étudie le comportement du réflexe photo-moteur (direct et consensuel) et les divers facteurs qui en modifient l'intensité. Ceci lui permet de montrer dans quelles conditions on doit rechercher le réflexe pour éviter de multiples causes d'erreur (la lumière employée, l'obscuration préalable, la région de la rétine à éclairer, la « fatigue pupillaire », etc... Un examen oculaire et ophtalmoscopique est indispensable pour ne pas attribuer à un trouble neuro-pupillaire une déficience du réflexe due à des lésions oculaires proprement dites.

La réaction hémiopique de Wernicke a une valeur incontestable quand elle est positive. Elle indique une altération de la bandelette. Négative, elle a peu d'intérêt.

L'*irido-constriction à l'accommodation-convergence* n'est pas un réflexe. C'est un mouvement associé à l'accommodation du cristallin et à la convergence des globes oculaires. De même que pour l'irido-constriction à la lumière, l'auteur étudie le mécanisme et les meilleures conditions d'examen de cette réaction.

Parmi les *autres mouvements associés*, la *réaction de Tournay* mérite une attention particulière. Les pupilles normales sont égales à l'état statique comme à l'état dynamique. Cependant, si l'on maintient le regard intégralement d'une façon soutenue, la pupille qui regarde en dehors devient plus grande que la pupille qui regarde en dedans.

Certains *réflexes* sont *indépendants de la fonction visuelle*. L'irido-dilatation à la douleur est produite par les excitations les plus diverses : pincement des orteils, excitation d'un muscle ou d'un nerf, douleurs viscérales, etc. (*réflexe sensitivo-moteur*). De même que la douleur, les impressions auditives, tactiles, gustatives et même visuelles désagréables, vives ou inattendues provoquent la mydriase (*réflexe sensitivo-moteur*). Il en est de même d'une forte impression psychique, telle que la peur, une émotion vive ou un gros effort cérébral. A côté de ces *réflexes psychiques*, il faut signaler le réflexe idéo-moteur, ou réflexe à l'attention de Haab, qui, au contraire, donne du myosis (l'attention étant attirée sur une source lumineuse faible et éloignée, ou même le seul fait de penser à la lumière).

Mécanisme des mouvements de la pupille. — Le *parasympathique* innerve le *sphincter* par l'intermédiaire de la troisième paire, en même temps qu'il commande l'accommodation du cristallin. Le réflexe photo-moteur est déclenché par des fibres spéciales (fibres « pupillaires ») indépendantes des fibres visuelles proprement dites. Elles cheminent dans le nerf optique et dans la bandelette, qu'elles abandonnent avant que celle-ci n'atteigne le corps genouillé externe, suivent le bras antérieur du tubercule quadrijumeau antérieur et se dirigent vers les noyaux de la troisième paire.

Le *sympathique* innerve le *dilatateur*. Les récentes constatations de Karplus et Kreidl (1909-1928) permettent de dire que le centre irido-dilatateur, localisé depuis longtemps dans la moelle cervicale par Budge, se prolonge en haut jusque dans la région hypothalamique. Et tout récemment (1938), Garcin et Kipfer ont obtenu, sur plusieurs chiens, un myosis paralytique unilatéral en provoquant des lésions limitées de la couche optique.

L'iris a une sensibilité propre (indépendante de celle qui lui est donnée par le trijumeau). C'est la *photo-irritabilité de l'iris*. Elle est due à des cellules contenues dans le tissu irien, assurant à celui-ci une certaine « automotricité ».

La théorie neuro-humorale et les mouvements de la pupille. — Les travaux de Lœvi, de Dale et de Cannon et ses élèves (1920-1936) ont établi que la contraction des muscles lisses est due à la production locale d'une substance « réceptrice » intermédiaire entre le nerf et la cellule motrice. L'excitation du *sympathique* produit sur place de l'*adrénaline*, tandis que le *parasympathique* produit de l'*acétylcholine*. Cette conception vient d'être confirmée en ce qui concerne l'œil (1934-1936).

Substances activantes ou paralysantes du sympathique et du parasympathique irien. — La théorie neuro-humorale qui oppose l'adrénaline à l'acétylcholine cadre parfaitement avec ce que l'on sait depuis longtemps des effets de certains médicaments — utilisés en collyres — sur la pupille et sur l'accommodation du cristallin.

1° *Sympathicomimétiques.* — L'adrénaline est un sympathicomimétique « parfait », mais son instillation en collyre ne produit qu'une légère mydriase. En injectant quelques gouttes d'adrénaline sous la conjonctive du lapin, Monbrun a obtenu une mydriase localisée au niveau de l'injection (décentrement de la pupille, celle-ci étant attirée du côté des fibres dilatatrices excitées).

L'éphédrine et la cocaïne, excitants du sympathique sont mydriatiques.

2° *Parasympathomimétiques.* — L'ésérine et la pilocarpine, d'un usage courant en ophtalmologie, produisent un spasme du sphincter irien et de l'accommodation du cristallin.

L'excitation du parasympathique libère localement de l'acétylcholine. D'autre part, cette substance, utilisée en thérapeutique depuis plusieurs années, agit comme parasympathomimétique. Injectée dans l'organisme, elle produit la dilatation des vaisseaux rétiniens. Il était intéressant de savoir quelle pouvait être l'action directe de l'acétylocholine sur la pupille. Les expériences de Monbrun sur le lapin montrent que l'acétylcholine en injection sous-conjonctivale (1/100) produit en deux minutes un myosis très accentué. La même technique a permis à l'auteur de transformer, transitoirement, chez l'homme une mydriase paralytique avec paralysie de l'accommodation en myosis avec spasme de l'accommodation.

3° *Sympatholytiques.* — Antagonistes des sympathomimétiques, ils en inversent les effets. Avec la corynanthine (isomère de l'yohimbine). Justin-Besançon et Voisin ont obtenu du myosis, tandis que l'accommodation restait intacte.

4° *Parasympatholytiques.* — D'un usage courant, l'atropine, l'homatropine et l'euphtalmine sont des mydriatiques cycloplégiques. En même temps, ils paralysent le sphincter et l'accommodation du cristallin.

Rappelant l'*épreuve des collyres* de Coppez et la « mydriase provoquée », l'auteur en étudie la valeur et l'intérêt pratique pour le diagnostic des myosis paralytiques ou spasmodiques et des mydriases paralytiques ou spasmodiques.

Troisième rapport. — **Les pupilles dans les affections neurologiques médicales,** par M. E. VELTER.

I. — MODIFICATIONS DU DIAMÈTRE DES PUPILLES

a) *Myosis et mydriase.* — L'appréciation de diamètre pupillaire est très difficile, et, à l'état isolé, les modifications pupillaires bilatérales n'apportent que peu de secours à la clinique. Il en est de même de l'irrégularité pupillaire à l'état isolé ;

b) *Inégalité pupillaire.* — Elle peut être fixe, transitoire et à bascule. L'inégalité pupillaire physiologique peut s'observer en cas d'éclairage inégal et dans le regard latéral. Les inégalités pathologiques peuvent s'observer :

1° Dans les *affections de la région basilaire*, soit par atteinte de l'oculomoteur, soit par un mécanisme plus complexe ;

2° Dans les *méningites aiguës*, avec ou sans atteinte de l'oculomoteur ;

3° Dans les *méningites chroniques*, surtout *syphilitiques ;* le plus souvent, elle s'associe alors à des ophtalmoplégies, et surtout avec le signe d'Argyll-Robertson ;

4° Dans la *paralysie générale et le tabes*, à côté des anisocories associées à des paralysies de la troisième paire, existent des anisocories isolées ou associées à des altérations des réflexes. C'est un des signes les plus précoces de la paralysie générale ; il s'agit alors surtout de mydriase ; l'épreuve des collyres peut la déceler précocement ; les troubles réflexes n'apparaissent que secondairement. Dans le tabes, elle est plus rare, à type de myosis, et est précédée du signe d'Argyll-Robertson ; en cas de myosis très serré, l'inégalité pupillaire peut être appréciée par l'épreuve des collyres ; les mydriatiques agissent fort peu en cas de tabes ;

5° Dans les *lésions des pédoncules cérébraux*, les inégalités pupillaires sont produites par des lésions radiculaires ou nucléaires de la troisième paire ; c'est à cette forme que se rattachent les anisocories de la sclérose en plaques et de l'encéphalite épidémique. Dans les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, l'absence de symptômes d'atteinte de la troisième paire permet de penser que les troubles ne sont pas d'origine paralytique ;

6° Dans les *affections d'origine toxique* (polynévrite éthylique, diabète), l'anisocorie a été signalée ;

7° Dans les *syndromes sympathiques*, l'inégalité pupillaire est le symptôme fondamental : le syndrome de déficit, caractérisé par le myosis, est la modalité habituelle, associé aux autres éléments du syndrome de Claude Bernard-Horner ; le syndrome d'excitation est d'une extrême rareté et habituellement dissocié. Ces syndromes sympathiques peuvent être d'origine cervicale, radiculaire, médullaire, bulbaire ou même suprabulbaire.

Les *inégalités pupillaires par action à distance* sont plus rares, qu'elles soient dues à un réflexe à court trajet (affection dentaire, amygdalienne, naso-sinusienne, etc.) ou à un phénomène de répercussivité sympathique ou parasympathique.

II. — Perturbations des réflexes et réactions pupillaires

A. *Perte isolée du réflexe à la lumière.* — Quoique, pour certains auteurs qui se fondent essentiellement sur le point de vue historique, le signe d'Argyll-Robertson est un syndrome relativement complexe, en pratique, on peut entendre sous ce nom l'abolition isolée du réflexe pupillaire d'adaptation à la lumière ; ce qui importe, c'est l'intégrité de la réaction pupillaire à l'accommodation-convergence, qui implique obligatoirement l'intégrité de l'innervation motrice de l'iris par l'oculomoteur commun. Dans la syphilis, les caractères qui donnent au signe d'Argyll-Robertson une valeur quasi pathognomonique sont sa fixité, l'invariabilité du diamètre pupillaire, la dissociation d'avec le mouvement d'accommodation convergence, le fait qu'il est souvent bilatéral, accompagné de myosis, d'inégalité, de déformation pupillaire, l'absence de réponse douloureuse et vestibulaire, et la dilatation incomplète par l'atropine.

La coexistence d'atrophie irienne ne semble pas une preuve de l'origine périphérique du signe d'Argyll-Robertson.

Il existe indiscutablement des cas de signe d'Argyll-Robertson non syphilitique, en particulier, au cours du zona ophtalmique, mais il faut les interpréter avec prudence.

B. *Perte isolée de la réaction pupillaire à l'accommodation-convergence.* — Elle est très rare et est concomitante de troubles importants de l'accommodation ou de la convergence. C'est un symptôme très particulier aux troubles parkinsoniens post-encéphalitiques.

C. *Réactions pupillaires paradoxales.* — Ce sont les dilatations paradoxales à la lumière et à l'accommodation-convergence, absolument exceptionnelles.

D. *Absence de tout réflexe et de toute réaction pupillaire.* — Cette rigidité pupillaire totale peut résulter d'une ophtalmoplégie ou être le terme final d'une longue série de modifications pupillaires, le plus souvent d'origine syphilitique.

III. — Perturbations du mode de rétrécissement et d'élargissement des pupilles

A. *Réactions pupillaires accélérées ou amplifiées.* — Le type en est l'hippus, dont la valeur sémiologique est fort discutée.

B. *Réactions pupillaires ralenties et anormalement prolongées : réaction pupillaire myotonique.* — La pupille tonique est souvent associée à l'aréflexie tendineuse, réalisant le syndrome d'Adie. Ses caractères essentiels sont les suivants :

Unilatéralité avec pupille en mydriase variable d'un jour à l'autre ;

Inégalité pupillaire très apparente ;

Perturbations du réflexe à la lumière ; en réalité, cette abolition n'est qu'apparente, et on observe une dilatation par obscuration prolongée, puis une contraction lente par éclairage intense ;

Perturbations de la contraction pupillaire à l'accommodation-convergence ; c'est là le phénomène essentiel : contraction et décontraction sont régulières et extrêmement lentes.

La pupille tonique ansi définie peut s'observer dans toute une série d'affections, et en particulier au décours d'une ophtalmoplégie interne ; mais elle peut s'observer isolément et présente alors un caractère de fixité et de durée très spéciale ; l'aréflexie tendineuse, habituellement associée en ce cas, présente les mêmes caractères ; mais ce syndrome d'Adré est d'interprétation fort difficile.

Quatrième rapport. — **Les pupilles dans les traumatismes craniens et les humeurs cérébrales,** par E. Hartmann.

I. — Traumatismes craniens

A. *Troubles pupillaires précoces.* — Dans les fractures *fermées du crâne*, les examens sont souvent hâtifs et incomplets. Les pupilles sont souvent dilatées, mais il est difficile d'attacher une valeur sémiologique et pronostique particulière au myosis et à la mydriase. La mydriase est, en tout cas, plus fréquente que le myosis, et c'est l'immobilité pupillaire qui est avant tout le symptôme grave. La mydriase est habituellement homo latérale, mais cette règle souffre des exceptions, et pour plusieurs auteurs, il s'agit là d'un signe aussi inconstant qu'infidèle. L'aréflexie va souvent de pair avec la mydriase et serait, pour la plupart des auteurs, un symptôme de gravité. Presque toujours les troubles pupillaires sont l'indice d'une compression par un hématome intradural.

Dans les *commotions*, on peut observer les mêmes troubles.

Dans les plaines *pénétrantes du crâne*, la mydriase est presque la règle en cas de gros délabrements.

B. *Troubles pupillaires tardifs.* — Ils sont assez exceptionnels, qu'il s'agisse d'inégalité pupillaire par mydriase homolatérale ou d'abolition isolée du réflexe photomoteur

des deux côtés, où plus souvent, du côté de la blessure. Leur mécanisme semble fort complexe.

Dans tous ces cas, le rapporteur souligne le rôle prédominant des lésions encéphaliques par rapport aux lésions basilaires, et le rôle important des troubles vaso-moteurs.

II. — TUMEURS CÉRÉBRALES

On y observe habituellement de la dilatation pupillaire.

L'inégalité pupillaire semble sans valeur localisatrice.

Les modifications pupillaires n'ont de valeur qu'en l'absence d'atteinte de la troisième paire et de troubles visuels.

L'abolition isolée du réflexe pupillaire d'adaptation à la lumière présente un intérêt considérable en ce qu'elle contribue à localiser une lésion dans la région des tubercules quadrijumeaux antérieurs ; cette valeur localisatrice est à son maximum lorsque le trouble pupillaire s'associe à une paralysie des mouvements verticaux du regard.

Cinquième rapport. — **Recherche d'explications physiopathologiques,** par A. TOURNAY.

Dans ce rapport, l'auteur passe en revue les divers problèmes d'interprétation que pose l'étude des phénomènes pupillaires.

1° *En partant de l'observation journalière du clinicien* se pose une première série de questions, par l'étude de l'inégalité pupillaire, par la provocation de réflexes, par l'examen des conditions dans lesquelles s'effectuent le rétrécissement et l'élargissement des pupilles, par exemple en cas de pupille tonique. Une deuxième série de questions se pose en suivant l'observation clinique des malades porteurs de troubles pupillaires ou en cherchant à pénétrer dans quelles conditions de pathogénie ces troubles se sont développés ;

2° *En arrivant parmi les prospections et les défrichements de l'expérimentateur et de l'anatomiste* se posent toute une série de problèmes anatomiques et physiologiques du plus haut intérêt.

Ces nombreux problèmes sont évoqués par le rapporteur en un questionnaire détaillé.

Exposé des travaux du Fonds Déjerine.

Les polynévrites expérimentales, par J. AJURIAGUERRA.

L'auteur se propose de présenter un rapport d'ensemble sur les travaux relatifs aux polynévrites expérimentales poursuivis au laboratoire Déjerine, sous la direction du professeur Lhermitte. Après un bref historique de la question, il pose d'emblée l'important problème de l'autonomie des polynévrites en le localisant au domaine de l'expérimentation et souligne la discordance des résultats obtenus ; les causes de celle-ci lui apparaissent, avant tout, les généralisations hâtives, les expériences portant, par des voies et doses différentes, sur des animaux d'espèces différentes soumis à des conditions différentes ; il souligne le danger des animaux neufs « non préparés ».

L'avantage de l'expérimentation est justement de pouvoir en varier à volonté les modalités et modifier ainsi artificiellement le métabolisme. C'est ainsi que l'étude de la polynévrite alcoolique lui a montré la différence de l'action de l'alcool sur des animaux nourris normalement et sur des animaux hypo-alimentés. Les premiers ont présenté des phénomènes parétiques importants, tandis que les seconds résistent depuis six mois à l'intoxication. L'étude de l'intoxication dite alcoolique est précédée des recherches sur l'intoxication saturnine, le venin d'abeille, les toxines tétanique et diphtérique. Ces dernières permettent d'affirmer l'autonomie des polynévrites.

Très souvent, cependant, les atteintes de la moelle et des nerfs sont simultanées, mais parfois les mêmes toxiques peuvent donner des lésions exclusivement médullaires et névritiques.

L'étude des polynévrites expérimentales met enfin en évidence des phénomènes d'apparence paradoxale. C'est ainsi que la toxine tétanique produit, chez les cobayes, des contractions toniques, malgré la dégénération profonde des cellules radiculaires et même des nerfs périphériques.

Etude électrophysiologique de la régulation posturale, par P. MOLLARET.

Jusqu'à une époque très récente, il existait un contraste extrême, en ce qui concerne la régulation posturale, entre les données de la physiologie, de la clinique et de l'électrologie. Pour les physiologistes, l'existence d'un mécanisme régulateur était démontrée à l'évidence, et ce dernier rentrait dans le concept de l'innervation réciproque de Sherrington. Pour les cliniciens, l'évidence en était comparable, la contraction paradoxale de Westphall, les réflexes dits de posture de Foix-Thévenard et de Delmas-Marsalet, en constituaient un témoignage certain. Or, les électrologistes, non seulement par les techniques classiques d'exploration, mais même par cette mesure précise d'excitabilité qu'est la chronaxie, restaient impuissants à mettre en évidence une modification quelconque d'excitabilité des muscles intéressés, parallèle aux modifications de la posture locale et générale. Bourguignon, dans sa thèse de sciences, avait affirmé que la contraction tonique d'un muscle normal ne modifie pas sa chronaxie. Il est vrai de remarquer maintenant que ses expériences avaient porté alors non sur une modification passive de la posture, mais sur le maintien volitionnel d'un certain degré de contraction.

Chez l'animal, deux séries d'expériences parurent, par la suite, avoir une valeur positive. Chez la grenouille, M. et Mme Lapicque, en 1928, constatèrent des faits convaincants : selon que le pied était placé, par rapport à la jambe, en extension ou en flexion, la chronaxie du nerf moteur se modifie ; elle diminue lors de l'extension du muscle ; cette métachronose disparaît par section des nerfs sus-jacents ; la tension du muscle, enfin, est le facteur déterminant, puisque la suspension de poids croissant à l'extrémité du muscle entraîne des modifications progressives de la chronaxie. Chez le pigeon, A. Rudeanu et M. Bonvallet constatent, en 1932, des changements des chronaxies motrices, selon la position du membre, mais ici le sens des variations demeure réellement imprécis.

Quelques faits, tenus pour douteux par certains, dont Bourguignon, sont ensuite apportés chez l'homme. Chez le sujet sain, D.-A. Markow, en 1929, conclut que la contraction volontaire modifie la chronaxie. H. Laugier, W. Libersohn et B. Néoussikine, en 1930, admettent que sur le biceps brachial, comme sur les extenseurs et les fléchisseurs des doigts, les changements de posture entraînent des variations inverses des chronaxies. Chez des sujets pathologiques, quelques faits également paraissent avoir une certaine valeur suggestive. Chez des parkinsoniens post-encéphalitiques, Bourguignon et Marinesco, dès 1927, remarquent que certains alcaloïdes font varier à la fois les chronaxies périphériques et l'attitude spontanée des membres. Chez les hémiplégiques, Marinesco, Sager et Kremdler (1930) constatent que l'étirement d'un muscle contracturé entraîne un abaissement de sa chronaxie. Le fait le plus suggestif peut être fourni par l'étude de l'inversion posturale du signe de Babinski (phénomène de Guillain-Barré, 1916) ; dans un cas indiscutable, P. Mollaret et H. Beau démontrent que, sous l'influence d'une double variation posturale, générale (décubitus ventral) et locale (flexion segmen-

taire), la chronaxie de l'extenseur peut quadrupler en même temps que le réflexe s'inverse.

Mais toutes ces constatations restaient fragmentaires, et Bourguignon réservait, à leur propos, certaines possibilités d'erreur : peu d'amplitude des variations, rôle de la fatigue, rôle de la douleur dans les positions forcées, déplacement des électrodes lors de chaque changement de position.

Une première série d'expériences sur des chiens fut faite par P. Mollaret. Partant de cette constatation que le rapport des chronaxies des muscles extenseurs et fléchisseurs des extrémités est inverse au niveau de la patte antérieure et de la patte postérieure, il s'est demandé si cette différence ne provenait pas du fait que les mesures étaient effestuées en position fléchie pour la patte antérieure, en position étendue pour la patte postérieure.

Etudiant alors, sur la même patte, le passage successif d'une position à l'autre, il constate l'inversion du rapport chronaxique correspondant. Poursuivant l'analyse de cette métachronose, il démontre que celle-ci est déterminée par une action des centres supérieurs, qu'il s'agit, en un mot, d'un phénomène de subordination. En effet, les états d'agitation (voisinage d'un chien aboyant), les états de fatigue cérébrale (examen des chiens avant et après des séances des réflexes conditionnés), le sommeil spontané, l'anesthésie inhibent le phénomène. Celui-ci n'apparaît que si l'on se met à l'abri de toutes ces causes perturbatrices, et, dans le but d'échapper à celles-ci, deux chambres insonores furent installées sous la Sorbonne.

Dans une seconde série de recherches fut étudiée l'influence des variations de posture générale, les animaux étant soumis aux déplacements d'un plateau analogue à celui utilisé par Rademaker et Garcin, dans leurs études labyrinthiques. Les résultats mirent en évidence le même mécanisme de régulation posturale par subordination.

Une dernière objection résidait dans les changements possibles des points d'application des électrodes lors des changements de posture. Elle fut levée par la mise en évidence des mêmes modifications chronaxiques lors des changements de posture contralatéraux. En faisant, par exemple, les mesures sur un membre antérieur ne subissant aucun déplacement (donc sans variation du point d'application des électrodes), et en faisant passer le membre symétrique de l'extension à la flexion, et réciproquement, on extériorise le même mécanisme.

D'ailleurs, une série de confirmations est en train de s'établir. M. et Mme Chauchard retrouvent le même phénomène, chez le chien, au cours de leurs recherches avec Drabovitch sur les réflexes conditionnés. G. Bourguignon découvre, chez l'homme normal, un fait qui lui paraît être en correspondance, à savoir que la chronaxie du biceps peut doubler sans que le muscle ait réalisé aucune contraction propre, mais simplement par la mise en jeu de la contraction (sans déplacement) du muscle antagoniste.

Enfin, P. Mollaret a repris l'étude statistique de toutes les mesures de chronaxies motrices du chien publiées par différents auteurs. Les rapports chronaxiques correspondants se rangent tous dans deux séries inverses, et à chacune de ces séries correspond l'une ou l'autre des attitudes.

Ce mécanisme de régulation posturale, dont la réalité ne saurait plus être contestée, suggère d'accorder une valeur, en quelque sorte symbolique, aux membres antérieurs et postérieurs de tel ou tel animal. P. Mollaret reprend une ancienne remarque de Mme Lapicque, sur la différence séparant la grenouille et la tortue dans leurs réactions devant un danger : la première répond par une extension des extrémités postérieures (d'où le saut), la seconde, par une rétraction de toutes les extrémités (d'où la disparition à l'intérieur de la carapace). Par homologie, le membre antérieur de l'homme (et à un moindre degré du chien), plus diversifié dans ses réponses, plus « intelligent » en quelque sorte que le membre postérieur, doit avoir une formule différente de subordination qui correspond à sa valeur symbolique également différente. La régulation de la posture a une signification profonde, prenant ses racines dans l'adaptation même au milieu extérieur.

JEAN LEREBOULLET.

CONGRÈS

Le 3e Congrès annuel des médecins du Sanatorium du Jura et des Alpes françaises s'est tenu les 18 et 19 juin dernier, à Briançon, et il était organisé par la jeune Société médicale de cette station.

Cette réunion groupa une centaine de congressistes parmi lesquels plusieurs hautes personnalités médicales : les docteurs Dumarest (Hauteville), Armand-Delille et Courcoux (Paris), les professeurs Vaucher (Strasbourg), Dufourt (Lyon) et Parodi (Milan).

Au cours de la séance de travail, ont été exposés et discutés les rapports suivants :

1° La fiche médicale d'admission au Sanatorium, par MM. Ch. Trocmé (Seyssel) et Bonafé (Hauteville).

2° L'orientation vers le sanatorium d'altitude du tuberculeux pulmonaire dont le cas relève de la chirurgie thoracique, par le docteur Bonniot (de Grenoble).

3° L'orientation du tuberculeux pulmonaire vers le sanatorium d'altitude, par MM. P. Lefèvre et A. Rauch (de Briançon).

4° Formes administratives du placement, du maintien et du transfert des tuberculeux pulmonaires en sanatorium, par le docteur Féret (Saint-Hilaire-du-Touvet).

Une commission des résolutions a émis un certain nombre de vœux concernant :

a) La fiche d'admission au sanatorium ;

b) L'organisation de la chirurgie thoracique au sanatorium ;

c) Les transferts des tuberculeux pour raisons climatiques d'établissements de montagne en plaine, et inversement ;

d) La formalité inutile de la demande de prolongation.

Deux banquets réunirent les congressistes, le samedi soir aux Neiges et le dimanche matin au Bois de l'Ours, un apéritif leur fut servi à Chantoiseau. Des excursions furent organisées, notamment dans la Vallouise. Le dimanche soir, les participants à ce Congrès se séparèrent, enchantés de leur court séjour à Briançon.

Deuxième Congrès de l'insuffisance rénale. — Le deuxième Congrès de l'insuffisance rénale se tiendra à Evian, du 21 au 24 septembre 1938. Ce Congrès, organisé par la Société médicale d'Evian, aura pour président le professeur F. Rathery ; pour vice-président, le professeur M. Chevassu, et pour secrétaires généraux, les docteurs F.-P. Merklen et M. Derot.

La question à l'ordre du jour est celle de l'insuffisance rénale dans ses rapports avec les diverses maladies d'organes. Les rapports suivants y seront présentés :

Insuffisance rénale latente (prof. L. Ambard, Strasbourg). — Rein et respiration (recherches expérimentales) : (prof. L. Binet, Paris). — L'insuffisance rénale, comment on doit la concevoir et la rechercher en clinique : (prof. J. Castaigne, Clermont-Ferrand). — Les cures de diurèse dans l'histoire thermale : (prof. agr. E. Chabrol, Paris). — A propos de l'azotémie des prostatiques et en particulier, de l'azotémie extra-rénale d'origine mécanique : (prof. E. Chauvin, Marseille). — L'insuffisance rénale en chirurgie urinaire : (prof. M. Chevassu, Paris). — Les lésions rénales

de l'oxalémie expérimentale (Les néphrites glycoliques) : (prof. M. Chiray, pr. agr., L. Justin-Besançon et docteurs J. Dieryck et Ch. Debray, Paris). — Insuffisance rénale et glandes endocrines : (docteur I. Daniel, Bucarest). — L'insuffisance rénale dans la néphrite chronique atrophique de l'enfance avec arrêt de la croissance ou nanisme rénal : (prof. R. Debré et docteurs Julien-Marie et Marie-Louise Jamet, Paris). — La diurèse aqueuse en pathologie hépatique : (prof. Noël Fiessinger et docteurs Gajdos et Panayatopoulos, Paris). — Les troubles rénaux des diabétiques : (docteurs P. Froment et Bachmann, Paris). — Le mécanisme de l'insuffisance rénale dans les diverses variétés de néphropathies : (prof. Paul Govaerts, Bruxelles). — De l'influence d'un rein malade sur le rein du côté opposé : (prof. C. Lepoutre, Lille). — Insuffisance cardiaque et insuffisance rénale : (prof. agr. C. Lian et docteur F.-P. Merklen, Paris). — Fonction rénale et intoxications industrielles : (prof. L. Michaud, Lausanne). — Le rein dans les avitaminoses et les dystrophies par carence : (prof. G. Mouriquand, Lyon). — Climats et affections de l'appareil urinaire : (prof. M. Piéry et docteur Milhaud, Lyon). — Les reins et la peau (prof. Louis Rimbaud et prof. agr. Pierre Rimbaud, Montpellier). — L'influence de l'anémie sur les fonctions rénales d'élimination : (prof. M. Roch et docteurs E. Martin et R. Junet, Genève). — L'insuffisance rénale dans les maladies nerveuses et mentales : (professeurs Henri Roger, Marseille, et Y. Poursines, Beyrouth). — Le syndrome hépato-rénal aigu : (prof. agr. Pasteur Vallery-Radot et docteur Maurice Derot, Paris).

Chaque séance de rapports sera suivie d'une discussion pour laquelle les orateurs devront se faire inscrire à l'avance auprès du secrétariat général. Il est également prévu des communications, se rapportant uniquement à l'objet du Congrès, et dont les titres devront parvenir au secrétariat général, au plus tard le 1er août 1938. La seule langue officielle du Congrès est le français.

Le Congrès comprendra des membres titulaires (docteurs en médecine français et étrangers et des membres associés. La cotisation des membres titulaires est fixée à 175 fr., et celle des membres associés à 100 fr. Les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine en fin descolarité bénéficieront des mêmes avantages que les membres titulaires (y compris la remise du volume des rapports), tout en ne payant que la cotisation de membre associé.

Les congressistes seront reçus gracieusement à Evian, pendant toute la durée du Congrès : le banquet de clôture et une excursion sur le Haut-Lac, par bateau spécial, leur seront également offerts par la Société des Eaux d'Evian. De plus, les congressistes bénéficieront d'une réduction de 40 p. 100 sur les tarifs de chemins de fer français, et éventuellement, de certains avantages sur les chemins de fer étrangers.

Pour toutes demandes de renseignements ou d'inscription, s'adresser au secrétariat général du 2e Congrès de l'insuffisance rénale, 138, avenue ds Champs-Elysées, jusqu'au 15 juillet 1938, et *du 16 juillet au 15 août, dernière limite*, à la Direction Cachat, à Evian-les-Bains (Haute-Savoie).

XXVe Congrès français de médecine (Marseille, 26-28 septembre 1938). — Le XXVe Congrès français de médecine se tiendra à Marseille, sous la présidence de M. le professeur Olmer, les lundi, mardi, mercredi, 26, 27 et 28 septembre 1938.

Nous rappelons que le Bureau de ce Congrès est ainsi composé : Professeur Olmer, Président ; professeurs Audibert et Mattei, médecin général Botreau-Roussel, Vice-Présidents ; professeur Roger, Secrétaire général ; professeur Monges, Trésorier ; professeur agrégé Poinso, Secrétaire général adjoint ; professeur agrégé Poursines, Trésorier adjoint.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

1° *Les spirochétoses ictérigènes.* Rapporteurs : MM. J. Monges et J. Olmer (Marseille) ; Troisier et Bariéty (Paris) ; Bordes et Rivoalen (Service de santé colonial).

2° *Les hhypochlorémies.* Rapporteurs : MM. Ambard (Strasbourg) ; Mach (Genève) ; Mayer, Bigwood et Van Dooren (Bruxelles).

3° *La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.* Rapporteurs : MM. Mouriquand (Lyon) ; Chevallier (Marseille) ; Toullec et Riou (Hanoï) ; Nitzulescu (Jassy) ; Giroud et Leblond (Paris) ; Wildstaedt (Upsala).

La cotisation est fixée à 120 francs pour les *membres adhérents* (docteurs en médecine et toute personne s'intéressant à l'évolution des sciences médicales) et à 60 francs pour les *membres associés* (membres non médecins des familles des adhérents, internes ou externes des hôpitaux, étudiants en médecine).

Les demandes d'inscription sont reçues dès ce jour et doivent être adressées à M. le professeur Monges, Trésorier, 15, cours Pierre-Puget, Marseille.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Roger, Secrétaire général, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 11 JUILLET 1938

Influence des inoculations protégées sur l'accession à la virulence et sur la morphologie du bacille typhique. — M. Hyacinthe VINCENT.

Sur les variations de la viscosité du sérum antivenimeux en présence de son antigène. — M. Jean LOISELEUR.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 29 JUIN 1938

Considérations sur un cas d'accident exceptionnel post-rachianesthésique. — Rapport de M. J. QUÉNU sur cette observation de MM G. GILORTÉANO et POPESCO. Il s'agissait d'un homme jeune opéré d'appendicite sans rachianesthésie (12 cgrms de novocaïne). Quelques heures après l'intervention, apparition de prurit, convulsions ; mort au bout de 36 heures dans un tableau d'hyperthermie et de crises épileptiformes donnant l'impression d'un tableau d'encéphalite diffuse.

A l'autopsie, un peu de congestion et d'œdème au niveau du névraxe et des hémisphères cérébraux.

M. Quénu pense qu'on ne peut incriminer ni la dose de novocaïne, ni même la rachianesthésie et que le tableau présenté par ce malade rentre dans le cadre du syndrome paleur-hyperthermie (bien que le malade ait été cyanosé), syndrome qu'on doit attribuer semble-t-il à des perturbations vaso-motrices.

M. Basset se demande si certains sujets ne sont pas sensibilisés à la novocaïne, tandis que d'autres sont rachi-résistants comme l'a montré Seihrecht.

M. Monod demande des précisions sur le produit employé et croit également à la sensibilisation de certains individus par la novocaïne.

Péritonite encapsulante d'origine herniaire. — M. MIRALLIÉ (Nantes) opérant un malade pour hernie étranglée,

découvrit dans le sac une membrane blanc-nacrée. Après hernio-laparotomie, il s'aperçut qu'il s'agissait d'une péritonite encapsulante engainant de l'épiploon et des anses intestinales. Les tentatives de dissection s'avérèrent impossibles et il ne fut fait qu'une réduction en masse. Quelques jours après, l'autopsie permit d'affirmer que la poche de péritonite encapsulante avait presque disparu. A noter que les fragments de membrane ne présentaient que des lésions banales. L'inoculation au cobaye fut également négative.

M. Bazy pense que l'irritation chronique de l'intestin et du mésentère suffit à expliquer les lésions de péritonite encapsulante. Cette dernière ne serait qu'un mode de réaction du péritoine.

Fibromes compliqués de thrombose manifeste des veines utérines constatée au cours de l'intervention. Accidents consécutifs à l'hystorectomie chez ces malades. — Rapport de M. Rouhier sur deux observations dues à M. Ch.-H. Chevallier. Il faut souligner l'intérêt de ces thromboses constatées au cours de l'intervention, car il faudra craindre des accidents au cours des suites opératoires. M. Rouhier au cours d'une hystérectomie pour cancer du corps de l'utérus a rencontré une thrombose du pédicule utéro-ovarien et utérin ; mort au 4e jour par embolie massive.

M. Moulonguet ne croit pas que l'existence de ces lésions veineuses entraîne forcément l'apparition d'accidents au cours des suites opératoires. Il faut distinguer d'ailleurs les thromboses macroscopiques et les thromboses microscopiques.

Quatre cas de paralysie tronculaire du membre supérieur traités par novocaïnisation du ganglion stellaire et de la chaîne sympathique thoracique supérieure. — MM. J. Naulleau et Suffrau (d'Angers).

Paralysie radiale traitée par infiltrations stellaires. — M. E. Blum (Strasbourg).

M. Roux-Berger fait un rapport sur l'ensemble de ces observations où ce qui frappe, c'est la rapidité avec laquelle ont régressé les paralysies sous l'influence des infiltrations stellaires ; dans un cas, la guérison fut obtenue en moins d'un mois. Naulleau et Suffrau se demandent même si l'on ne pourrait utiliser cette méthode pour déterminer le caractère fonctionnel ou anatomique des paralysies radiales compliquant une fracture de l'humérus, une réponse favorable ferait temporiser pour intervenir. M. Roux-Berger souligne en effet que l'opération ne résout pas seule la question, car la récupération est toujours très longue ; la novocaïnisation hâterait peut-être la récupération des fonctions.

M. Sorrel estime qu'après libération des nerfs radial, cubital ou médian, on observe toujours une récupération totale, mais il y a intérêt à les opérer le plus tôt possible ; M. Sénèque a eu l'occasion d'opérer deux fractures de l'humérus compliquée de paralysie ; dans le premier cas opéré précocement, récupération en 1 mois ; dans le second cas, l'intervention ne fut pratiquée qu'au bout de six semaines ; la paralysie mit cinq mois à disparaître.

M. Mathieu souligne la difficulté d'apprécier cliniquement et électriquement la valeur physiologique d'un nerf et de savoir si un nerf est en état ou non de guérir. Il n'y a donc pas intérêt à attendre pour intervenir.

Présentation d'un chorsio épithéliome développé sur un testicule ectopique, par M. Bazy.

M. Chevassu se demande s'il s'agit bien d'un choriome (en raison de l'absence de prolau dans les urines).

Présentation de radiographies d'une hernie étranglée de l'Hiatus de Winslow. — M. Thalheimer.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 15 mai 1938

Volumineux infarctus du myocarde. Apparition brusque d'un souffle systolique par thrombose ventriculaire. — MM. P. Soulié et J. Gerbeaux.

Présentation de film. — MM. Ch. Champy et Jacques Louvel présentent un film cinématographique qui met en évidence l'activité contractile rythmique de la veine cave supérieure, dont l'étude histologique montre qu'elle contient des fibres musculaires striées à contraction rapide et des formations ayant les caractéristiques du tissu nodal facteur de stimulations rythmiques.

Dissociation auriculo-ventriculaire transitoire avec déformation des ondes ventriculaires traduisant un bloc oscillant des branches droite et gauche du faisceau de His. — M. F. Ledoux.

Le syndrome phréno-gastrique des coronarites. — MM. Ch. Laubry, P. Soulié et R. Heim de Balsac rapportent cinq observations au cours desquelles des lésions coronariennes s'accompagnent d'ascension diaphragmatique gauche, avec distension gazeuse de l'estomac. Dans certains cas, c'est après un tableau clinique classique de l'infarctus du myocarde que l'on découvre l'ascension diaphragmatique et l'aérogastrie. Chez d'autres malades, se plaignant de troubles fonctionnels peu caractéristiques, c'est après avoir diagnostiqué une aérogastrie que l'on retrouve l'altération coronaire par l'étude des antécédents et de l'électrocardiogramme. Le mécanisme de ce syndrome reste imprécis. Les altérations des séreuses péricardiques, médiastinales et diaphragmatiques semblent expliquer l'ascension de l'hémidiaphragme gauche, qui rappelle, chez certains malades, l'aspect d'une phrénicectomie. Cette notion a deux conséquences cliniques importantes : a) N'admettre le groupe des angors réflexes d'origine digestive qu'après contrôle électrocardiographique ; b) pratiquer systématiquement l'électrocardiogramme en présence d'une ascension diaphragmatique gauche insolite, avec ou sans aérogastrie.

Etude d'un cas de thyroïdectomie totale pour cardiopathie décompensée, avec documents concernant le retentissement cardiaque du myxœdème. — MM. Roger Froment et M. Jeune (de Lyon), rapportent l'histoire d'une malade suivie trois ans et demi et thyroïdectomisée pour une cardiopathie hypertrophique d'origine indéterminée (même après autopsie et examen histologique), ayant donné lieu à des signes d'insuffisance cardiaque sévère mal réductible par les traitements toni-cardiaques habituels. Le résultat fut remarquable, puisque deux ans et demi après l'intervention, la malade avait repris une vie normale ; à cette date, l'interruption pendant 48 jours de l'opothérapie thyroïdienne substitutrice entraîna une augmentation des diamètres cardiaques (téléradiographies successives), et une diminution de voltage électrocardiographique ; la reprise des extraits thyroïdiens à une dose inférieure à celle à laquelle la malade était accoutumée, coïncida avec l'apparition d'une scène brutale d'insuffisance cardiaque, entraînant malgré tous les efforts thérapeutiques, la mort deux mois plus tard.

Dissociation auriculo-ventriculaire complète avec alternance régulière de pause et de tachycardie ventriculaires. — MM. Roger Froment et A. Gonin (Lyon) montrent qu'il y a là une forme clinique véritable et très particulière du syndrome de Stokes-Adams, due sans doute à l'existence de lésions du système de commande sous-jacente à celle qui est responsable du bloc a-v. Ces lésions existant, le cœur peut être comme ici enfermé dans un cercle vicieux : la pause ventriculaire favorisant, par la libération d'adréna-

line qui lui fait suite, l'apparition de tachycardie ventriculaire, qui, elle-même, épuisant un muscle dont les capacités motrices ou les propriétés automatiques sont limitées, favorise l'apparition d'un nouvel arrêt ventriculaire (pause ventriculaire post-paroxystique des tachycardies ventriculaires du bloc expérimental).

Les auteurs projettent en outre le tracé électrocardiographique de la mort du cœur et insistent sur l'augmentation de durée du segment ST (pouvant atteindre 0,65 seconde), signalé antérieurement par eux dans des conditions analogues.

Remarques phonocardiographiques sur les bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire complète. — MM. C. Lian, Georges Marchal et J.-J. Welti établissent d'après des observations personnelles, que les bruits auriculaires peuvent se traduire chacun par deux ventres vibratoires bien distincts. Avec le Téléstéthophone, ils ont constaté que, grâce à une forte amplificaion, chaque bruit auriculaire peut se faire entendre comme un bruit franchement dédoublé. Les deux ventres vibratoires se produisent pendant le soulèvement ventriculaire dû à l'ondée auriculaire et correspondent probablement à une contraction auriculaire spécialement ample et brusque. Les bruits auriculaires de la dissociation semblent traduire pour les auteurs, tantôt l'insuffisance ventriculaire gauche, tantôt la grande amplitude et la brusquerie des contractions auriculaires.

D'autre part, les auteurs ont remarqué dans la dissociation auriculo-ventriculaire, la fréquence relative d'un dédoublement sigmoïdien du 2e bruit et d'une grande précocité d'apparition du 2e bruit : celui-ci débutant au début du versant ascendant de T, ou au cours de ce versant ascendant ou au sommet de T. Cette éventualité s'observe dans des cas où il y a un bloc septo-ventriculaire (bloc de branches), et où le T est anormalement long, au point d'arriver à occuper la moitié du complexe QRST. Il y a lieu de penser que dans ces cas, le 2e bruit commence immédiatement à la fin du plateau systolique du choc apexien et qu'une bonne partie de l'accident T anormal se produit pendant la descente du cardiogramme faisant suite au plateau systolique. Ainsi, la fin du plateau systolique du cardiogramme apexien est susceptible de se produire en un moment très variable, par rapport à T et d'autre part, le 2e bruit peut coïncider avec le début, le milieu ou la fin du versant descendant du cardiogramme apexien. Dans les bradycardies par dissociation, l'importance de l'ondée sanguine systolique fait que l'accolement des sigmoïdes a des tendances à se produire dès la fin du plateau systolique.

Le dédoublement sigmoïdien du 2e bruit dans la dissociation, se produisant en dehors de l'intervention de tout bruit auriculaire, peut s'expliquer, soit par un asynchronisme de fermeture des sigmoïdes, soit par la brutalité de l'occlusion sigmoïdienne entraînant une sorte de choc en retour ; dans cette dernière éventualité, le dédoublement sigmoïdien ne serait qu'une modalité stathacoustique de l'éclat du 2e bruit.

Infarctus du myocarde avec dissociation auriculo-ventriculaire complète. — M. L. Langeron. L'auteur rapporte, avec projection de tracés électriques, de radiographies et de photographies anatomiques, une observation typique d'infarctus à forme cardioplégique avec bloc auriculo-ventriculaire complet.

Thrombus organisé de l'oreillette gauche à forme pseudotumorale. — MM. Ducas et Mande présentent une tumeur de l'oreillette gauche, de la grosseur d'une noix, découverte à l'autopsie d'une malade âgée de 75 ans. Ils soulignent l'intérêt de cette pièce, qui tient à la rareté de ces néo-formations intra-cardiaques primitives, à leur latence fréquente, et surtout aux discussions auxquelles a donné lieu le problème de leur origine cruorique ou tumorale. L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'un véritable caillot organisé sans place myxoïde, mais la cause de son développement reste obscure : l'existence, à sa base, de lésions inflammatoires permet peut-être d'invoquer le rôle d'une endocardite pariétale localisée.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

SÉANCE DU 12 MAI 1938

5 tuberculeux traités récemment par pneumothorax et section de brides. — M. Aujaleu montre que la pleurolyse doit quelquefois être faite très précocement, 45 jours à 2 mois après la création du pneumothorax, et qu'il est utile de pouvoir la pratiquer dans les hôpitaux militaires, même lorsqu'il s'agit de malades devant être rapidement éliminés de l'armée.

Sur un cas de maladie de Nicolas-Fabre guérie par le 4.sulfonamide-2,4 diaminoazobenzol. — M. Pky2365os.
M. Phylactos.

Essai de prévention des complications infectieuses de la grippe. — MM. Thouverez et Royer ont tenté un essai de prophylaxie médicamenteuse chez tous les grippés de leur infirmerie régimentaire. Le médicament qu'ils ont emloyé était un complexe à base de créosote et d'orthoxyquinoléine, utilisé par voie rectale. Deux suppositoires étaient systématiquement prescrits chez tous les grippés durant chacun des trois premiers jours de la maladie. L'essai a porté sur 159 grippés. Aucun de ceux-ci n'a fait de complications graves, et 4,4 p. 100 seulement durent être hospitalisés pour des localisations pulmonaires bénignes.

Chimiothérapie et photo-sensibilisation. — M. Bordes rapporte l'observation d'un sujet atteint de blennorragie qui, à la suite d'un traitement par le 1162 F, présente un érythème solaire intense, localisé aux parties découvertes. L'auteur fait intervenir le mécanisme de la photo-sensibilisation, l'agent en cause étant le dérivé sulfamidé.

Comportement au cours du service de 50 sujets présentant des anomalies radiographiques décelées par la radioscopie systématique. — M. Schneider.

Les possibilités de la radiographie analytique. — M. Didiée expose succinctement les caractéristiques de l'image obtenue par la radiographie analytique (stratigraphie, planigraphie, tomographie), et dégage les éléments de l'effet stratigraphique (mise au point, estompage correcteur, flou neutralisant). Il montre les ressources nouvelles que la méthode apporte dans l'exploration, notamment pour le poumon, mais aussi les difficultés auxquelles se heurte l'interprétation, qui doit se baser sur une discipline de lecture dont l'expérience précisera les règles et les modalités.

Fractures du rachis. — MM. Clavelin et Boron, ayant étudié 20 cas de fractures du rachis, en tirent des constatations anatomo-pathologiques thérapeutiques et médicolégales. 1° Dans l'armée, le siège d'élection des lésions vertébrales semble être la colonen lombaire ; par contre, les lésions médullaires y sont rares. Enfin, le plus souvent, le type observé est l'aplatissement cunéiforme de la vertèbre avec sommet antérieur. 2° Le traitement préconisé est la réduction à la Sicard-Sénèque, ou à la Boehler avec greffe d'Albee dans certains cas. 3° Les séquelles sont toujours minimes.

De quelques améliorations à apporter aux locaux des infirmeries régimentaires. — M. Millet.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INSPECTION MÉDICALE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE S'ORGANISE

Nous avons déjà signalé ici même les projets d'organisation de l'inspection médicale de l'enseignement secondaire. Déjà aux temps éloignés de M. de Monzie, celui-ci exigea des parents la remise d'un *certificat médical* joint au dossier des élèves le jour de leur admission ; on discuta beaucoup à cette époque sur la teneur dudit certificat qui, finalement dut se contenter de constater que l'élève X ou Y n'était pas atteint de maladie contagieuse.

Aujourd'hui, en régime autarchique, on va bien plus loin, et l'on veut créer un corps de médecins fonctionnaires qui deviendraient les médecins-inspecteurs sanitaires de nos lycées, collèges et écoles primaires supérieures, dont un projet prévoit la fusion dans l'enseignement du second degré.

Cette inspection s'appliquerait également aux établissements PRIVÉS.

En présence de ces velléités de projets, le *Syndicat des Médecins de la Seine* s'est ému, et son assemblée générale a voté l'ordre du jour que la *Gazette des Hôpitaux* a publié le 16-20 juillet dernier. Le Syndicat s'en tient, lui, à la vieille doctrine libérale du *médecin de famille certifiant seul que l'enfant est en état d'entrer au lycée*, et repousse la *visite d'incorporation obligatoire* renouvelée de la caserne.

Qu'adviendra-t-il de toutes ces doctrines qui s'affrontent ? L'avenir seul le dira. En tout cas, ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'on a pensé pouvoir créer l'inspection médicale par un *décret-loi*, dont le texte lui-même aurait été d'un danger extrême. Ce projet ne s'est pas réalisé. Voici, si nous sommes bien informés, dans quel sens il aurait été conçu :

L'inspection médicale scolaire *obligatoire* serait organisée dans tous les établissements d'enseignement du 2e degré *publics* et PRIVÉS.

Ce service serait placé sous l'autorité des recteurs et assuré par des médecins *spécialisés* et des assistants scolaires diplômés d'Etat, uniquement consacrés les uns et les autres à leurs fonctions d'hygiène publique. Il pourrait éventuellement être fait appel à des médecins *ordinaires* pour une mission déterminée ou pour une période limitée. Un décret rendu après accord entre les ministères de l'Education nationale et de la Santé publique, aurait fixé les modalités de ce service. On aurait enfin prévu le recrutement des médecins, des assistants scolaires et leurs attributions, ainsi que leur rétribution.

***

Ayant dégagé les notions principales de ce projet, nous pouvons nous demander *pourquoi il n'avait pas paru dans les divers « trains » de décrets.* Rappelons à ce sujet qu'il y a un projet analogue en suspens devant le Sénat, que le décret-loi eût entraîné la création de 1500 fonctionnaires, et que le Sénat n'est pas favorable à des créations de ce genre. Je sais bien que les familles seules devaient faire les frais de cette réforme, mais de quel droit, après avoir proclamé le principe de la gratuité, imposerait-on une rétribution forcée de 50 ou 60 francs ? Le projet de décret spécifie en outre que les médecins et assistants seraient rétribués sur le budget des établissements, c'est-à-dire sur celui de l'Etat ; le traitement comportant aussi une retraite, les deux ou trois ministères intéressés n'ont pas voulu prendre une si lourde responsabilité, et ils ont reculé devant la certitude d'un conflit avec le Sénat, défenseur traditionnel du budget.

L'Administration en est réduite à tenter ce qu'elle appelle une *expérience*, comme elle l'a fait pour l'orientation scolaire, mais elle n'a aucun programme ; elle va faire l'essai d'une inspection médicale dirigée *contre les intérêts* et la liberté des familles et des enfants, et *contre les intérêts* et la liberté du corps médical.

Les médecins praticiens sont avertis de la gravité des mesures qui seront prises dans de telles conditions.

MAURICE MORDAGNE.

LIVRES NOUVEAUX

La thérapeutique du nourrisson en clientèle, par le Professeur Pierre NOBÉCOURT et M. Marcel MAILLET. Un vol. in-8° de 1020 pages, Bibliothèque des Praticiens. Maloine, éditeur, Paris.

Voici la troisième édition de cet excellent ouvrage auquel les auteurs n'ont cessé d'apporter les améliorations nécessitées par les connaissances nouvelles. Le lecteur retrouvera la précision que le professeur Nobécourt apporte dans tous ses travaux. Il appréciera le soin avec lequel les auteurs s'attachent à ne donner que des conseils vraiment pratiques et basés sur leur longue expérience.

La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion (Anatomie, physiologie séméiologie, pathologie, thérapeutique), par le Professeur CHIRAY (de Paris), M. I. PAVEL (de Bucarest) et M. LOMON (de Paris). 2e édition. Un vol. gr. in-8 de 862 pages, prix 120 fr. Masson, édit., Paris.

Le magnifique traité de Chiray et Pavel vient d'être remanié et complété par l'introduction de leurs recherches personnelles et par les acquisitions nouvelles. Les pages réservées à la radiologie biliaire par le docteur Lomon achèvent la mise au point de ce traité dont la lecture s'impose à tous ceux qui travaillent.

Le système nerveux végétatif, par J. TINEL (1).

Les travaux sur le grand sympathique et sur tout l'ensemble du système nerveux végétatif se sont multipliés depuis quelques années dans tous les domaines : anatomie et histologie, physiologie et chimie biologique, de même que sur le terrain de l'observation clinique et de l'action chirurgicale. L'ouvrage d'ensemble qui paraît aujourd'hui permettra de s'orienter au milieu de tant d'hypothèses, parfois en apparence contradictoires ; il rendra possible l'utilisation pratique de tant d'observations nouvelles dans les soins donnés au principal régulateur des fonctions vitales.

L'auteur confronte d'abord les résultats des recherches anatomiques et histologiques avec les travaux des physiologistes ; face aux problèmes chaque jour posés au clinicien, il expose les faits démontrés par l'expérimentation et montre ainsi quelles ressources peuvent apporter ces notions nouvelles dans la compréhension des fonctions et des lois du système nerveux végétatif, dans la connaissance des moyens capables d'en corriger les troubles.

Ce n'est pas cependant une simple mise au point des connaissances acquises que l'on trouvera ici. D'abord soucieux de n'admettre que des faits certains, l'auteur s'est fait histologiste pour comprendre les recherches d'histologie, physiologiste pour rendre compte des résultats de la physiologie expérimentale. Joignant à ces expériences les importants résultats de ses propres travaux, il expose les conclusions qu'une longue méditation de l'ensemble lui a

(1) Un volume de 848 pages, avec 306 figures. Prix : 160 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

imposées. C'est donc une œuvre éminemment personnelle qu'il présente.

L'ouvrage est accompagné d'une illustration particulièrement riche, qui en fait une œuvre très didactique : près de 300 figures, planches anatomiques et microphotographiques, schémas de toutes sortes, inscriptions graphiques, tracés physiologiques, etc..., soulignent, presque à chaque page, l'exposé du texte, lui apportant ainsi, en même temps qu'une illustration, une démonstration.

Diagnostics urgents (abdomen), par H. MONDOR, professeur agrégé à la Faculté de Paris ; chirurgien à l'Hôpital Bichat (1).

Une troisième édition entièrement remaniée de cet ouvrage reparaît. Rien ne saurait être ajouté aux innombrables exposés qui en ont été publiés dans la presse scientifique. Par une argumentation puissante, l'auteur entraîne irrésistiblement ses lecteurs, il sait les convaincre de l'importance de leurs responsabilités en présence des situations dramatiques déclenchées par les affections chirurgicales aiguës de l'abdomen. — Dans ce livre, aucune question de pathogénie, aucun exposé des lésions, aucun débat de thérapeutique n'est volontairement exposé, mais le médecin y trouvera en toutes circonstances graves le fil conducteur qui lui permettra d'acquérir la certitude et de prendre sur-le-champ une détermination opératoire.

Divisions de l'ouvrage. — I. Péritonites aiguës. — Généralités. — Appendicites aiguës. — Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum : du diverticule de Meckel. — Péritonites d'origine biliaire. — Ruptures de kystes hydatiques du foie. — Perforations intestinales typhiques. — Péritonites d'origine génitale chez la femme. — Péritonites à pneumocoque ; à streptocoque ; à entérocoques. — Péritonites tuberculeuses aiguës. — Gastrite phlegmoneuse aiguë. — Autres péritonites. — Radiologie d'urgence.

II. Traumatisme de l'abdomen. — Contusions de l'abdomen. — Plaies de l'abdomen.

III. Hémorragies intra-péritonéales. — Grossesse extra-utérine. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine génitale, non gravidique ; d'origine non génitale. — Hémorragie interne par perforations utérines.

IV. Occlusions intestinales. — Généralités. — Invaginations intestinales. — Volvulus de l'intestin. — Iléus biliaire. — Appendicite et occlusion.

V. Autres syndromes. — Dilatation gastro-duodénale aiguë. — Infarctus de l'intestin. — Infarctus de l'utérus. — Pancréatite hémorragique. — Torsion, volvulus. — Tumeurs infectées. — Syndrome abdominal au cours du purpura.

Les étudiants de la Faculté de Bordeaux visitent la Station thermale de Vichy

Les 28 et 29 juin, un groupe d'étudiants de la Faculté de médecine de Bordeaux, ayant à sa tête M. le professeur Creyx, professeur d'Hydrologie, M. Girard, chargé du cours de Botanique et M. Cazaux, assistant d'Hydrologie, a visité la station thermale de Vichy.

Ce fut d'abord la visite du Laboratoire de Recherches hydrologiques, créé par la Cie Fermière et placé sous le patronage et le contrôle de l'Institut d'Hydrologie de Paris. Le docteur Lescœur qui le dirige fournit aux visiteurs des renseignements détaillés sur ses travaux et les résultats obtenus.

Les participants sont reçus ensuite au siège de la Société des Sciences Médicales de Vichy par M. Glénard, président qui leur fait une conférence dans laquelle il évoque les origines de la Station, puis donne des précisions sur les différentes sources, la vie et les caractéristiques de leurs eaux, et enfin sur les indications de la Cure de Vichy.

M. le professeur Creyx, dans une allocution charmante, a remercié la Société des Sciences Médicales de son bon accueil et le Dr Glénard de son intéressante conférence.

Puis un banquet fut offert par la Cie Fermière dans les salons du privé du Grand Casino. Il était présidé par M. Normand, directeur administratif de la Cie Fermière, qui avait à ses côtés le professeur et Mme Creyx, MM. le professeur Girar et le Dr Cazaux ; M. Jérôme Borel, commissaire du Gouvernement, et plusieurs représentants du corps médical de Vichy.

Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, le Dr Glénard, le professeur Creyx et M. Bantéjac, externe des hôpitaux.

Les étudiants et leurs professeurs se rendirent ensuite au Grand Etablissement où ils parcoururent les différents services d'hydrothérapie, de mécanothérapie, d'applications de boues ainsi que l'Institut d'Electro-Radiologie. Ils visitèrent également l'Etablissement Callou. Ces installations pourvues de tous les perfectionnements modernes recueillirent l'unanimité des suffrages.

Ils assistèrent le soir au gala de comédie du Grand Casino.

Le lendemain 29 juin, les étudiants furent conduits en premier lieu aux ateliers d'embouteillage et d'expédition des Eaux de Vichy-Etat où ils purent admirer cette remarquable installation où toute la manipulation des bouteilles se fait automatiquement, grâce à un machinisme merveilleusement conçu, garantissant l'asepsie la plus complète.

Ils se rendirent ensuite à la Centrale Thermique, splendide usine des plus modernes où sont groupées de puissantes chaudières produisant la vapeur nécessaire au chauffage de l'eau des bains, des groupes turbo-alternateurs fournissant l'énergie électrique et enfin l'usine d'extraction du sel naturel des eaux minérales. La production journalière moyenne est de 1.300 kg. environ obtenus par l'évaporation de 260.000 litres d'eau, soit une production annuelle de 200.000 kg. de sel pouvant être portée au besoin à 300.000 kg.

Dans cette journée, ils ont encore procédé à la visite des sources du domaine de l'Etat et à celle du nouvel Etablissement de 3e classe, du Parc d'Education physique pour enfants, des sources hyperthermales du Dôme et du nouveau stand de Tir aux pigeons.

A 17 heures, un thé leur était offert au Sporting-Club de Vichy dont ils ont parcouru le splendide domaine qui s'étend en bordure de l'Allier, dans un site enchanteur, et dont les installations diverses forment un ensemble incomparable.

Au cours de leurs visites, ils ont manifesté à plusieurs reprises leur profonde admiration pour toutes les installations de notre grande Station thermale et ils ont quitté Vichy emportant de leur court séjour le meilleur souvenir.

Nicolas Beaujon (1718-1786), par André MASSON. 1 vol. in-16 Jésus (14×19 cm.), de 220 pages, 14 planches hors texte. — Bordeaux, Editions Delmas, 1937, 24 fr.

Les cholécystites chroniques, étude clinique, par A. DANÈS, ancien chef de clinique à la Faculté libre de médecine. Préface du professeur J. Rieux, 1 vol. in-8°, de 118 pages, avec 4 planches hors texte. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

(1) Un volume de 1120 pages, avec 224 figures et 24 planches. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.


BULGARINE
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 62. — MERCREDI 3 AOUT 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — LA RETRAITE DU Dr LOUIS MOURIER. — Par décret, M. Serge Gas, conseiller d'Etat en service extraordinaire et directeur général au ministère de la Santé publique, est nommé directeur général de l'Assistance publique à Paris, en remplacement du docteur Louis Mourier, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite, à dater du 1er octobre 1938, et nommé directeur honoraire.

On n'a pas oublié qu'il y a un an, M. Mourier avait été mis arbitrairement à la retraite. Le Conseil d'Etat annula cette décision.

M. Mourier, au cours d'un séjour de dix-huit ans à la tête de l'Assistance publique à Paris, a pu mener à bien une œuvre considérable sur laquelle nous aurons à revenir.

M. Mourier, qui est ancien député du Gard, ancien sous-secrétaire d'Etat, et actuellement président du Conseil général du Gard, sera, très vraisemblablement sénateur du Gard dans deux mois.

Distinctions honorifiques. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officiers :* M. Aubert (Saint-Jean Cap Fereat) ; Mme Abadie (Paris) ; MM. Baruk (Saint-Maurice) ; Bonnefous (Rodez) ; Boyé (Vincennes) ; Brassard (Arras) ; Butzbach (Belfort) ; Carrez (Saint-Quentin) ; Cassan (Carcassonne) ; Daday (St-Maurice) ; Daumas (Nice) ; Duclaud (Numa) ; Engelhard (Luxeuil) ; Genevray (Hanoï) ; Grosso (Paris) ; Hamel (Laxou) ; Hiblot (Chateaudun) ; Hirschberg (Paris) ; Jouen (Mont Saint-Aignan) ; Landret (Caen) ; Marque (Paris) ; Orsini (Bastia) ; Ostermann (Mulhouse) ; Privey (Tournus) ; Servel (Lorient).

Chevaliers : MM. Aubert (Bry-sur-Marne) ; Baldet (Paris) ; Bataillon (Lons-le-Saunier) ; Bedu (Assigny) ; Bels (Bailleul) ; Berger (Régny) ; Bianquis (Paris) ; Blanquinque (Compiègne) ; Blondeau (Mamers) ; Blondel (Amiens) ; Bonier (Saint-Julien-en-Gènevois) ; Bonnafé (Mont-de-Marsan) ; Bougarel (Châteauroux) ; Bourlon (Valenciennes) ; Bray (Montauban) ; Breynaert et Carlier (Dunkerque) ; Carvaillo (Paris) ; Carrère (Tarbes) ; Cassan (Nîmes) ; Castaing (Toulouse) ; Cayet (Thionville) ; Charpy (Paris) ; Cheyrou-Lagrèze (Marseille) ; Clappier (Limoges) ; Courrent (Embreset-Castelmaure) ; Daubois (Valence) ; Delanoë (Corbeil) ; Delor (Limoges) ; Demesy (Ronchamp) ; Derien (Rohan) ; Diamant-Berger (Paris) ; Didier (Bourg-de-Péage) ; Dispa (Roubaix) ; Dorel (Brioude) ; Duclion (Libourne) ; Dunand (Bonneville) ; Durand (Caluire) ; Eck (Riedisheim) ; Emile Zola (Paris) ; Emonin (Nuits-Saint-Georges) ; Estor (Châlons-sur-Marne) ; Fragnaud (Rambouillet) ; Gantier (Royan) ; Germain (Bruyères) ; Girard (Paris) ; Giry (Briey) ; Glasser (Strasbourg) ; Gouin (Brest) ; de Grailly (Vouvray) ; Guenaux (Paris) ; Guerrin (Châteaurenault) ; Guldner (Boulay) ; Guyonnaud (Paris) ; Heide (Paris) ; Jeanjean (Genolhac) ; Jose (Fère-en-Tardenois) ; Kervarec (Paris) ; Mme Lannegrace-Pasturier (Paris) ; Mlle Laurent (Paris) ; MM. Lecat (Lorme) ; Lemaire (Rumegies) ; Leroy (Arras) ; Le Tessier (Jujurieux) ; Maginel-Pelonnier (Périgueux) ; Marcelot (Nuars) ; Maréchal (H.-P.) (Paris) ; Martial (Paris) ; Martin (Châteauneuf) ; Menguy (Carhaix) ; Micolier (Lyon) ; Moity (Fourmies) ; Morard (Mostaganem) ; Munie (Troyes) ; Munier (Lure) ; Navarre (Paris) ; Noyer (Mont-de-Marsan) ; Pellerin (Orbec-en-Auge) ; Perrier (Rouen) ; Petit (Briouze) ; Mme Plassat (Paris) ; MM. Polacco (Paris) ; Poteaux

(Amiens) ; Quénee (Tonnerre) ; Mme Rabinovici (Paris) ; MM. Rajat (Vichy) ; Reiss (Metz) ; Renaud (Courçais) ; Renet (Montrouge) ; Rueger-Wessbecher (Paris) ; Schaffner (Lens) ; Schwab (Paris) ; Seguin (Auxerre) ; Sineau (Châteauroux) ; Smelianski (Paris) ; Sollier (Nîmes) ; Tancelin et Thelliez (Paris) ; Timal (Cambrai) ; Tracq (Saint-Etienne) ; Vanteberghe (Saint-Cyr-l'Ecole) ; Vinsonneau (Angers) ; Vire (Saint-Marcellin) ; Virlogeux (Moulins) ; Vivien (Vienne) ; M. Latour, interne en médecine, Hôpital Saint-Jean (Arras).

Un prix de 10.000 francs pour encourager l'étude des propriétés thérapeutiques de l'huile d'olive. — L'Académie de médecine vient d'accepter le prix que le gouvernement tunisien a mis à sa disposition pour encourager l'étude systématique des propriétés de l'huile d'olive.

Troisième Congrès international de médecine tropicale et du paludisme (*Amsterdam et Rotterdam*, 24 septembre-1er octobre 1938). — Question principales : I. *Médecine tropicale :*

Maladies de carence, filariose, leptospiroses, fièvre jaune, vaccination antipesteuse.

II. *Pathologie tropicale comparée :*

Maladies de carence, lutte contre la rage, rickettsioses, destruction des glossines.

III. *Paludisme.* Sujets non imposés.

Renseignement au Secrétariat. Institut d'hygiène tropicale, Mauritskade 57, Amsterdam.

Le dixième Congrès des Pédiatres de langue française aura lieu à Paris, à l'Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres (amphithéâtre de la clinique médicale), les 6, 7 et 8 octobre 1938.

Le Bureau du Congrès est ainsi composé : Président : docteur Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, 217, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris (8e) ; Secrétaire général : docteur Maurice Lamy, médecin des hôpitaux, 94, rue de Varenne, Paris (7e) ; Trésorier : docteur Alfred Cayla, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, 52, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Les anémies graves de la première enfance. Rapporteur : docteur Louise Weill, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine (Lyon).

2° Le syndrome malin au cours des toxi-infections de l'enfance. Rapporteur : docteur R.-A. Marquezy, médecin de l'hôpital Claude-Bernard (Paris), et Mlle Ladet.

3° Le mégacôlon et le dolichocôlon. Rapporteurs : professeur P. Rohmer (Strasbourg) et le docteur Marcel Boppe, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (Paris).

Les médecins français et étrangers désireux de participer au Congrès sont priés de s'inscrire dès maintenant auprès du Secrétaire général.

Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille. — Cours pratique de perfectionnement médico-chirurgical. — Un cours de perfectionnement sera fait à l'Hôtel-Dieu de Marseille, du jeudi 25 août au vendredi 24 septembre 1938, sous la direction de M. le doyen Cornil et de MM. les professeurs, avec la collaboration de professeurs agrégés, de médecins, chirurgiens et radiologistes des hôpitaux, de chefs de cliniques, d'assistants, de chefs de laboratoires.

Cet enseignement, conformément à la tradition médicale marseillaise, sera essentiellement pratique. Il aura pour objet les grandes techniques médicales et chirurgicales, les acquisitions cliniques et thérapeutiques d'actualité, les méthodes de diagnostic et de traitement.

Une place sera réservée à l'étude pratique des maladies méditerranéennes et coloniales. Il comprendra des présentations de malades et des démonstrations techniques. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses techniques et thérapeutiques.

L'enseignement aura lieu tous les matins.

Un certificat d'assiduité pourra être délivré.

Le nombre d'élèves est limité à 25.

Seront seuls admis. les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français immatriculés, pourvus de 16 inscriptions, et les étudiants étrangers justifiant de leur inscription régulière dans une Faculté de médecine.

Aucun droit d'inscription n'est exigé.

Les candidats doivent s'inscrire au Secrétariat de la Faculté, de 15 heures à 17 heures.

Le registre d'inscription sera clos le 25 juillet 1938.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TRANSFORMATION DE DIPLÔME

M. Alfred Brard, sénateur, demande à M. le Ministre de l'Education nationale : 1° quelle est la procédure à suivre pour transformer en diplôme d'Etat un diplôme d'université mention lettres, médecine ou sciences ; 2° quelles autorités doivent donner leur avis. (Question du 29 novembre 1937.)

Réponse. — 1° Un diplôme d'Université, mention lettres ou sciences, ne peut être transformé en diplôme d'Etat ;

2° En ce qui concerne la médecine, le titulaire d'un diplôme de docteur d'une Université française (mention médecine) et qui veut postuler le diplôme d'Etat correspondant doit justifier des titres initiaux requis pour l'inscription à ce diplôme, y compris le certificat d'études physiques, chimiques et biologiques.

Il peut obtenir des dispenses de scolarité n'excédant pas quatre années, mais il doit repasser tous les examens qu'il avait subis au titre de diplôme d'Université.

Les demandes doivent être déposées avec les pièces justificatives au secrétariat de la Faculté, où l'on désire postuler le diplôme d'Etat. La décision est prise par le ministre après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

(*J. Off.*, 14 janvier 1938.)

NÉCROLOGIE

— Le docteur Lestocquoy, à Arras.

— Le docteur Poujol, professeur honoraire à la Faculté de médecine d'Alger.

— Le docteur Arlaud, président de la Fédération française de ski, décédé accidentellement en haute montagne, dans les Pyrénées.

LES INFLUENCES ANCESTRALES LEURS RAPPORTS AVEC LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE

LES FONDEMENTS ZOOLOGIQUES D'UNE ORGANOTHÉRAPIE NOUVELLE

Vers une conception nouvelle du « Terrain »

Par M. JEAN ALBERT-WEIL
(Paris)

Nous avons, dans une étude parue récemment ici-même (1) rappelé, à la lueur de la loi bien connue de Serre ou de Fritz Muller, ou loi de Patrogonie, quelles étaient selon nous, les principales étapes de l'évolution générale ontogénétique et phylogénétique des êtres vivants ; nous avons esquissé les grandes lignes d'un « plan biologique » d'évolution s'appliquant d'une part aux espèces dans leur évolution au cours des siècles, d'autre part, aux individus eux-mêmes dans leur évolution propre au cours des mois ou des années.

« Dans toutes les espèces animales, écrivions-nous, « et surtout chez les animaux supérieurs, moins « « plastiques » et sur lesquels les influences du mi-« lieu extérieur s'exercent moins immédiatement, les « phénomènes d'Immunité, d'Anaphylaxie, d'Aller-« gie sont soumis comme les autres aux *Influences* « *ancestrales* ».

Les races et les espèces demeurées à un stade phylogénétiquement plus « *jeune* » dans le plan biologique ont une pathologie plus « jeune » que celle frappant des individus *d'âge correspondant*, appartenant à des espèces phylogénétiquement plus âgées.

La phylogénie, le passé ancestral de chaque espèce, sa place, et sa valeur dans le plan biologique jouent un rôle dans l'édification de sa pathologie. Il y a, bien entendu, le mode de vie de chaque individu d'une espèce donnée, qui conditionne sa pathologie et l'expose à des contaminations et méiopragies organiques particulières. Mais l'influence *actuelle* du milieu n'est pas suffisante pour expliquer certaines localisations morbides, qui se répètent toujours les mêmes pour une espèce donnée.

Pourquoi tel microbe se localisera-t-il toujours avec prédilection sur tel appareil et non sur tel autre ?

Pour reprendre l'exemple du Pneumocoque (2), pourquoi chez l'homme de nos pays a-t-il une telle affinité pour le poumon ?

Pourquoi la toxine tétanique a-t-elle une telle affinité pour le système nerveux ?

Pourquoi le méningocoque fait-il, chez l'homme surtout, des méningites ?

Il y a des cas assez nombreux où pour un même germe ou un germe correspondant, mais adapté à l'espèce en question, les infections animales diffèrent considérablement, par *leurs localisations*, et évolution générale de la maladie humaine. Les divers germes se sont évidemment accoutumés au cours des âges aux diverses espèces animales. Cette sorte d'accoutumance étroite à un milieu vivant très particulier paraît résulter d'une lente sélection spontanée de germes plus plastiques, plus aptes à subir des variations plus étendues, successivement transmises et peu à peu héréditairement fixées. Elle se manifeste avec une évidence frappante chez les divers types actuels de bacilles tuberculeux, humains, bovins, aviaires, pisciaires dont la souche commune primitive a engendré aussi peut-être le groupe, plus nombreux encore, et non moins différencié, des bacilles paratuberculeux, acido-résistants ; chez les quatre types de pneumocoques pathogènes pour l'homme et les nombreuses variétés pathogènes pour les autres espèces ou avirulentes, chez les méningocoques, les pasteurella, les streptocoques, etc... **(Maurice NICOLLE et A. BOQUET.)**

Si l'on en juge par les expériences de Dieudonné, il est possible de rendre pathogène un microbe normalement avirulent, pour une espèce dont la température normale, trop haute ou trop basse, s'oppose à sa végétation. C'est ainsi que le savant allemand a conféré le charbon aux grenouilles avec des bactéridies accoutumées à la température de 42°. Les modifications expérimentales de la virulence sont superposables aux modifications de la chromogénèse du B. *prodigiosus* obtenues par le même expérimentateur. *Mais il faut bien se garder de croire que dans leur déterminisme la température de développement constitue le facteur primordial.* Après Dujardin-Beaumetz, *Brocq-Rousseu, Forgeot et Urbain ont, en effet, montré le rôle joué par la composition des milieux de culture, dans les variations qualitatives de la virulence.* Le streptocoque gourmeux étudié par ces auteurs est naturellement inoffensif pour le pigeon ; cultivé en série sur des milieux au sang de pigeon, il devient pathogène à l'égard de cet animal.

(Maurice NICOLLE et A. BOQUET.)

C'est cette composition des divers milieux humoraux et organiques qui est conditionnée non seulement par le mode de vie actuel de l'espèce considérée, mais encore par toutes les influences *ancestrales* qui continuent à s'exercer, à régler les évolutions ontogéniques et phylogéniques, et à déterminer l'individualité de l'être.

Chaque individu d'une espèce donnée est doué tant par son mode de vie, son évolution ontogénique, que par son évolution phylogénique d'une pathologie, et par conséquent aussi d'une immunité naturelle qui lui est spéciale. On sait par exemple, ainsi que nous l'avons souligné plus haut, que l'homme, vraisemblablement du fait des influences ancestrales qui se sont exercées et continuent à s'exercer sur lui, est réfractaire à nombre d'affections microbiennes qui frappent les animaux (péripneumonie, peste bovine, piroplasmoses, certaines trypanosomiases) et réciproquement que les animaux résistent à diverses maladies infectieuses humaines (fièvre jaune, lèpre, syphilis, paludisme, etc...). De même parmi les espèces animales, certaines d'entre elles sont épargnées par des infec-

(1) Ontogénèse et phylogénèse. Les influences ancestrales, leurs rapports avec la pathologie. Essai d'interprétation. *Gazette des Hôpitaux* n° 34, 27 avril 1938, page 541.

(2) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 34, 27 avril 1938, p. 544.

tions auxquelles d'autres espèces se montrent sensibles : la Morve, par exemple, redoutable pour les solipèdes, épargne les bovidés. Enfin, dans une même espèces des races manifestent une réceptivité particulière. D'autre part certaines affections peuvent prendre chez l'animal, voire même chez l'homme, la forme d'infections inapparentes, ainsi que l'a montré Charles Nicolle (3).

Par ailleurs, en matière d'immunité naturelle, et les recherches de Besredka l'ont bien montré, l'élément relativement spécifique n'est pas le plus souvent dans la réaction générale de l'organisme à l'infection, *il est surtout dans le siège de cette infection, dans la localisation du microbe.* A bien les considérer, on s'aperçoit vite que les maladies infectieuses ont chacun un siège d'élection, où elles localisent d'abord et parfois uniquement leurs lésions. Il y a des maladies intestinales, d'autres sont surtout cutanées (furoncle, charbon, érysipèle), d'autres sont surtout nerveuses (poliomyélite, rage). On pourrait dire qu' « elles ont un tropisme positif » pour tel ou tel organe. Besredka conservera le mérite d'avoir précisé que l'organe qui est le siège parfois unique de l'infection est ordinairement aussi le lieu d'élaboration de l'immunité. Il a soumis à une méthode et a développé et généralisé les recherches que de nombreux prédécesseurs avaient faites sur les seules infections intestinales.

Si l'on concevait l'homme comme un organisme colonial, formé par la réunion solidaire de divers animaux vivants en symbiose, à savoir nos différents organes, on pourrait concevoir que *ces différents organes aient chacun leur pathologie particulière*, de même que chaque espèce animale a sa pathologie spéciale. Cette doctrine du *polyzoïsme* n'est à la vérité pas si paradoxale qu'il y paraît.

Il découle des recherches de Besredka et aussi des faits observés couramment en clinique :

1° Que chaque maladie infectieuse est conditionnée avant tout par l'atteinte d'un organe, variable suivant la maladie, *foyer d'appel constant pour le même virus, quel que soit le mode d'instruction de celui-ci ;*

2° Qu'un animal réfractaire peut être rendu réceptif si on sensibilise l'organe qui, chez d'autres animaux d'espèce différente, est le siège de la maladie, tant est grand le rôle joué par cet organe dans cette affection, et que, par conséquent, *l'immunité naturelle est la conséquence d'un état réfractaire local ;*

3° Que, de même, l'immunité acquise est conditionnée par l'atteinte de cet organe ; que la pratique de la vaccination antimicrobienne consiste à employer un virus tué et à y sensibiliser *l'organe réceptif* ; que l'immunité acquise par tout l'organisme dans certaines maladies se réduit à l'acquisition d'une immunité locale, et qu'ainsi chez les êtres hautement différenciés, dans le conflit entre le virus et l'organisme intervient un facteur autre que virus, phagocytes du sang, à savoir les cellules réceptives qui, logées dans les organes, participent non seulement à l'infection, mais encore à la défense.

(3) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 34, 27 avril 1938, page 544.

***

Il découle de toutes les notions précédentes que non seulement chaque sérum, mais encore chaque extrait organique d'un individu, d'une espèce donnée, doit, du fait du mode de vie et de la phylogénèse de cette espèce, de sa pathologie et de ses réactions d'immunité naturelle, des localisations ou tropismes morbides dont lui ou sa lignée auront pu avoir été l'objet, avoir une composition physico-chimique et être doué de propriétés particulières.

***

Il serait intéressant de grouper les diverses espèces *d'après leur signification et leur valeur supposées dans le plan biologique.*

Dans chaque espèce, comme nous l'avons déjà dit précédemment (4), il semblerait y avoir, ce serait là tout au moins une féconde hypothèse de travail, qu'il serait logique d'émettre, *un ou plusieurs organes dominants, servis par d'autres organes.* Il y aurait lieu d'étudier *systématiquement* l'action physiologique et thérapeutique d'extraits préparés à partir d'organes d'individus appartenant à des espèces diverses, occupant des places diverses dans l'échelle zoologique. *Il y aurait lieu de considérer l'organothérapie selon un point de vue nouveau : à savoir de ne plus considérer seulement l'organe lui-même extrait des animaux usuels : bovidés, cheval, mouton, etc.*, mais de se préoccuper *systématiquement* des particularités et des variations de son mode d'action et des effets qu'il est susceptible de produire *selon l'espèce animale d'où il a été tiré.* Il s'agirait *d'étudier systématiquement l'action d'extraits de ce même organe, préparés à partir d'espèces les plus diverses. Le point de vue zoologique a son importance en organothérapie. Il est vraisemblable qu'en dehors des actions toxiques spéciales aux humeurs de chaque espèce vis-à-vis des milieux organiques d'une autre espèce (toxicité du sérum d'anguille par exemple), il y a des différences physiologiques importantes entre des extraits organiques préparés à partir d'organes homologues, et similaires, mais à partir d'espèces différentes.*

Auclair n'avait-il pas employé avec un certain succès (et les travaux de cet admirable et persévérant chercheur sont aujourd'hui trop oubliés) des extraits de pancréas de poule dans la préparation d'un vaccin antituberculeux ? Il est évident qu'un extrait pancréatique de poule ne saurait avoir exactement la même action physiologique et thérapeutique qu'un extrait pancréatique de bœuf, *préparé selon la même technique.*

Un extrait préparé à partir d'un poumon d'oiseau, un extrait hépatique ou digestif de reptile doivent as-

(4) Par exemple la « Note reptilienne » serait la digestion, le tube digestif, représentatif de la fonction *principale* de l'espèce reptile. Que serait-ce qu'un serpent, si ce n'est un tube digestif servi par d'autres organes ? Voir note (1) *Gazette des Hôpitaux*, n° 34, 27 avril 1938, page 543.

Le fait de la prédominance chez les reptiles de la note digestive donnerait peut-être des propriétés particulières aux extraits opothérapiques préparés à partir de certains organes de reptiles, digestifs ou autres ? L'oiseau représenterait une note plus pulmonaire, etc...

surément jouir de propriétés spéciales, différant dans une certaine mesure des extraits semblablement préparés à partir des mêmes organes des animaux usuels.

On pourrait dire pour employer une formule que nous avons émise autrefois, mais qui fut incomprise en son temps et prise pour une boutade « en matière de pathologie, en matière de physiologie, en matière d'organothérapie, il y a une « *spécificité plus ou moins marquée, mais qui existe toujours du « terrain* ». Ce qui veut dire que chaque individu d'une espèce donnée a toujours, du fait de son ontogénie, de sa phylogénie, des influences actuelles et ancestrales qui s'exercent sur lui, *de ses réactions d'immunité ou de sensibilisation générales ou locales, présentes ou passées*, et de la constitution biologique physico-chimique, qui en est la résultante, des individus composant l'espèce dont il fait partie, *une manière particulière et qui lui est propre de réagir aux stimulus les plus divers*. Par exemple, chez certains mammifères, la section des nerfs vagues ou leur excitation est sans effet très notable sur le cœur. Chez d'autres, elle est suivie d'effets physiologiques importants.

Nous pourrions multiplier les exemples. L'étude systématique des venins n'a-t-elle pas montré aussi chez un grand nombre d'espèces l'existence d'états réfractaires, alors que chez d'autres espèces par l'inoculation d'un même venin sont produits des effets physiopathologiques importants. *La sensibilité des systèmes neuro-végétatifs a des stimulus diffère selon l'espèce considérée et par conséquent les réactions anaphylactiques et allergiques dont les manifestations cardio-vasculaires sont réglées par le système neuro-végétatif différent selon les espèces : par exemple, l'anaphylaxie du lapin n'est pas identiquement la même que celle du cheval* (5).

Il y aurait lieu d'étudier *systématiquement et comparativement* selon les races et les espèces les différents modes réactionnels des individus animaux à des antigènes, ou pour parler plus généralement à des « réactogènes » déterminés, de manière à tenter d'édicter des lois réactionnelles, *en fonction des espèces considérées et de leur place dans l'échelle zoologique*. Il y aurait lieu aussi de reprendre *systématiquement* des études de pathologie comparée, mais en ne perdant pas de vue *le point de vue zoologique*, en se souvenant de la classification zoologique des espèces, des doctrines évolutionnistes, et de la conception d'un « plan biologique » évolutif général, plan impliquant des différences « d'âge évolutif » entre les diverses espèces, et des rapports particuliers existant entre les diverses espèces animales (6).

La constitution physico-chimique des humeurs et des organes diffère, nous l'avons vu, selon l'espèce considérée, et même dans une certaine mesure selon les individus.

Il est logique de supposer et l'expérience confirme cette hypothèse que la spécificité de réaction selon le terrain implique aussi une spécificité d'action des extraits humoraux ou organiques, *selon la race ou l'espèce ayant fourni l'extrait humoral ou organique*. (Dans la genèse de cette spécificité d'action, les réactions d'immunité et de sensibilisations locales présentées par l'espèce en question joue assurément un rôle.)

La conclusion logique de toutes les notions précédentes est que l'on doit distinguer dans le mode d'action d'extraits organiques et humoraux injectés à des individus d'une espèce donnée plusieurs facteurs. Un facteur spécifique dépendant de la nature de l'organe d'où a été tiré l'extrait (*spécificité d'organe*), un facteur spécifique dépendant de l'espèce d'où a été tiré l'organe (*spécificité d'action du terrain ou d'espèce de l'animal donneur*). Il faut d'autre part considérer l'espèce à laquelle appartient l'animal receveur (7) (spécificité du terrain ou d'espèce de l'animal receveur). *Disons à ce propos, et nous reviendrons plus loin sur ce point qu'il existe assurément des sensibilisations de groupes et d'espèces à des antigènes déterminés, qu'il conviendrait d'étudier systématiquement, afin d'en établir les lois.*

En matière d'organothérapie, il sera intéressant d'explorer *systématiquement* pour la préparation des extraits l'échelle zoologique, et de ressusciter tout un ensemble de recherches empiriques, mais rationnelles, qui renouvelleront des traditions thérapeutiques extrêmement anciennes, que nous ont léguées les médecins d'autrefois.

Tout le régime animal s'offre à nous au même titre que s'est offert le règne végétal.

Je ne sais si, comme le disait Dioscoride, « la belette séchée et salée est un antidote contre les morsures de serpent, et si ses viscères aiguisées de coriandre servent contre l'épilepsie », si comme le voulait Pline « le cœur des caméléons fait baisser la température des fébricitants » ou si les « cloportes servent à résoudre le tartre mucilagineux du corps et à lever les obstructions des viscères », si les « décoctions et infusions de grillons » constituent un excellent remède contre l'hydropisie et les empoisonnements, si le sirop de limace ou l'extrait d'escargot agissent dans les maladies de poitrine ? Mais, sans rire de nos devanciers qui « faisaient ce qu'ils pouvaient », je sais que Limousin a employé la cervelle de lapin contre les intoxications par les champignons, que le venin d'abeille a une indiscutable action contre les douleurs rhumatismales, que le venin de cobra est utilisé comme antalgique, que l'huile extraite du foie de la morue, ou du flétan, riche en vitamines, pare aux avitaminoses des enfants et des débilités, je sais que les vulgaires « asticots » détergent les plaies infectées et les rendent pratiquement stériles, etc., je sais qu'on a utilisé les sangsues pour le traitement des phlébites, etc...

(5) Les antigènes déchaînants et les floculations humorales ont surtout, en dehors de leur effet proprement physique des effets pathologiques parce qu'ils provoquent des réponses de la part du système neuro-végétatif qui règle les tonus vasculaires, les spasmes vasculaires, la vitesse et la coordination cardiaques, etc...

(6) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 34, 27 avril 1938, pages 543 et 544.

(7) Et aussi, bien entendu, le mode et de la vitesse d'introduction de l'extrait : voie sous-cutanée, voie intramusculaire, voie intraveineuse, etc. La technique de préparation de l'extrait, son degré de pureté sont naturellement aussi à considérer de très près. La nature des principes actifs d'un extrait organique peut différer selon l'espèce à laquelle appartient l'individu d'où a été tiré l'organe.

Je sais que M. Jausion préconise dans un certain nombre de cas la thérapeutique par l'urine, l'auto-ourothérapie, etc...

L'organothérapie empirique existe toujours, *mais elle n'est pas encore systématique et liée à l'étude de la zoologie, de la classification et de l'évolution des espèces.*

***

L'idée de traiter les maladies humaines par les extraits d'organes ou de tissus tirés des animaux remonte à des temps immémoriaux. Les anciens voyaient dans l'organothérapie une application de la guérison par les semblables, une sorte d'homéopathie. « Tout organe malade est influencé par un organe de même nature » (8). C'est là ce qu'on pourrait appeler du symbolisme analogique. Dans l'*Iliade*, nous voyons le centaure Chiron donner à Achille de la moelle de lion, afin de le fortifier et de lui inspirer du courage.

Le foie figure également avec le cœur comme le siège de la vaillance. Médée rend la jeunesse au vieil Eson en lui infusant dans les veines une mixture où entrent des foies de daim et des têtes de corbeaux centenaires, poussée par cette même conception de symbolisme analogique.

En dehors de la période fabuleuse, Hippocrate utilisait les tissus de l'âne, et sa fiente, le *placenta humain*, le castoreum, le *fiel du bœuf mélangé avec du miel* pour parer à l'engorgement intestinal, *le serpent, qui jouera un rôle éminent dans l'organothérapie historique*, les cantharides.

L'Ecole d'Alexandrie, et les Latins, leurs disciples firent le plus large appel à l'organothérapie. Galien s'y adonna. Nous pourrions multiplier les exemples (sang de gladiateur contre l'épilepsie, foie de renard chez les asthmatiques, chair de serpent contre les écrouelles, etc..., etc.).

Andromaque, médecin de Néron, inventa la Thériaque, où prédomine la chair de vipère, etc...

Mais c'est surtout Dioscoride d'Anazarbe, qui a traité véritablement de l'organothérapie : tous les organes auxquels plus tard il sera fait appel ont été par lui étudiés, employés, prescrits. *Le règne animal y passe tout entier*, depuis le foie de hérisson contre l'hydropisie, jusqu'aux poumons d'ours *contre la dyspnée. Dioscoride a régenté la matière médicale pendant plus de seize siècles.*

Pline son contemporain est encore plus complet, s'il est possible.

Les traditions anciennes ont été léguées à l'école de Salerne, aux médecins arabes et juifs, aux médecins du moyen âge. Nous pourrions nous étendre à l'infini sur les recherches organothérapiques empiriques des médecins d'autrefois. Le docteur P. Noury, de Rouen, ne rappelait-il pas, dans un numéro récent du *Concours Médical* (17 novembre 1937) que Louis XI avait voulu employer le remède en son temps renommé, à savoir *le sang de tortue. La question des propriétés curatives du sang de serpents, de crapauds, de reptiles et de tortues, est de nouveau à l'ordre du jour d'ailleurs*, et comme le fait remarquer dans son étude le Dr Noury, « plusieurs savants modernes, entre autres Mme Phisalix, se sont consacrés à cette étude pleine de promesses ».

Depuis l'antiquité jusqu'à Van Helmont et ses successeurs, en passant par Ambroise Paré, qui préconisait pour le traitement des plaies « l'huile préparée en « faisant bouillir dans de l'huile de lys des petits « chiens nouvellement nés et des *vers de terre* prépa« rés avec de la térébenthine de Venise », une organothérapie empirique, et souvent, hélas, fantaisiste, a été en honneur. Loin de nous en effet la pensée d'accueillir sans les plus grandes réserves, les affirmations de nos anciens qui, faute de connaissances et d'éléments d'information, et étant donné les idées et les croyances régnant de leur temps, nous apparaissent maintenant comme manquant souvent de sens critique, et faisant preuve d'une grande crédulité. Mais il ne convient pas non plus de rejeter sans examen ce qui fut le fruit de l'expérience de plus de 18 siècles (9).

***

Après avoir connu une fortune immense, depuis la plus haute antiquité jusqu'au XVIIIe siècle, l'organothérapie était tombée dans le plus grand discrédit. Déjà, en 1756, Geoffroy pouvait écrire : « On a abandonné avec raison ces sortes de remèdes aux empiriques » et Spilmann, en 1783, constatait à son tour que l'organothérapie avait vécu.

Tout à coup, au milieu du XIXe siècle, après les retentissantes communications de Brown-Séquard, en 1858, 1865, 1883, l'organothérapie renaissait avec fracas. Les expériences, les observations se multiplièrent. Aux idées philosophiques, magiques, religieuses d'autrefois se substitua une théorie scientifique fondée sur des données précises, établie sur une physiologie pathologique incontestée.

Mais, pour cette nouvelle organothérapie, les chercheurs et les médecins ont avant tout considéré l'organe en soi. *Ils ont oublié les propriétés particulières dont pouvait être doué ledit organe, selon l'espèce à laquelle appartenait l'individu d'où il avait été tiré.*

Ce sont ces propriétés particulières qui devraient être étudiées maintenant par des recherches *systématiques* portant sur toute l'échelle animale, que pressentaient et connaissaient plus ou moins confusément les Anciens. Les modernes, tout au moins jusqu'à ces dernières années, ne se sont plus souvenus de cette notion capitale : Il y a une *spécificité d'action du « terrain »*, il y a une spécificité relative de la race (quand cette race est nettement tranchée), *il y a une spécificité d'espèce.*

***

Les découvertes de Pasteur, les recherches de Brown-Séquard ont ouvert la voie à la Thérapeutique animale moderne. Des travaux de Brown-Séquard dérive toute l'organothérapie actuelle, et d'autre part grâce aux travaux de Pasteur, Richet et Héricourt et surtout Behring et Kitasato, puis Roux, purent créer la Sérothéra-

(8) Conception en somme vraisemblable, que les travaux modernes ont assez souvent confirmée dans un certain nombre de cas. Nous nous gardons bien de généraliser, cela va de soi.

(9) Voir l'amusant et intéressant ouvrage du docteur Mousson-Lanauze. *A travers l'Opothérapie*, 1 v., 71 p., Paris 1926. Laboratoires Couturieux, édit., 18, av. Hoche, Paris.

pie. En ce qui concerne la Sérothérapie, on s'est depuis le début placé seulement au point de vue « *Sérothérapie spécifique* ». On a eu pour objet, presque uniquement, la formation d'Immuns-Sérums, provenant d'animaux hypervaccinés, sérums actifs vis-à-vis d'un germe, d'une toxine, ou d'un poison déterminé ». C'est ainsi que l'on a obtenu des sérums antidiphtériques, antitétaniques, antiméningicoccíques, antivenimeux, etc. Mais on n'a pas considéré le sérum en lui-même, en tant que sérum provenant du sang d'un animal d'une espèce déterminée. Sérum de cheval en tant que sérum de cheval, sérum de chien, en tant que sérum de chien, sérum d'oiseau, de serpent, etc...

***

Si l'on essaye de raisonner et de tirer quelque philosophie de la thérapeutique, on est surpris, si l'on envisage la thérapeutique par les plantes, de ces « correspondances curieuses », pour ainsi dire, existant entre certaines espèces végétales, et la physiologie de certains organes animaux : par exemple la Digitale augmente le tonus du vague, agit sur la conductibilité intra-cardiaque, renforce les contractions myocardiques, et améliore la circulation intramyocardique par action vaso-dilatatrice sur les coronaires, le Pavot et le Papaver somniferum L, d'où est tiré l'Opium, ont à doses suffisantes une action sédative et hypnotique. La kola est au contraire un stimulant du système nerveux. La Rhubarbe et le Séné ont une action purgative, la Salicaire est antidiarrhéique, le Boldo a une action sur la sécrétion biliaire, etc.

D'autre part à un point de vue non plus purement symptomatique, mais étiologique, on constate que le quinquina qui, par ailleurs, est un modérateur métabolique (le quinquina et la quinine diminuent les oxydations organiques et modèrent la phagocytose) (1), agit sur l'hématozoaire du paludisme, la Fougère mâle a une action antihelminthique, etc...

De nombreuses espèces végétales contiennent donc des substances douées de propriétés thérapeutiques, *soit dans l'ordre symptomatique, soit dans l'ordre étiologique*. La découverte de ces propriétés est le fruit de cet *empirisme raisonné* (11), qui constitue l'expérience médicale des siècles passés et des temps actuels. Pourquoi n'existerait-il pas, si l'on étudie les différentes humeurs d'individus d'espèces variées, humeurs qui constituent leur milieu intérieur, sang, sérum, etc., etc..., les différents extraits d'organes, d'animaux divers, des « correspondances analogues » au point de vue de la thérapeutique *symptomatique ou étiologique*, à celles que l'on a constatées dans le règne végétal, pourquoi certains sérums ou extraits organiques donnés, *issus d'espèces déterminées* ne seraient-ils pas du fait de leur constitution physico-chimique et de l'immunité naturelle propre à l'espèce en question, douées de propriétés thérapeutiques données. Il y a là l'objet de recherches étendues.

Les différentes réactions qui font partie des processus immunitaires sont d'ordre cellulaire, ou d'ordre humoral. Cette distinction entre les deux types de réaction est d'ailleurs assez arbitraire et la plupart étant à la fois d'ordre cellulaire et d'ordre humoral.

Chez l'homme et les vertébrés en général, on admet, mais cette notion est assez sujette à caution, dans un certain nombre de cas, que l'immunité antimicrobienne naturelle est d'ordre cellulaire. « La phagocytose, a dit Arthus, est le pivot de l'immunité antimicrobienne naturelle », affirmation d'ailleurs discutable pour ce qui a trait à la phagocytose polynucléaire, dans le cas d'un certain nombre d'affections allergisantes, telles que la Tuberculose, les Fièvres typhoïdes, etc... (11).

Ajoutons que le système réticulo-endothélial joue un grand rôle dans l'immunité naturelle. On admet, par contre, que l'immunité acquise est à la fois humorale et cellulaire : humorale, parce que l'action bactériolytique se passe en dehors des cellules, cellulaire, parce qu'il est admis que les principes actifs nouveaux du sang sont excrétés par les cellules. Chez les invertébrés, ainsi que l'a écrit Paillot dans un article paru le 30 juillet 1924, dans la Revue Générale des Sciences N° 14 et intitulé « Une science nouvelle, *l'Immunologie comparée* », « il est impossible d'expliquer tous les faits d'immunité observés par les hypothèses formulées à la suite de l'étude de l'immunité chez les vertébrés supérieurs » (13).

Quoi qu'il en soit, et quelles que soient les théories que l'on admette, touchant l'immunité naturelle des vertébrés, il est des faits qui montrent indéniablement que dans certains cas le sérum d'individus d'espèces données peut être considéré comme le vecteur de leur immunité naturelle vis-à-vis de certaines maladies, et être doué de propriétés thérapeutiques : les admirables recherches que poursuit depuis longtemps Mme Phisalix en font foi : Nous ne citerons d'elle que deux communications qu'elle fit à l'Académie des Sciences, la première le 11 janvier 1926, la seconde le 25 janvier 1926.

1re COMMUNICATION. — *Immunité naturelle de l'anguille vis-à-vis du virus rabique, et action rabicide de son sérum.*

« Mme Phisalix ayant constaté naguère que le sang « de l'anguille est antivenimeux, lorsqu'il a été privé « de sa toxicité par le chauffage, et *qu'il peut être « alors utilisé comme vaccin contre le venin de vipère*, a eu l'idée de rechercher si les anguilles, com-

(10) Voir Jean Albert-Weil. Faut-il ou non combattre la Fièvre ? Un vol. 100 p. J.-B. Baillière, éditeur, Paris 1934.

(11) Il ne convient pas de mépriser l'empirisme, d'où dérive une grande partie de notre science thérapeutique et même médicale. Mais il faut cultiver l'empirisme en *le raisonnant et en le systématisant selon certaines idées directrices* et en mettant à son service toutes les techniques modernes (Technique de préparation, d'extraction et de purification des extraits organiques. Asepsie, etc., etc.). D'un empirisme large, raisonné, et *techniquement soutenu, naîtront d'importantes découvertes.*

(12) Voir Jean Albert-Weil : 1° Les Poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la Tuberculose. Esquisse d'une conception nouvelle des processus pathogéniques de la Tuberculose. Un vol. 327 p. J.-B. Baillière, édit., Paris 1931. — 2° Faut-il ou non combattre la fièvre ? La médication antithermique dans la tuberculose, les fièvres typhoïdes, et quelques autres maladies. Physiopathologie de la Fièvre. Un vol. 100 p. J.-B. Baillière, éditeur, Paris 1934. Voir aussi Rapport entre l'Allergie et l'Immunité dans la Tuberculose. *Paris Médical*, 11 février 1933 et Doit-on combattre ou non la fièvre ? *Paris Médical*, 27 janvier 1934.

(13) Voir Jean Albert-Weil. Les données actuelles du problème de l'immunité. *Gazette des Hôpitaux*, t. II, p. 329, 2 mars 1929 et p. 369, 9 mars 1929.

« me les vipères et les couleuvres, ne seraient pas ré-
« fractaires à l'action de virus rabique introduit par
« toutes les voies.

« Ces recherches ont donné les résultats suivants :

« 1° L'anguille est naturellement réfractaire à la
« rage, provoquée par l'inoculation du virus fixe ;

« 2° Son sérum est antirabique « *in vitro* » ;

« 3° Il est aussi antirabique dans l'organisme même
de l'anguille qu'il protège contre l'inoculation expé-
« rimentale du virus rabique. »

Et surtout 2e COMMUNICATION : 25 janvier 1926 — *Pouvoir rabicide du sang de hérisson, et pouvoir vaccinant contre l'inoculation intracérébrale de virus rabique du mélange neutre virus-sérum inoculé dans l'encéphale.*

« Mme Phisalix, partant de ce fait que le hérisson
« présente une résistance relative au virus fixe de la
« rage inoculé dans ses muscles a poursuivi des re-
« cherches expérimentales, qui lui ont donné les ré-
« sultats suivants :

« 1° Le sérum de hérisson adulte neutralise *in vitro*
« le virus rabique dans les proportions de 2,5 cmc
« pour 1 cmc d'émulsion centésimale de virus fixe,
« « in vivo, il s'oppose chez le hérisson à l'évolution
« régulière du virus inoculé.

« 2° Le mélange neutre virus fixe-sérum de hérisson
« introduit dans l'encéphale du lapin le *vaccine for-
« tement contre l'épreuve intracérébrale de virus fixe,
« contrairement aux autres mélanges neutres, jus-
« qu'ici essayés de virus et de sérums antirabiques.* »

Dans ces cas, les sérums d'anguille, les sérums de hérisson, jouissent de propriétés thérapeutiques spéciales parce qu'ils sont des sérums d'anguille, ou des sérums de hérisson.

Mme Phisalix vient de faire tout récemment (3 mai 1938) une communication à l'Académie de Médecine sur l'*Immunité naturelle des espèces venimeuses et ses mécanismes.*

« Elle a fait d'abord remarquer que ce sont les grou-
« pes zoologiques inférieurs qui renferment le plus
« d'espèces venimeuses et que les mieux douées de
« ces espèces (Serpents, Batraciens, Arachnidés, in-
« sectes) sont venimeux d'une manière multivalente
« par leurs sécrétions glandulaires, leur sang, leurs
« œufs. A cette venimosité multivalente correspond
« aussi une immunité naturelle multiple : les espèces
« venimeuses résistent effectivement à leur propre ve-
« nin, à ceux d'autres espèces, à certaines toxines mi-
« crobiennes, au virus rabique et à sa toxine, et à des
« poisons d'origine et de composition variées. Dans
« l'organisme de l'animal venimeux adulte s'établit
« un équilibre toxique-antitoxique dont la caractéris-
« tique est de se rétablir rapidement quand il vient à
« être détruit par l'apport massif de poison. »

« Comment apparaît cette immunité ? Bien que
« l'œuf de l'animal venimeux soit toxique au début
« de l'ovogénèse, quand la membrane de l'œuf est
« très perméable, on constate que la venimosité ré-
« gresse peu à peu et qu'elle a complètement disparu
« quand l'embryon est constitué. Celui-ci est donc
« toujours atoxique, et le jeune reste atoxique tant
« qu'il n'élabore pas lui-même de poison, tant que
« son milieu intérieur n'en renferme pas. C'est le cas
« des têtards et des larves de batraciens (crapaud, sa-
« lamandre) jusqu'à la fin de la vie larvaire. A par-
« tir du moment où le venin se rencontre dans le sang,
« celui-ci, irriguant tout l'organisme, y détermine
« chez les cellules les plus sensibles aux venins, com-
« me chez les autres des réactions de défense, qui se
« traduisent par l'accoutumance au sang toxique, et
« par l'élaboration d'antitoxines variées et nombreu-
« ses, neutralisant chimiquement ou physiologique-
« ment les composants toxiques du sang.

« Ainsi, *l'immunité naturelle des espèces venimeu-
« ses est aussi une immunité acquise, ayant pour
« point de départ l'apparition dans le sang de compo-
« sants toxiques ; elle s'acquiert ainsi comme l'immu-
« nité artificielle et par le même mécanisme. La seule
« différence, c'est que l'espèce venimeuse élabore
« elle-même sur place le poison excitateur tandis qu'il
« est introduit expérimentalement chez les espèces
« auxquelles on veut conférer l'immunité, et que chez
« elle l'immunité est entretenue par la toxicité cons-
« tante du sang.* »

Ainsi donc chez beaucoup d'espèces venimeuses, *l'immunité naturelle rejoint l'immunité acquise. Les sérums naturels s'identifient avec des immuns sérums et sont dotés d'un grand nombre de propriétés qui sont l'apanage des immuns-sérums artificiels.*

Par ailleurs des sérums naturels ordinaires peuvent avoir des actions thérapeutiques spéciales .La conception d'une thérapeutique purement humorale, en faisant abstraction de la spécificité curatrice rigoureuse que l'on exigeait au début de la sérothérapie est dans l'air. Par exemple l'emploi de sérum antidiphtérique dans des affections qui n'ont rien de diphtérique, l'emploi de sérum de porc dans les colibacilloses, l'autohémothérapie, la protéinothérapie, la thérapeutique par les venins, etc..., en témoignent.

*
**

Si nous avions eu les moyens (14), nous aurions entrepris et fait entreprendre toute une série de recherches s'échelonnant d'ailleurs sur des années, et en mettant à contribution des laboratoires marins, organothérapiques, physiologiques, pharmacodynamiques et sérologiques dirigées selon un esprit nouveau. Il se serait agi, en utilisant d'abord les techniques usuelles, puis des techniques plus spéciales (extractions fractionnées par l'alcool par exemple, comparables à celles utilisées pour la préparation de l'Insuline, ou autres, afin de tâcher de retirer des principes actifs mieux définis chimiquement) de préparer des extraits organiques les plus divers, à partir d'organes ou d'humeurs d'animaux extrêmement variés. Ces animaux auraient été choisis à tous les degrés de l'échelle zoologique, tant parmi les Invertébrés (Annelides par

(14) Nous avions soumis en 1927, alors que nous travaillions à l'Institut de Bactériologie de la Faculté de Strasbourg un plan assez détaillé de recherches de cet ordre à notre regretté Maître le Professeur Amédée Borrel, que le sujet intéressa. Mais il nous aurait fallu avoir à notre disposition des moyens techniques, des animaux et des crédits qui nous firent défaut, ceux-ci étant limités et consacrés à d'autres travaux. Sans abandonner pour toujours nos anciens projets, nous orientâmes alors notre activité vers des recherches sur la Tuberculose.

exemple, Hirudinées, Arthropodes (crustacés, insectes et larves d'insectes, chenilles, etc. (des Galleria Mellonella par exemple qui digèrent les B. K.), certains Mollusques tant terrestres (escargots, limaces) que marins (huîtres, moules, pieuvres, etc...) que parmi les vertébrés (certains poissons, anguilles), certains batraciens, certains reptiles, certains oiseaux, certains mammifères (15). Il se serait agi d'étudier comparativement et souvent *empiriquement*, en nous basant quelquefois pour l'orientation de nos expériences, sur des traditions thérapeutiques anciennes, leur action physiologique et thérapeutique dans des cas divers.

Nous nous serions proposés d'étudier aussi systématiquement l'action des sérums de diverses espèces animales. Il se serait agi d'étudier un certain nombre de sérums non pas *d'abord* en tant qu'immuns-sérums, mais en tant que sérums provenant d'un individu d'une espèce donnée : sérum de cheval, sérum de chien, sérum de lapin, sérum de pigeon, sérum de serpent, etc., etc..., par exemple. Nous aurions tenté d'établir une échelle de toxicité des sérums, de constituer de véritables gammes de sérums, des groupements de sérums, ayant des propriétés physiologiques toxiques ou atoxiques, au besoin thérapeutiques voisines. Nous aurions été aussi amenés à étudier l'immunité naturelle, la pathologie spéciale ou commune à certaines espèces, à pratiquer des inoculations de différents sérums frais ou chauffés, concomitamment ou successivement à des inoculations d'émulsions bactériennes, à pratiquer des inoculations de mélanges virus-sérums, etc., etc...

Des propriétés particulières auraient peut-être été observées, *en relation avec l'espèce à laquelle aurait appartenu l'animal ayant fourni le sérum ou l'extrait organique, et avec sa situation dans l'échelle des êtres.* Ce n'est pas le lieu d'exposer ici le plan *détaillé et limité* (car dans un ensemble aussi vaste il faut savoir choisir) de recherches que nous avions établi et qui demeure enfoui au fond de nos dossiers, d'où il ressortira peut-être un jour.

Plan trop ambitieux, trop « jeune » peut-être, et trop vaste, mais que des chercheurs plus heureux que nous-mêmes sauront peut-être réaliser *dans quelques-unes de ses parties.* Ainsi seront redécouvertes ces correspondances thérapeutiques et physiologiques existant entre certains organes *particuliers* d'animaux *particuliers*, et certains de nos organes, de même qu'il existe des correspondances physiologiques et pharmacodynamiques entre un grand nombre de plantes thérapeutiques et un grand nombre de nos viscères et de nos centres nerveux. « L'animal thérapeutique » des

(15) Il va sans dire que nous n'aurions fait porter nos recherches *au début* que sur les animaux les plus « usuels », ceux qu'il est le plus facile de se procurer, et le moins coûteux.

anciens sera ainsi réhabilité, et d'une organothérapie millénaire naîtra une organothérapie nouvelle, quoique infiniment ancienne. Ainsi sera connue à nouveau et *systématiquement étudiée la spécificité physiologique d'action du « terrain » en rapport avec l'espèce et la lignée ancestrale.*

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 17 mai 1938

A propos de la prophylaxie du tétanos. — M. R. Martin insite sur l'innocuité de la vaccination par l'anatoxine et sur son efficacité, prouvée par les résultats obtenus sur une grande échelle dans l'armée, aussi bien chez les chevaux que chez l'homme. Il semble d'autre part que l'immunité ainsi acquise soit durable.

Il en résulte, d'après M. Ramon, qu'il ne faut pas faire d'injection préventive de sérum à l'occasion d'une plaie chez les sujets antérieurement vaccinés, mais qu'il y a lieu de faire une injection de rappel d'anatoxine, qui exalte l'immunité et fait monter dans un délai très bref le taux de l'antitoxine du sang. Il n'y a qu'une seule exception à cette règle : il faut faire du sérum dans les cas de blessure accompagnée de déperdition sanguine très importante et d'état de shock.

Chez les sujets qui n'ont pas été vaccinés antérieurement, il faut commencer par faire une injection d'anatoxine suivie, une demi-heure plus tard, de l'injection préventive de sérum. Ultérieurement, on continue suivant les règles habituelles la vaccination par l'anatoxine.

M. Delthil demande que la Société de Pédiatrie émette un vœu recommandant d'associer chez l'enfant la vaccination antitétanique à la vaccination antidiphtérique.

Ectasie de l'aorte ou de l'artère sous-clavière chez un enfant de 11 ans. — MM. Maurice Lamy, Sée et Kaplan présentent un enfant de 11 ans chez lequel la constatation d'une ombre médiastinale anormale avait fait porter à tort le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse entraînant une cure climatique sévère. Il s'agit en réalité d'une ectasie de la crosse aortique ou de l'origine de la sous-clavière gauche, car les caractères radiologiques sont ceux d'une teumeur vasculaire et il y a au surplus un thrill et un souffle précordial ; enfin, les oscillations atérielles sont abolies au membre supérieur gauche. Les auteurs n'ont pu déceler aucune étiologie inflammatoire et pensent qu'il s'agit d'une malformation congénitale.

Deux observations de rhumatisme ankylosant et déformant de l'enfant. — MM. Rocher, R. Debré, J. Marie et Gabriel rapportent une observation anatomo-clinique de rhumatisme chronique déformant de l'enfant, ayant débuté à l'âge de 3 ans et s'étant accompagné dans le cours de l'évolution d'une irido-cyclite et d'une dégénérescence amyloïde des viscères.

La seconde observation, présentée par MM. R. Debré, J. Marie et Schapira, est absolument superposable à la précédente en ce qui concerne les caractères cliniques et radiologiques des manifestations articulaires, et se complique également d'irido-cyclite.

Ces deux cas se différencient de la maladie de Still et paraissent relever d'une étiologie infectieuse.

Quelques syndromes de cyanose-dyspnée du nouveau-né. — Mme Marthe Erlich (de Varsovie) insiste sur la fréquence relative de l'œdème pulmonaire subaigu consécutif à un accouchement laborieux ; le pronostic en est bon si l'enfant est traité précocement, par l'oxygénothérapie en particulier.

Elle a d'autre part observé un syndrome analogue à la suite de simple rhinites banales ou même de refroidissement. Il suffit dans ces derniers cas de réchauffer l'enfant pour voir disparaître dyspnée et cyanose.

Un syndrome d'otite moyenne du nouveau-né. — Mme Erlich a observé chez un nourrisson, à la suite d'une rhinite latente, une otite ayant débuté brusquement par une élévation de température et une altération de l'état général. L'examen otologique montra une simple hyperhémie du tympan, et cependant une paracentèse amena la guérison.

Un cas de rupture d'un hématome du foie chez un nouveau-né. — Mme Erlich.

Un cas d'angine avec granulocytopénie. — Mme Erlich.

Abcès cutanés multiples du nourrisson. — M. Béraud (de La Rochelle) a observé chez nu nourrisson des abcès cutanés multiples particulièrement rebelles. Les injections de sang maternel n'ont amené aucune amélioration, mais un traitement par l'anatoxine staphylococcique a été suivi d'un succès rapide.

Un cas de tuberculose mortelle du nourrisson. — M. Béraud.

Syndromes douloureux abdominaux au cours de la maladie sérique. — M. Willemin-Clog a observé à plusieurs reprises, au cours de la maladie sérique, des manifestations abdominales douloureuses d'aspect clinique variable, allant de la crise solaire jusqu'au syndrome pseudo-péritonéal de diagnostic difficile.

Dans un cas a été pratiquée une laparotomie qui a montré une congestion intense du péritoine avec tuméfaction considérable des ganglions mésentériques. Peut-être ces manifestations peuvent-elles être mises sur le compte de l'action du sérum sur le système nerveux végétatif.

LIVRES NOUVEAUX

La syphilis du système nerveux. Pathologie générale. Traitement. Prophylaxie, par A. Sézary. Paris, 1938, in-8° de 287 pages.

Depuis près de trente ans, M. A. Sézary s'intéresse à la syphilis du système nerveux, fouillant son histoire, cherchant à résoudre les nombreux et importants problèmes que soulève son étude, ne laissant dans l'ombre aucune de ses particularités. Rien d'étonnant, dès lors, à ce qu'il nous donne aujourd'hui, non une revue générale sur le sujet, mais un exposé d'ensemble de ses conceptions personnelles, toujours marquées au coin de la plus sûre originalité.

Conceptions *biologiques*. Dès le début de l'infection, apparaissent des modifications du liquide céphalo-rachidien. Elles sont constantes toutes les fois que la pie-mère est intéressée, qu'il y ait localisation méningée du tréponème ou atteinte simultanée du parenchyme nerveux et des méninges. Leur étude est donc du plus grand intérêt. D'autre part, l'histologie enseigne que les réactions méningées, loin d'être primitives, comme on l'avait longtemps admis, sont, le plus souvent, secondaires aux lésions parenchymateuses.

Conceptions *étiologiques* : rôle prépondérant du traitement, les diverses manifestations de la neuro-syphilis étant plus sûrement déclenchées par un traitement insuffisant que par l'abstention thérapeutique ; influence du terrain, le système nerveux ne participant pas à l'immunisation de l'organisme, si bien que, magré son immunité naturelle, les spirochètes finissent par y pulluler.

Conceptions *thérapeutiques* : utilité, dans la paralysie

générale, du stovarsolate de soude, employé en injections sous-cutanées ou intra-musculaires (Sézary et Barbé) ; nécessité d'un traitement préventif essayé soit au début de l'infection, quand le tréponème n'est pas encore adopté au tissu nerveux, soit plus tard, quand, installé dans ce tissu depuis un certain temps, il détermine des réactions que permet de dépister la ponction lombaire.

Telle est, en quelques mots, l'ordonnance de ce beau livre où l'on retrouvera avec plaisir les qualités de M. Sézary : maîtrise dans l'exposition, originalité et ingéniosité des conceptions, sens de la mesure dans la polémique, qui, toujours, reste strictement scientifique, clarté latine, élégance du style, sans oublier l'érudition profonde, dont l'auteur sait se servir à merveille sans jamais fatiguer le lecteur.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

MALADIE DE BASEDOW (1)

Signes — Diagnostic — Indications thérapeutique

C'est la manifestation majeure des troubles cardio-vasculaires constants dans le goitre exophtalmique, dont témoigne encore l'*éréthisme* très marqué, perceptible :

1° *Au cœur :* le choc de pointe est violent,

Le timbre des bruits éclatant,

Le souffle systolique de pointe très souvent entendu peut être mis sur son compte — bien que certains auteurs l'interprètent comme un début de décompensation (et cependant à l'orthodiagramme, il n'y a généralement pas de modifications des dimensions du cœur).

2° *Aux vaisseaux de la base du cou :* les carotides sont animées de battements violents, déterminant des secousses rythmiques de la tête.

Elles sont le siège de frémissements, de souffles systoliques.

Cet éréthisme contraste avec :

— La petitesse du pouls,

— L'état de la T.A., généralement normale, ou avec une légère hypertension maximale (on a cependant signalé l'élévation de la *pression différentielle*, dont les oscillations seraient parallèles à l'évolution du métabolisme basal).

Tels sont les signes cardinaux du goitre exophtalmique typique.

Leur existence suffit à poser un diagnostic clinique.

Mais un examen somatique complet est indispensable (*intérêt pronostique*). Il aura en vue l'appréciation exacte du degré :

1. *Des troubles digestifs*, constants ou presque :

Appétit instable : boulimie pendant longtemps, puis inappétence progressive (importance pronostique).

Crises viscérales, intestinales surtout, et l'on sait la fréquence comme la valeur pronostique des *diarrhées* qui surviennent chez ces malades, par crises à début et à fin brusques.

2. *Des troubles respiratoires.*

En dehors de ceux que peut engendrer une tuberculose pulmonaire (fait sur lequel nous reviendrons), il faut rappeler combien, chez les basedowiens : la *dyspnée* est facile, le *rythme* respiratoire accéléré, l'*ampliation* par contre diminuée.

Des quintes de toux sèche, avec altération de la voix, peuvent se voir parallèlement aux poussées congestives thyroïdiennes.

3. *Des troubles nerveux*, de fréquence extrême.

Et, sans insister sur la possibilité de :

Troubles moteurs :

— Déficience musculaire notable ;

— Crampes ; contractures musculaires ;

— Dérobement des jambes ;

— Voire syndrome paraplégique de nature discutée, et d'ailleurs exceptionnel ;

Ou de *troubles sensitifs :*

— Névralgies diverses (faciale) ;

Douleurs rhumatoïdes ;

— Hyperesthésies.

On aura surtout en vue l'appréciation :

Des troubles psychiques, extrêmement fréquents et importants, résumés par cette triade :

— *Hyperémotivité,*

— *Instabilité,*

— *Irascibilité.*

Pénibles pour la malade, comme pour son entourage, mais pouvant conduire, *sur terrain prédisposé*, à de véritables *dépressions psychasténiques* — à l'extrême des *psychoses réelles* (folie basedowienne à type mélancolique ou maniaque).

Leur fréquence est telle qu'ils peuvent pendant un certain temps *dominer le tableau clinique.*

Ils vont de pair avec :

Des troubles vaso-moteurs, alternance de vaso-constriction et de vaso-dilatation, bouffées de chaleur, crises sudorales — dont on peut rapprocher certains *troubles cutanés :* œdème passager, ou à type sclérodermique, pigmentations (paupières, signe de Jellineck), éruptions (vitiligo), prurits tenaces sur la pathogénie desquels l'accord est loin d'être fait (participation d'autres endocrines).

4. *Des troubles génitaux :*

De règle chez la femme, ils consistent en :

— Troubles de la menstruation,

— Aménorrhée,

— Syndrome d'insuffisance ovarienne,

à des degrés variables.

La grossesse, rare chez ces malades d'ailleurs, peut les améliorer, mais on a signalé, après l'accouchement, la possibilité d'hémorragies ou d'accidents cardiaques.

5. *Des troubles de l'état général enfin*, d'importance considérable.

Ils sont dominés par un symptôme majeur :

L'*amaigrissement*, toujours très net, très précoce souvent. Il est la meilleure traduction du trouble profond du métabolisme général.

Par ailleurs :

Une *instabilité thermique*, avec crises fébriles intermittentes, courantes lors des poussées congestives.

Des *urines* abondantes, claires, avec crises polyuriques ; parfois, au moment des poussées : albuminurie et surtout *glycosurie*, fait important qui nécessite l'étude du métabolisme hydro-carbone (triange d'hyperglycémie couramment élargi).

L'*examen du sang* le montre assez souvent normal ; mais fréquemment aussi : anémie légère, leucopénie avec mononucléose ; enfin, il est courant de noter une *réserve alcaline haute.*

G. LE SUEUR.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 60, du 27 juillet, p. 974.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 63. — SAMEDI 6 AOUT 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : **Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Marseille. — MM. Fiorentini et Ollivier ont été nommés après concours, internes au centre d'hygiène mentale.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Commandeur* : M. le professeur Nicolas (Lyon).

Officiers : MM. Cadéac (Boulogne-sur-Gesse) ; Cassin (Sury-le-Comtal).

Chevalier : M. Adoue (Montesquiou-sur-Losse).

Guerre. — *Corps de santé des troupes coloniales.* — M. le médecin général inspecteur Couvy, disponible, nommé, à compter du 23 août 1938, membre du comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin général Frontgous. — Maintenu membre du comité consultatif de défense des colonies.

M. le médecin général Blanchard, directeur du service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique orientale française, nommé inspecteur général du Service de santé des colonies, président du Conseil supérieur de santé des colonies.

M. le médecin colonel Ricou, du 23e rég. d'infanterie coloniale, nommé directeur par intérim du Service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique orientale française, à Tananarive.

Société française d'orthopédie et de traumatologie (Journées orthopédiques suisses de Zurich et Lausanne (26, 28 septembre 1938).

Dimanche 25. — Arrivée dans la soirée à Zurich.

Lundi 26. — 8 h. 1/2, Institut Balgrist : prof. docteur Scherb, Zurich. Exposé, film, présentation de malades. — 10 h., collation. — 10 h. 1/2, docteur Fancillon, Zurich (exposé). — 11 h., docteur Burckhardt et docteur Mülli, Balgrist-Zurich (démonstrations). — 14 h., Clinique « Hirslanden ». Opérations (prof. Scherb). — 15 h., Institut Balgrist : prof. Dubois (Berne). Exposés : prof. Clairmont (Zurich), prof. Zollinger (Zurich), prof. Monnier (Zurich), docteur Debrunner (Zurich). — 20 h., réception, puis représentation d'opéra.

Mardi 27. — Voyage en autocar : Zurich-Lucerne-Brünig-Interlaken (lunch). Oberland bernois, Zweisimmen-Montreux-Lausanne (en cas de mauvais temps, voyage direct en chemin de fer par Berne).

Mercredi 28. — 8 h., auditoire de chirurgie de l'hôpital cantonal de Lausanne : opérations, prof. Nicod (Lausanne). — 9 h. 3/4 : docteur Scholder (Lausanne). Démonstrations. Prof. Reinbold (Lausanne). Démonstrations. — 10 h. 3/4 : prof. Nicod. Visite de l'hospice orthopédique et présentation de malades. — 14 h. 1/2 : auditoire de la clinique médicale de l'hôpital Nestlé : docteur Martin-Du Pan (Genève). Présentation de malades. Prof. Jentzer (Genève). Démonstrations. Docteur Fauconnet et docteur Brocher (Genève). — Film. Docteur Oltramare (Genève). Exposé. — Docteur A. Perrot (Genève). Démonstrations. — 20 h. 1/4 : banquet offert par les chirurgiens orthopédiques suisses, avec la collaboration de l'Université et de la Faculté de médecine à Lausanne.

Jeudi 29 — Excursions libres et invitations privées.

Il est indispensable que nos collègues désirant se rendre en Suisse, écrivent avant le 25 août :

1° Au docteur André Richard, secrétaire général de la Société, hôpital maritime de Berck-Plage (Pas-de-Calais).

2° S'ils ne font pas le voyage en automobile et s'ils désirent bénéficier des réductions collectives des chemins de fer suisses, également à l'agence Kuoni, à Paris, 1, rue

Auber (place de l'Opéra), ils indiqueront également à cette agence, la catégorie de l'hôtel choisie. (Voir *Revue d'Orthopédie*, N° de juillet). Aucune inscription ne pourra être reçue après le 5 septembre.

Pour les billets collectihs, la réunion se fera dimanche 25 septembre, à 15 h. 37, gare de Bâle ; prière d'indiquer la gare de sortie de Suisse pour le retour.

Grâce à l'amabilité de nos hôtes suisses, aucune réception ne comportera de tenue de soirée. Costume de touriste.

Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences. — Le 6e congrès annuel de l'Association aura lieu à Paris, les 6 et 7 octobre, pour la partie scientifique au Palais de la Découverte, Grand Palais, avenue Victor-Emmanuel III, et le 8 octobre, pour la partie pédagogique, au Musée pédagogique de l'Etat, 29, rue d'Ulm (5e).

Envoyer avant le 1er octobre, au Secrétariat du Congrès, 39, rue Scheffer (16e), les communications, photos, films en tous formats ou appareils.

Tout envoi de l'étranger devra être adressé au « Musée Pédagogique de l'Etat, 29, rue d'Ulm, Paris (5e), Congrès de Documentation photographique et cinématographique ».

Sixième congrès de rééducation physique organisé par la Société des professeurs spécialistes de culture physique médicale de France, Institut d'éducation physique de l'Université de Paris, du 19 au 22 septembre 1938, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Roussy, recteur de l'Université de Paris, sous le patronage de MM. les doyens des Facultés de médecine ; de MM. les directeurs d'Ecoles de médecine ; de M. le directeur de l'Ecole Normale d'Education physique ; de MM. les directeurs des Instituts régionaux d'éducation physique ; de MM. les membres du Conseil scientifique et médical de la Société.

Sections d'étude. — 1° Sciences appliquées à l'éducation physique et à la gymnastique médicale ; 2° techniques rééducatives ; 3° réalisations sociales.

Le Congrès est ouvert aux médecins et aux professeurs d'éducation physique. Renseignements et inscription : M. Petat, président de la Société des professeurs spécialistes de culture physique médicale de France, 11, rue Racine, Montluçon (Allier).

XXVe Congrès d'hygiène (Institut Pasteur, 3-6 octobre 1938). — Programme provisoire. — I. Le plan d'équipement sanitaire de la France.

II. L'alimentation et la santé publique : influence d'une alimentation rationnelle sur la santé publique ; l'alimentation de la population française, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être ; réformes à opérer ; moyens à mettre en œuvre. Collaboration à attendre de la part des pouvoirs publics, des collectivités publiques et privées. Intérêt de la question pour les Caisses d'assurances sociales.

III. Mutualité, Assurances sociales et santé publique : Rôle de la Mutualité et des Assurances sociales dans la protection de la santé publique en général et dans la lutte contre les fléaux sociaux en particulier. Réalisations pratiques dans la lutte contre la mortalité infantile, la tuberculose, les maladies vénériennes, les autres fléaux sociaux (maladies mentales, alcoolisme, rhumatisme et maladies gynécologiques). Rôle des médecins hygiénistes (I.D.H., D.B.H) dans le développement de la politique sanitaire des Caisses d'Assurances sociales. Coordination de l'action sanitaire et sociale des Caisses d'Assurances sociales avec les organismes de protection sanitaire et sociale publics et privés.

IV. Conférences : 1. L'alimentation, facteur de progrès social. 2. Rôle des fonctionnaires sanitaires dans la protection des populations civiles contre le péril aéro-chimique.

V. Visites : 1. Etablissements d'alimentation. 2. Installations et appareils de protection contre les dangers aéro-chimiques.

La *Société de médecine publique et de génie sanitaire* accueillera avec plaisir les communications portant sur un sujet entrant dans le programme ci-dessus énoncé, et dont les titres lui parviendront avant le 31 *juillet* 1938 à l'adresse du Secrétaire général de la Société : docteur X. Leclainche, 18, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Enseignement de vacances. (HÔPITAL BROUSSAIS-LA CHARITÉ), du 15 juillet au 15 octobre 1938. — M. le professeur M. Villaret et M. le professeur agrégé Justin Besançon organisent un cours de vacances réservé : 1° aux stagiaires ayant à parachever leur stage ; 2° à tous les médecins français et étrangers (cours public). — Consulter les affiches.

Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur, par les professeurs OMBRÉDANNE et P. MATHIEU, avec la collaboration de MM. Leveuf, agrégé ; Sorrel, Richard, Fèvre, chirurgiens des hôpitaux ; Lance, Huc, Padovani, Iselin, assistants et chefs de clinique.

Ce cours aura lieu chaque jour du 10 octobre au 27 octobre 1938, à 14 h. 30, au petit amphithéâtre. A la suite de chaque leçon, une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique, à partir de 15 h. 45, sous la direction de MM. les prosecteurs.

Seront seuls admis à ces démonstrations opératoires les élèves qui se seront inscrits à cet effet au Secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 heures à 16 heures et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances. Ce droit spécial est fixé à 300 francs.

NÉCROLOGIE

M. Maurice Fimbel, ancien interne des hôpitaux, à Marseille.

— M. J. Smester, à Saint-Valéry (Seine-Inférieure).

— M. Achille Donneaud, à Villeurbanne.

— M. Garrelon, chef des travaux à la Faculté de médecine de Paris.

— M. Pierre Dol, d'Ollioules (Var).

— M. Jean Digne, de Marseille.

REVUE GENERALE

LA MENSTRUATION

Par M. J.-N. MARCOULIDÈS
interne des hôpitaux de Grenoble

L'étude des phénomènes qui conditionnent l'apparition du flux menstruel préoccupait déjà Hippocrate; c'est dire combien de conceptions pathogéniques ont pu voir le jour au cours des siècles. Nous n'avons pas l'intention de faire l'exposé particulier de toutes les théories qui ont été proposées (1). Signalons simplement que la corrélation entre l'ovulation et la menstruation ne fut établie qu'en 1850 et que depuis ces relations ont été précisées et sont d'un intérêt capital pour la compréhension de tous les troubles endocriniens de l'appareil génital de la femme. C'est la raison pour laquelle nous présentons cette revue générale sur la Menstruation, vue à la lumière des données les plus récentes.

Nous décrirons d'abord le phénomène lui-même avec ses manifestations cliniques locales (l'écoulement menstruel) et générales (le molimen cataménial). Les données histologiques et physiologiques nous permettront ensuite de montrer le mécanisme et la signification de la Menstruation.

Les données cliniques. — « La menstruation est une hémorragie utérine périodique. » (Vignes.)

De la puberté à la ménopause, tous les 28 jours en moyenne, la femme perd par le vagin une certaine quantité de sang mélangé à des sécrétions qui viennent en majeure partie de l'utérus.

« A l'état physiologique, cet écoulement ne manque que pendant la grossesse ou l'allaitement, mais de nombreux facteurs pathologiques peuvent en modifier le cours. » (G. Cotte.)

Dans 85 % des cas, cet écoulement est précédé de signes précurseurs et s'accompagne de troubles généraux touchant à toutes les fonctions de l'organisme, que l'on désigne sous le nom de : Molimen cataménial. Voyons rapidement les caractères de l'écoulement menstruel et du molimen cataménial qui constituent les manifestations cliniques de la Menstruation.

L'ÉCOULEMENT MENSTRUEL. — Voici, en résumé, les notions principales, d'après Vignes.

L'écoulement menstruel, appelé encore menstrues ou règles, est précédé et suivi d'un écoulement de mucus qui présente une odeur *sui generis*. Ce n'est que vers le 2e jour que le flux contient le plus de sang et que l'hémorragie atteint son plus grand débit.

La *quantité* de sang perdu pendant les règles est difficile à évaluer. Lahille donne comme chiffres extrêmes de 20 à 80 grammes. Il existe des variations individuelles et même des variations sous l'influence de causes diverses : chaleur, exercices violents, bains froids, émotion.

La *durée* est aussi variable d'une femme à l'autre. Mais chez une même femme on peut dire que la durée des périodes est toujours la même. Dans la majorité des cas elle est de 4 à 5 jours ; puis viennent les types de 6, 7, 3 et 8 jours. (Kufferath.)

La *périodicité* est un caractère presque constant. D'après Kufferath, cité par Vignes, « le plus grand nombre des femmes sont réglées tous les 28 jours ; puis viennent les types de 30 jours, de 27, de 25 jours et de 21 jours ». Chez la même femme, les intervalles entre deux écoulements menstruels consécutifs sont constants. C'est la règle chez les personnes bien portantes. D'après les observations de Vignes on peut conclure aussi qu'il n'y a pas de rapport constant entre la durée des règles et la longueur des intervalles.

Caractères physiques du sang menstruel. — Ce n'est pas du sang pur. Il est visqueux, un peu poisseux, d'odeur fade ou *sui generis*. De coloration plus foncée que le sang artériel, variable avec la quantité de sang, il est incoagulable. De multiples raisons ont été données pour expliquer ce phénomène. Schikelé. Keiffer, Blair Bell, Riddle, Kufferath, Frank ont émis différentes hypothèses. Retenons la raison invoquée par Jansen : « Le sang menstruel n'est pas coagulable, parce qu'il est déjà coagulé. Ce n'est pas du sang pur, mais du sérum additionné de globules et de fibrine transformée en microcaillots ».

Examen cytologique. — Les éléments figurés du sang sont en moindre quantité que dans le sang circulant. La présence de cellules utérines et de débris de l'épithélium vaginal est constante. On note souvent les bacilles de la flore vaginale.

Caractères chimiques. — Le sang menstruel a une réaction alcaline. Son poids spécifique est plus bas que celui du sang circulant. Il contient de l'arsenic (A. Gautier, Hertoche), du calcium (Blair Bell), du phosphore, du glycogène, qui se transforme en acide lactique. Il est riche en lécithines, pauvre en cholestérine (Lapeyre, Cristol et Sollier) (1) et renferme de la folliculine.

La *toxicité* du sang menstruel est signalée pour la première fois par B. Schick (de Vienne) qui a cru mettre en évidence des ménotoxines.

Aschner, en 1927, donne des preuves de leur existence clinique. Fritz Vosselmann, dans une monographie, étudie les légendes, coutumes et superstitions auxquelles elle a donné naissance. Mais cette toxicité est loin d'être démontrée.

Le Molimen cataménial. — « Chez quelques femmes seulement, écrit Aran, l'époque des menstrues n'est marquée par aucun phénomène particulier. » Stolper évalue à 15 % le nombre de ces privilégiées.

Les troubles qui caractérisent le molimen sont variables dans leur date d'apparition ainsi que dans leur intensité. Survenant parfois quelques jours avant les règles, ils sont un signe avant-coureur. D'autres

(1) Voir pour l'étude de ces notions historiques :
J. R. HENRY. *Thèse* Montpellier, 1922.
Fritz VOSSELMANN. *La menstruation. Légendes, coutumes, superstitions.* (Expans. Scient. Franç., édit., Paris. 1936).

(1) LAPEYRE, CRISTOL et SOLLIER. Hématocolpos (*Soc. des Scienc. Méd. et Biol. de Montpellier.* Mai 1924, p. 357).

fois ils n'apparaissent qu'au moment même de l'écoulement. Habituellement ces troubles disparaissent avec l'arrivée des règles, mais peuvent se prolonger pendant toute leur durée. Les manifestations cliniques sont variables aussi dans leur intensité. Elles varient d'un sujet à un autre et même d'une période à une autre. Elles peuvent être tellement importantes qu'elles constituent parfois une véritable maladie ; mais il est rare que ces accidents du molimen se poursuivent dans tout le cours de la vie génitale avec la même intensité. Ils sont plus fréquents à la puberté et à la ménopause. Le plus souvent les malaises sont légers et les femmes en donnent la traduction en déclarant qu'elles sont « indisposées ».

Le Molimen cataménial se manifeste par des troubles de toutes les fonctions : fonctions digestives, respiratoires, circulatoires, sécrétoires, urinaires, endocriniennes, tégumentaires, nerveuses et même par des modifications du psychisme.

Nous allons en décrire sommairement les principales manifestations

Des *signes locaux* traduisent la congestion du petit bassin : irritation de la vulve avec démangeaisons, ténesme vésical avec envies fréquentes d'uriner, constipation.

Du côté de l'*appareil digestif* on note parfois une faim exagérée ou au contraire de l'inappétence ou même du dégoût Fréquemment on constate un état nauséeux, de la diarrhée prémenstruelle.

Du côté de l'*appareil cardio-vasculaire*, les palpitations sont aussi fréquentes que l'augmentation de la tension artérielle. (Siredey et Mlle Francillon.) La formule sanguine est modifiée : diminution du taux des globules rouges, de l'hémoglobine et des globulins — la leucocytose est variable.

Les poussées congestives de l'*appareil respiratoire* portent surtout sur le naso-pharynx (zone génitale de Fliess). La voix perd souvent sa force et sa clarté. On a signalé chez certaines femmes des angines, des accès d'asthme et de hoquet mensuels.

Les *seins* présentent une légère hypertrophie prémenstruelle.

Le gonflement du *cou* est aussi très fréquent. Le corps thyroïde augmente de volume. D'autres *glandes endocrines* peuvent être troublées. Une tétanie fruste, signe d'insuffisance parathyroïdienne, peut apparaître. De même la suractivité de l'hypophyse peut se manifester par de la polyurie.

D'autres *modifications urinaires* sont parfois retrouvées : présence d'albumine, urines troubles par dépôts d'urates ou de phosphates.

Stolper a montré que le tonus du *système neuro-végétatif* est modifié : augmentation des réactions sympathicotoniques et diminution des réactions du vague.

Les céphalées. les migraines, l'insomnie, la diminution de l'acuité visuelle sont des *signes nerveux* fréquents lors de la menstruction.

La fièvre pré-menstruelle est de constatation courante. La tendance à l'augmentation du métabolisme basal, les modifications du psychisme sont des symptômes souvent en rapport avec les règles.

Sur la *peau* et les muqueuses on observe fréquemment des poussées d'herpès, d'acné ou des exanthèmes variés. Dans la bouche apparaissent souvent des aphtes à chaque période menstruelle.

Toutes ces modifications considérées comme un simple phénomène physiologique, relèvent de la pathologie lorsqu'ils dépassent une certaine limite.

Les données histologiques. — Que se passe-t-il au niveau de l'appareil génital pendant et dans l'intervalle des règles ? La réponse à cette question a été faite pour la première fois par Hitschmann et Adler en 1908, en étudiant les modifications de la muqueuse utérine pendant le cycle génital. En 1913 Moreaux décrit le cycle tubaire et en 1917 Stockard étudie les modifications des sécrétions vaginales.

Depuis divers auteurs ont essayé de suivre jour par jour cette évolution. Nous ne citerons que les travaux les plus importants. Schroeder, Novak, Te Linde, O. Leary, Campbell, à l'étranger ; Lelièvre et Branca, Mlle Gobert, G. Cotte en France précisent les modifications de la muqueuse utérine. L'utilisation des biopsies en série réalise un grand progrès dans cette étude. Cahen, Dierks, Paccioni, Min Yee Tsu-Zong-Yung complètent nos connaissances sur le cycle tubaire et vaginal.

Modifications de la muqueuse utérine. — La muqueuse utérine présente deux couches : la couche basale ou chorion qui ne subit aucune modification et la couche fonctionnelle ou couche de nidation qui, apparaissant à la puberté et disparaissant à la ménopause, passe par 4 phases pendant chaque cycle sexuel de la vie génitale. Nous n'étudierons que cette couche fonctionnelle. Elle est constituée essentiellement par un épithélium de revêtement et par des culs-de-sacs glandulaires, qu'on désigne sous le nom de « glandes utérines ».

C'est à leur niveau que les modifications sont les plus nettes. En partant de la fin des règles, donc du début du cycle suivant, on peut diviser le cycle en quatre phases :

— Phase post-menstruelle, qui va du 5e au 15e jour;

— Phase inter-menstruelle, qui va du 16e au 20e jour ;

— Phase pré-menstruelle, qui va du 21e au 28e jour ;

— Phase menstruelle, qui va du 1er au 4e jour.

Phase post-menstruelle (du 5e au 15e jour). — Phase de prolifération. L'hémorragie arrêtée, la muqueuse se répare. A partir du 6e jour, la muqueuse est régénérée et à partir de ce moment prolifère. Au 9e jour elle est déjà trois fois plus haute que la basale ; au 12e jour, elle a une épaisseur 4 et 5 fois plus grande. Les tubes glandulaires sont devenus très longs. Ils sont réguliers, droits et courent parallèlement les uns aux autres. L'épithélium qui les tapisse est d'une remarquable régularité. Jusqu'au 15e jour il n'y a aucune sécrétion.

Phase inter-menstruelle (du 16e au 20e jour). — Phase de sécrétion au début.

Les cellules glandulaires deviennent cylindriques et portent des cils. Des invaginations glandulaires for-

ment des canalicules perpendiculaires à la surface de la muqueuse, donnant à la glande un aspect en « dents de scie ». Ces cellules sécrètent une substance hyaline peu abondante.

Phase pré-menstruelle (du 21e au 28e jour). — Fin de la phase de sécrétion.

Ces modifications ébauchées s'accentuent, les cellules glandulaires perdent leurs cils. Les glandes plus volumineuses s'allongent, se distendent, deviennent plus sinueuses et donnent l'aspect dit « en dentelle ». Le tissu conjectif est infiltré par un liquide d'œdème très important. Les capillaires sanguins sont dilatés.

En somme, la muqueuse prend un aspect alvéolaire semblable à celui de la déciduale.

Aschheim, Strong. ainsi que J. O. Leary, ont montré qu'au cours de cette phase sécrétoire la muqueuse se remplit de glycogène, d'enclaves albumineuses, de mucine et de graisses.

Phase menstruelle (du 1er au 4e jour). — Phase de desquamation.

Elle se caractérise par l'arrêt de l'hyperplasie congestive de la muqueuse, par l'exsudation du sang à travers le stroma et l'épithélium et par l'élimination de toute la couche superficielle de la muqueuse. Dans la partie profonde on note surtout des phénomènes de congestion avec raptus vasculaires et apparition de foyers hémorragiques. Seuls les culs-de-sacs superficiels dégénèrent, se vident de leur contenu et tombent dans la cavité utérine, d'où ils s'échappent avec le sang. Les culs-de-sacs profonds vont servir à la régénération.

L'hémorragie menstruelle se fait par diapédèse (Moricke et Christ) et par ruptures vasculaires (Coste et Ch. Robin).

« Ainsi donc, chez la femme, après quatre semaines de préparation, la muqueuse est prête à la nidation Si celle-ci n'a pas lieu, l'hémorragie menstruelle se produit, la muqueuse régresse et l'hyperhémie disparaît. L'hémorragie menstruelle marque la fin d'un cycle et le commencement d'un autre. » (G. Cotte.)

Modifications de la muqueuse tubaire. — La muqueuse tubaire ne se transforme pas comme la muqueuse utérine pendant le cycle génital et présente des caractères différents, incompatibles avec la nidation de l'œuf. C'est ce qui explique que dans certains cas pathologiques, comme l'ont montré Villard, Regad et Contamin (1), la transformation endométrioïde de la muqueuse tubaire cause la grossesse tubaire en permettant la nidation de l'œuf dans la trompe.

Normalement la muqueuse tubaire passe par deux phases : dans une première période, qui se place au milieu de l'inter-menstrum, les cellules épithéliales sont très élevées, ciliées et sécrètent ; dans une seconde période, qui coïncide avec le pré-menstruum, l'épithélium est bas et on assiste à l'émission de cellules intercalaires. Schmid, Delporte ont noté au premier jour de la menstruation une hyperémie avec extra-vasation entre les replis tubaires. Dans certaines conditions, ce sang intra-tubaire peut refluer dans l'abdomen et être à l'origine d'une hémorragie intra-péritonéale.

« Au total, la phase pré-menstruelle est une phase d'hyperémie, d'élaboration sécrétoire et sécrétion, d'activité motrice. A la phase menstruelle le rôle de la trompe est terminé. » (H. Vignes.)

Modifications vaginales. — D'après Dierks on note une hyperémie vaginale pendant la menstruation.

L'acidité vaginale atteindrait son maximum au début des règles. (Bienenfeld et Eckstein.)

Données physiologiques. — Quelle importance accorder à ces modifications cycliques des muqueuses utérine, tubaire et vaginale, et que signifie cette périodicité de la menstruation ?

Un premier point est acquis, c'est que ces modifications cycliques qui aboutissent à la menstruation sont liées à l'ovulation.

Relation réciproque de l'ovulation et de la menstruation. — Avant la puberté et après la ménopause, où l'ovulation fait défaut, la menstruation manque également. Après la castration, l'ovulation supprimée, la menstruation disparaît.

Les travaux de Lacassagne et Coutard apportent une preuve aussi convaincante de la liaison qui existe entre l'ovulation et la menstruation. Une application massive de radium, stérilisant l'ovaire, supprime à jamais la menstruation. Avec des doses plus faibles, seuls les folliculaires âgées sont détruits (Regaud) et lorsque les follicules primordiaux non détruits par l'irradiation assurent à nouveau l'ovulation, la menstruation reparaît.

Les relations réciproques de ces deux phénomènes sont donc certaines, mais y a-t-il des rapports chronologiques ?

Rapports chronologiques de l'ovulation et de la menstruation. — On peut diviser le cycle évolutif de l'ovaire en trois phases : la première phase, phase folliculaire, se place au moment où le follicule atteint sa maturité ; la deuxième correspond à la ponte ovulaire, après rupture de l'ovisac ; la troisième phase, phase lutéinique, coïncide avec la période d'état du corps jaune.

Les premiers chercheurs, Coste, Gendrin, Négrier, Raciborsky, etc., faisant de la menstruation chez la femme l'équivalent du rut chez les mammifères, soutenaient que ces deux phénomènes avaient lieu en même temps. Cette opinion ne résiste pas à l'examen des faits et actuellement tous les auteurs admettent qu'il y a un décalage.

L'ovulation ne se manifestant par aucun signe extérieur, les gynécologues se sont efforcés, au cours des laparotomies, de vérifier l'état de l'ovaire, de voir s'il présente un follicule en évolution ou un corps jaune, et en se reportant à la date des dernières règles d'établir les rapports chronologiques de l'ovulation et de la menstruation. C'est en se basant sur ces données que Fraenkel, Ancel et Villemin, de Rouville et Sappey, Halban, Schroeder, Miller, fixent l'ovulation du 10e au 18e jour avant les règles et attachent une importance primordiale au corps jaune.

(1) VILLARD, REGAD et CONTAMIN. Du rôle des états endométrioïdes dans la pathogénie de la grossesse tubaire. (*Gyn. et Obst.* t. XXXIII, n° 7, avril 1936, p. 308.)

Pour Ruge, R. Meyer, R. T. Frank, au contraire, la ponte a lieu du 1er au 14e jour après les règles et font jouer un rôle important au follicule. Enfin Tschirderwahn et Schickelé concluent que l'ovulation peut se faire à n'importe quel jour du mois avec une prédominance toutefois pour la première semaine qui suit les règles.

En 1933, Seguy et Simonnet mettant à profit la remarque de Devraigne, Seguy et Vimeux à propos de l'existence de la glaire cervicale dans la période de fécondation, recherchent des signes extérieurs de la ponte ovulaire. Tablant sur les signes du rut chez la femme (sécrétions glaireuses translucides, excitation sexuelle, desquamation vaginale), sur les signes d'ovulation chez la femme (douleurs, hémorragie intermenstruelle, augmentation du taux de folliculine dans le sang) ils concluent que la ponte ovulaire a lieu le plus souvent du dixième au quinzième après le début des règles. Ogino, Knaus se basent sur ces rapports chronologiques pour établir des périodes de fécondité et de stérilité pendant le cycle menstruel.

Grâce à l'utilisation des biopsies en série et l'étude des modifications histologiques de l'endomètre pendant le cycle menstruel, Tamis, Hoffmann, Campbell mettent en évidence les dates des sécrétions folliculaires et lutéiniques et croient pouvoir fixer la date de la ponte ovulaire du 10e au 14e jour après la fin des règles.

Néanmoins il existe des cas d'ovulations silencieuses, c'est-à-dire qui ne sont pas suivis de menstruation. (Binet et Canel.)

En résumé, il semble que l'on puisse actuellement représenter le cycle menstruel de la façon suivante : pendant la phase d'évolution du follicule, la muqueuse utérine prolifère — du 10e au 14e jour la glaire cervicale annonce la ponte ovulaire — pendant la phase d'évolution du corps jaune, la muqueuse utérine se prépare à la nidation — enfin les règles annoncent la régression du corps jaune et le développement d'un nouveau follicule.

Rôle des glandes endocrines sur l'ovulation et la menstruation. — Une notion fondamentale, sur laquelle a insisté récemment Moricard, c'est que les modifications des muqueuses utérine, tubaire et vaginale sont sous la dépendance des incrétions ovariennes. Les autres glandes endocrines n'agissent sur la menstruation que par l'intermédiaire de l'ovaire, en favorisant ou en diminuant les sécrétions ovariennes.

Rôle de la folliculine. — Les travaux de Brouha et Simonnet, d'Allen et Doisy, de Moricard montrent que la folliculine a une influence toute particulière sur le myomètre et l'endomètre On constate de nombreuses mitoses d'où le nom « d'hormone mitotique gamétotrope » (Moricard). L'hyperplasie et l'hypersécrétion constituent les deux réactions de l'endomètre sous l'influence de la folliculine. Elle a donc un rôle primordial dans la reconstitution de la muqueuse utérine après les règles.

Rôle de la lutéine. — La lutéine n'apparaît qu'après la ponte ovulaire et la formation du corps jaune. Elle freine l'ovulation et excite la sécrétion des glandes utérines en même temps qu'elle favorise l'évolution déciduale de la muqueuse utérine.

La folliculine et la lutéine ont donc un rôle différent. La 1re est l'hormone du rut et de l'hyperplasie de la muqueuse utérine, la 2e est l'hormone de la sécrétion de la muqueuse et de la nidation de l'œuf. Donc, au lieu de s'opposer, leurs effets se complètent. C'est la folliculine qui conditionne les effets provoqués par la lutéine. « A la notion d'antagonisme folliculine-lutéine, on devrait substituer celle de bi-réceptivité hormonale conditionnelle de l'utérus. » (Moricard.)

Influence de l'hypophyse. — Le lobe antérieur de l'hypophyse sécrète les gonadostimulines qui jouent un rôle de premier plan dans l'activité sécrétoire de l'ovaire et par l'intermédiaire de ses sécrétions agissent sur la menstruation. La gonadostimule A ou de maturation folliculaire et la gonadostimuline B ou lutéinisante n'agissent que périodiquement, et successivement quand les effets de l'une ou de l'autre sont déjà épuisés. C'est pour cette raison que de nos jours encore on discute toujours sur le dualisme de ces gonadostimulines. Moricard pense qu'il n'existe qu'une seule hormone « la mitosine gonadotrope » qui, suivant l'état de réceptivité des organes génitaux, provoquera la maturation d'un follicule, la ponte ovulaire ou la formation du corps jaune. L'hypophyse, véritable « moteur ovarien », selon l'expression classique depuis Zondek, régit l'activité de l'ovaire. Inversement, les hormones ovariennes exercent une action de contrôle sur l'anté-hypophyse. L'équilibre des fonctions hypophysaires et génitales ainsi réalisé constitue certainement un facteur important de la régulation du cycle génital.

Influence des autres glandes endocrines. — La menstruation dépend de l'ovulation, et l'ovaire apparaît comme une glande couplée : ovarienne dans son expression et hypophysaire dans son contrôle et sa régulation. Telle est la conclusion que l'on peut tirer des données que nous venons de rappeler.

Les autres glandes endocrines peuvent modifier ce cycle. Comment agissent-elles ? Est-ce par leur hormone spécifique ou par une perturbation de l'équilibre hormonal général auquel les ovaires sont particulièrement sensibles ? Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun travail expérimental qui puisse donner une réponse définitive.

Signalons que les extraits thyroïdiens à fortes doses peuvent déterminer l'oligo-ménorrhée ou même la suppression des règles. (L. Lévi.)

Les extraits de cortico-surrénale inhibent la sécrétion de folliculine et peuvent entraîner l'aménorrhée. L'influence de la folliculine sur le pancréas est bien connue. Par contre le rôle du pancréas sur l'ovaire est mal connu. Vogt, G. Cotte ont remarqué que l'insuline régularise les fonctions ovariennes et arrête les métrorragies de cause ovarienne, mais on ne sait pas encore comment elle agit. Il en est de même de la glande mammaire et de l'épiphyse.

Mécanisme de la menstruation. — Sous quelles influences se produit l'hémorragie menstruelle ? De nombreuses théories ont été édifiées pour l'expliquer.

Théorie nerveuse. — Pouchet, Pfluger supposaient que le follicule en voie d'accroissement déterminait une excitation des filets nerveux ovariens et par un réflexe vaso-dilatateur entraînait la rupture du follicule et la congestion de la muqueuse utérine. Halban en sectionnant les nerfs de l'ovaire a montré que la menstruation se produit. Nous savons, d'autre part, que l'ovulation et la menstruation ne se produisent pas simultanément, mais qu'il existe un décalage entre les deux. Cette théorie n'est plus soutenable.

Théorie anaphylactique. — En se basant sur l'allure critique des phénomènes généraux qui précèdent ou qui accompagnent l'hémorragie menstruelle, Bouché et Hustin ont émis l'opinion que l'hémorragie menstruelle pourrait bien être déclanchée sous l'influence d'un choc anaphylactique. Hofbauer remarque la sensibilité particulière de la femme aux manifestations anaphylactiques dans la période prémenstruelle. Carlini, Dalche admettent aussi cette ressemblance et concluent à l'origine anaphylactique de la menstruation. Trifaud critique et montre le non-fondement de cette théorie tout en admettant la ressemblance frappante de ces deux manifestations.

Théorie endocrinienne. — La menstruation est vraisemblablement sous la dépendance des hormones ovariennes. Pour Ancel et Villemin c'est le corps jaune qui tient sous sa dépendance la menstruation. Les expériences de Fraenkel ont montré que la destruction ou l'excision d'un follicule mûr ou d'un corps jaune en période d'état ne suffit pas à arrêter la menstruation. Partant de cette idée Seitz, Corner ont admis que c'est la régression du corps jaune qui amène l'hémorragie menstruelle. Pour Novak, le corps jaune n'est pas seul à amener le déclenchement de la menstruation ; son action se confond avec celle du follicule du cycle suivant.

R. Meyer, Schroeder pensent que le cycle menstruel est commandé par la vie de l'ovule. Les règles ne se produisent que lorsque l'ovule succombe, car tant qu'il est vivant le corps jaune reste en activité et empêche le développement des autres ovules et l'apparition du flux menstruel. En cas de nidation, la muqueuse utérine modifiée, par la présence de l'œuf, est le point de départ d'une sécrétion interne (Ancel et Bouin) qui permet au corps jaune de persister et devenir le corps jaune de la grossesse. S'il n'y a pas de fécondation, le manque de cette sécrétion utéro-ovulaire cause l'atrophie du corps jaune et la suppression de la lutéine cause la destruction de la muqueuse utérine, dernier terme du cycle menstruel.

Actuellement, sous l'impulsion des travaux récents de Siegmund, Aschheim, Frank, Courrier, Moricard, on admet que les hormones folliculaires et lutéiniques influencées par le lobe antérieur de l'hypophyse assurent la régularité de l'ovulation et règlent le développement de la muqueuse utérine pour la nidation de l'œuf fécondé ou sa destruction brutale qui s'accompagnera de l'hémorragie menstruelle si l'œuf n'est pas fécondé.

Signification de la menstruation. — Différentes hypothèses ont été émises.

Pflüger, faisant coïncider l'ovulation et la menstruation, pensait que la menstruation en mettant la muqueuse utérine à vif favorisait la nidation. Cette hypothèse n'est pas soutenable puisque l'ovulation et la menstruation n'ont pas lieu en même temps.

Keiffer, Schick et Vignes prétendent que l'hémorragie menstruelle assure la désintoxication de l'organisme féminin. Schick et Aschner donnent des preuves cliniques de l'existence de ménotoxines dans le sang pendant la période prémenstruelle. En réalité, comme l'avait déjà fait très judicieusement remarquer Hitschmann dès 1908 : « Ce n'est pas en vue de cette hémorragie terminale, mais bien en vue de la gravidité que la muqueuse utérine se modifie ainsi chaque mois ». La menstruation n'est donc qu'un accident qui traduit l'inutilité de l'effort fourni par la muqueuse dans ce stade préparatoire. C'est, comme le disait Pinard, une hémorragie banale due à ce que l'ovule n'a pas été fécondé. Elle peut servir de voie d'excrétion de certains produits toxiques accumulés dans l'organisme féminin, mais ce n'est là qu'un rôle accessoire qui ne donne pas une signification spéciale à la menstruation.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1920, voir la *Thèse* de J.-R. HENRY (Montpellier, 1922.)

ANCEL et BOUIN. — A propos de l'action biologique du corps jaune. (*Gyn. et Obst.*, N° 2, août 1929.)

ALLEN PRATT et DOISY. — The ovarian follicular hormone. (*Journ. Amer. méd. ass.*, août 1926.)

E. ALLEN. — Contrôle hormonal des changements de l'endomètre pendant le cycle menstruel. (*Mistouri State Made. Ass. Jour.*, novembre 1932, p. 502.)

R. ARAYA. — L'inter-corrélation fonctionnelle des glandes endocrines entre elles et avec la glande ovarienne dans la genèse du processus ovulaire menstruel. (*Gyn. et Obst.* t. 36, N° 6, décembre 1937, p. 534.)

ASCHNER. — Ist die Menstrualblutung für die Gesundheit der Frauen notwendiger Vorgang oder nicht. (*Zent. f. Gynäk*, 5 mars 1927.)

ASCHHEIM. — Further investigation of hormones and pregnancy. The occurents of hormones in the urine of pregnant women. (*Arch. f. Gyneek.*, 1927, t. CXXII, 179-221). Analyse in : *Surg. gyn. et obst.*, t. XLVII, N° 4, octobre 1928, p. 331.)

Mlle BAILLY. — Le sang menstruel. (*Thèse*, Paris 1923.)

A. BIEDL. — The active principle of the ovary. (*Arch. f. gyn.*, 1927, t. CXXXII, 167-221). Analyse in : *Surg. gyn. et obst.*, t. XLVII, N° 4, oct. 1928, p. 331.)

A. BINET. — La vie sexuelle de la femme. (*Exp. Scient. franç.*, Edit. Paris 1937.)

A. BINET et R. CANEL. — De la dissociation des fonctions de sécrétion interne et externe de l'ovaire. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, N° 5, mai 1937, p. 433.)

BOIGEY. — L'éducation physique féminine. (Félix Alcan, éditeur, Paris 1925.)

BOUIN. — Les notions nouvelles sur l'histophysiologie de l'ovaire. (*Presse méd.*, 13 juin 1925.)

P. BORRAS. — Ovulation et menstruation. Théorie humorale du professeur Araya. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, N° 4, avril 1935, p. 270. — Rapporteur : Douay.)

BROUHA et SIMONNET. — Recherches cliniques sur l'hormone folliculaire. (*Presse médic.*, N° 92, 16 nov. 1927, p. 1393.)

BROUHA et SIMONNET. — Quelques faits expérimentaux et cliniques concernant l'hormone folliculaire. (*Presse méd.*, 25 décembre 1926, p. 1619.)

BROUHA et WODON. — Les rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux chez la femme. (*Gyn. et Obst.*, N° 2, août 1929.)

BUERGER. — A propos de la migration de l'ovule. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, N° 7, juillet 1935, p. 490.)

P. CAFFIER. — Etude sur la morphologie et la physiologie de la muqueuse utérine. (Zentralblatt für Gynäkologie . T. LV. N° 11 a, 14 mars 1931. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. XXVI, N° 2, août 1932, p. 165.)

CAHEN. — Les modifications de la trompe utérine chez la femme. (*Arch. intern. de méd. expér.*, 1928, T. IV, fascicule I.)

CARLINI. — Une nouvelle hypothèse sur la cause de la menstruation. (*Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, 10 juin 1924 et 25 août 1925.)

CHALERET DU RIEU. — Sympathique et menstruation. (*Bull. médical*, 6 mars 1929.)

A. E. S. CLOW. — The prevention of mestrual troubles. (Brit. Med. Jour. 1927, T. 11, p. 446. — Analysé in : *Surg. Gyn. et Obst.*, T. XLVI, janv. 1928, p. 33.)

J. B. COLLIP. — Les hormones du lobe antérieur de l'hypophyse. Etat actuel de la question. (*Journ. méd. fr.*, octobre 1936, p. 339.)

G. COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (Masson et Cie, édit., 1931.)

G. COTTE. — Sur les rapports du corps jaune et de la menstruation. (*Gyn. et Obst.*, 1923, N° 6.)

G. COTTE et Mlle PALLOT. — A propos des hormones ovariennes. Influence du corps jaune sur le cycle œstrien. (*C. R. de la Soc. de biol. de Lyon*, 21 mai 1928. T. 99, p. 69.)

R. COURRIER. — L'antagonisme entre les hormones ovariennes. (Congr. d'Alger, 15 au 19 avril 1930). Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 28, N° 6, décembre 1933, p. 704.) — Notes d'endocrinologie ovarienne. (*Presse méd.*, N° 92, 18 novembre 1931.) — Les hormones sexuelles femelles. (*C. R. Soc. de biol.*, 22 mai 1931.) — Recherches sur l'antagonisme des hormones folliculaire et lutéinique. (*C. R. Soc. de biol.*, mai 1930, p. 280.) — Folliculine et phénomènes utérins préparatoires à la nidation de l'œuf. (*C. R. Soc. de biol.*, juil. 1930, p. 1178.) — Structure et histophysiologie de l'appareil génital de la femme. (*Encycl. méd.-chir.*, volume Gynécologie.)

Al. CRAINICEANU et L. MAVROMATI. — L'antagonisme surréno-ovarien. (*C. R. Soc. de biol.*, T. III, N° 30, 1932, p. 194.)

Al. CRAINICEANU. — Recherches cliniques sur l'action hémostatique de certaines hormones. (*Bull. Acad. de méd. de Roumanie*, 1936, T. I, p. 231-234.)

DALCHE. — Le molimen cataménial et ses accidents (in Doleris, Petit-Dutaillis, Roulland). Etudes de gynécologie clinique et opératoire. Vigot fr., édit., Paris, 1936.)

E. DUNTZK et M. HELLENDAL. — Effets des exercices physiques sur la constitution féminine, l'accouchement et la menstruction. (*Münch. Med. Wochr.*, T. LXXVI, N° 44, 1er nov. 1929). Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. XXI, N° 6, juin 1930, p. 525.)

EUFINGER. — Modifications du métabolisme pendant la menstruation. (*Klin. Wochen.*, T. VIII, N° 36, 3 sept. 1929.) Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 22, N° 3, sept. 1930, p. 277.)

GERLINGER. — Le cycle sexuel chez la femelle des mammifères. (*Thèse*, Strasbourg, 1925.)

FUKUSHIMA. — Action des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse sur les glandes génitales. (*Zet. f. Gyn.*, N° 45, 11 nov. 1933, p. 2680.)

GARDINER, HILL et SMITH. — The influence of disease of the thyroid on menstruation. (*Jour. Obst. et Gyn. Brit. Empire*, 1927, T. XXXIV, p. 70). Analysé in : *Surg. Gyn. et Obst.*, T. XLVII, N° 1, juil. 1928, p. 35.)

GEIST. — La morphologie du sang menstruel normal et sa valeur diagnostique. (*Amer. Jour. of Obst. et Gyn.*, N° 3, sept. 1920, p. 321.) Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. XXII, N° 3, sept. 1930, p. 273.)

FRANK. — Demonstration of the femal sex hormone in the circulating blood. (*Jour. Amer. med. ass.*, 1925, p. 510.)

GILBERT-DREYFUS. — L'hyperfolliculinie. (*Monde médical*, 15 mai 1937.)

Mlle GOBERT. — Recherches histologiques sur le cycle menstruel de la femme. (*Thèse*, Paris, 1927.) — L'évolution de la muqueuse utérine de la femme pendant le cycle menstruel. (*Gyn. et Obst.*, N° 6, 1927.)

A. GUITATRE. — Le lobe antérieur de l'hypophyse et les organes génitaux féminins. (*Arch. de los Hosp. de la Soc. de Beneficencia de la Capital.* Buenos-Ayres, T. 1, N° 6, novembre 1930.) Analysé in : *Rev. Sud-American*, T. 2, N° 8, août 1931, p. 853.)

L. HALLION. — Hypophyse et ovaire. Leurs relations physiologiques d'après les données expérimentales. (*Soc. Franç. de Gyn.*, 1932, p. 491.)

HAMBURGER. — Les fièvres ovariennes. (*Presse méd.*, 30 janv. 1937.)

HARTMANN. — La phylogénie de la menstruation. (*Jour. of Amer. Med. Assoc.*, T. XCVII, 19 déc. 1931. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 30, N° 2, août 1934, p. 172.)

J. R. HENRY. — Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles. (*Thèse*, Montpellier, 1922.) — Les théories de la menstruation. (*Gyn. et Obst.*, T. 7, 1923, N° 6, p. 483.)

A. W. HOCHLOFF. — Contribution à l'hématologie du sang menstruel. (*Monat. für Gebur. und Gynäk.*, T. XCII, N° 4, oct. 1932. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 30, N° 2, août 1934, p. 172.)

JAYLE. — Hypophyse et ovaire. Considérations générales, anatomie et données cliniques. (*Soc. fr. de Gyn.*, 1932, p. 491.)

J. L. KING. — Intervalles menstruels. (*Amer. Journ. of Obst. et Gyn.*, N° 4, avril 1933.)

H. KNAUS. — Une nouvelle méthode pour déterminer la date de l'ovulation. (*Zentr. für Gynäk*, T. LIII, N° 35, 31 août 1929. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 22, N° 6, déc. 1930, p. 534.) — L'époque de la conception chez la femme. (*Allgem. Deuts. Hebam. Zein, H.* 15, 1930 Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 27, N° 1, janv. 1933, p. 183.) — Le moment propice à la fécondation. (*Progrès médical*, 25 juil. 1931.)

LAHM. — Desquamation incomplète de la muqueuse utérine dans la menstruation, comme cause de ménorragie. (*Zentr. für Gynäk.*, T. LIII, N° 7, 16 févr. 1929. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 22, N° 3, sept. 1930, p. 269.)

LAHILLE. — De la quantité de sang que les femmes perdent au cours des règles. (*Ann. de Gyn. et Obst.*, mai-juin 1917, p. 535.)

LAQUEUR (E.) et DE JONCH (S. E.). — A female (sexual) hormone. (*Jour. Amer. Med. Assoc.*, 1928, T. XCI, p. 1169.) Analysé in : *Surg. Gyn. et Obst.*, T. XLVIII, N° 3, mars 1929, p. 244.

J. L. O'LEARY, S. B. et C. CULBERTSON, *M. D.* — The form changes in the uterine gland during the menstrual cycle. (*Surg. Gyn. et Obst.*, T. XLVI, N° 2, fév. 28, p. 227.)

LELIÈVRE et BRANCA. — Le cycle de la muqueuse utérine. (*C. R. Assoc. des Anat.*, 1924, p. 67.)

LEOPOLD LEVI. — Action réciproque des ovaires et du corps thyroïde. (3e *Congrès frànç. de gynécologie.*)

L. LŒB, W. ANDERSON et A. KIPPEN. — Relation entre les hormones pituitaires antérieures agissant sur la thyroïde et l'ovaire. (*Californie and Western Med.*, sept. 1935, p. 199.)

L. MAVROMATI. — Influence du système neuro-végétatif sur le cycle œstral. (*C. R. des Séances de la Soc. de biol.*, t. CXI, N° 30, 1932, p. 191.)

A. MIGLIAVACCA. — Réaction hypophysaire vis-à-vis des hormones folliculaires et celles du corps jaune. (*Att. e Mem. de Soc. Lombarda di Ost. e Gin.*, N° 1, janv. 1935.)

R. MORICARD. — Conditions des actions relatives de la folliculine et de la lutéine sur l'utérus ; notions de bi-réceptivité hormonale conditionnelle. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, mars 1936.) — Développement du tractus génital et menstruation folliculinique par injection de benzoate de di-hydrofolliculine. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 8 juin 1936, N° 6, p. 422.) — Effets mitotiques provoquéesp ar l'action hormonale anté-hypaphysaire. La notion de mitosines. (*Rev. Prat. de Biol., Appl.*, 30e année, N° 3, mars 1937, p. 65.) — Unicité ou pluralité des mitosines hypophysaires. (*Rev. Prat. de Biol. Appl.*, 30e année, N° 4, avril 1937, p. 97.)

MOULONGUET-DOLERIS. — La glande à sécrétion interne de l'ovaire humain. (*Thèse*, Paris 1923.)

NOVAK. — Sur l'hormone gonadotrope dans l'hypophyse de la femme. (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 1936-40, p. 1217. Analysé in : *Enc. Med.-Chir.*, T. Gland. Endoc., 10022, p. 1.)

K. OGINO. — La date de l'ovulation et la date de la conception. (*Zentr. für Gynäk.* T. LIV, N° 8, 22 fév. 1930. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 25, N° 1, janv. 1932, p. 60.)

OTFRIED et FELLNER. — Théorie de la menstruation. (*Wien. Klin. Wochenschrift*, T. XLV, N° 38, 16 sept .1932. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 28, N° 6, déc. 1933, p. 701.)

PATON J. H. P. — L'influence de l'état général sur la menstruation (*Brit. Med. Jour.*, T. II, 1927, p. 444. Analysé in : *Surg. Gyn. et Obst.* T. XLVI, janv. 1928, p. 32.)

Anna PERAUS. — Remarques sur l'action antagoniste réciproque des hormones ovariennes. (*Ginek. Polska*, sept. oct. 1936. Analysé in : *Rev. Franc. de Gyn. et Obst.*, N° 9, sept. 1937, p. 658.)

POULIOT. — Hypophyse et ovaire. (*Journ. de Med. de Paris*, 30 janv. 1931, p. 43.)

PUCCIONI. — Modifications histologiques du vagin de la femme en rapport avec les différentes phases du cycle fonctionnel de l'ovaire. (*Rivista Italiana di Gin.*, oct. 1927, p. 544.)

DE ROUVILLE et SAPPEY. — La menstruation. (*Gynécologie*, 1921.) — Du rôle des cellules lutéiniques de l'ovaire dans certaines hémorragies utérines. (*Gyn. et Obst.*, T. 5, N° 1, janv. 1922.)

H. RIVOIRE. — Les extraits antéhypophysaires et le prolan en thérapeutique. (*Journ. Méd. Fr.*, oct. 1936, p. 351.) — Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie (Masson, édit. 1937.)

SACK. — Etude du sang menstruel. (*Munch. Med. Wochen.*, N° 1, 6 janv. 1933, p. 10.)

L. T. SANTAMARIA. — Modifications de la glycémie pendant le cycle menstruel. (*Rev. Espanola de Obst. y Gin.*, N° 246, juin 1936.)

SCHIKELE. — Etude sur les fonctions des ovaires, ovulation, corps jaune et menstruation. (*Gyn. et Obst.*, T. 3, Nos 2 et 3, 1921, p. 170.)

SEGUY et SIMONNET. — Recherche de signes directs de l'ovulation chez la femme. (*Gyn. et Obst.*, N° 6, décembre 1933, p. 657.)

SHAW. — L'ovulation dans l'ovaire humain. Son mécanisme et ses anomalies. (*Jour. Obst. et Gyn. Brit. Emp.*, T. XXXIV, 1927, p. 469. Analysé in : *Surg. Gyn. et Obst.*, T. XLVI, janv. 1928, p. 32.)

H. SIEGMUND. — Nouvelles recherches sur la relation de l'hypophyse et l'œuf avec ses glandes accessoires. (*Munch. Mediz. Wochen.*, T. LXXVI, N° 19, 10 mai 1929. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 22, N° 5, nov. 1930, p. 467.) — Recherches sur l'existence d'actions réciproques entre l'ovaire et le lobe antérieur de l'hypophyse. (*Zent. für Gynäk.*, T. LVI, N° 15, 9 avril 1932. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 28, N° 6, 6 déc. 1933, p. 732.)

SIMONNET. — Le rôle de l'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique. (*Thèse* Paris, 1936.)

STICKEL et ZONDEK. — La menstruation (*Zeits. f. Geb.*, 1920, T. LXXXIII, p. 1.)

STOLPER. — Menstruation et système nerveux végétatif. (*Wiener. Med. Work*, 1923.)

M. Y. TSU-ZONG-YUNG. — Le rythme vaginal chez la lapine et ses relations avec le cycle œstrien de l'ovaire. (*C. R. des Séances de la Soc. de Biol.*, 1923, N° 34, p. 1107 et *Thèse* Strasbourg, 1924.)

H. VIGNES. — Physiologie gynécolique et médecine des femmes. (Masson, édit. Paris 1929.) — Théorie anaphylactique de la menstruation. (*Presse méd.*, 1926 et in *Physiologie gynécologique*, p. 216.)

VON JASCHKE. — L'écoulement génital. (*Jour. de chirur.*, T. 27, p. 361.)

Fritz VOSSELMANN. — La menstruation. Légendes, coutumes et superstitions. (*Expans. scient. franç.*, édit. Paris 1936.)

C. A. WRIGHT. — Irrégularités menstruelles et glandes endocrines. Mécanisme de la menstruation. (*Med. Jour. et Record.*, 18 janv. 1933, p. 52.)

B. ZONDEK et ASCHHEIM. — Rapports des diverses glandes endocrines avec la fonction ovarienne. (*Arch. f. Gynäk.* 1927, T. CXXXII. Analysé in : *Surg. Gyn. et Obst.*, T. XLVII, N° 4, oct. 1928.)

B. ZONDEK. — Ovule et hormone. (*Arch. f. Gynäk.*, 1927, CXXXII, 171, 221. Analysé in : *Surg. Gyn. et Obst.*, T. XLVII, N° 4, oct. 1928, p. 331.) — Les hormones du lobe antérieur de l'hypophyse. (*Klin. Wochen.*, T. IX, N° 6, 8 févr. 1930. Analysé in : *Gyn. et Obst.*, T. 22, N° 5, nov. 1930, p. 464.) — Inhibition de la menstruation par l'hormone folliculaire. (*Wien. Klin. Woch.*, 10 avril 1936, T. XLIX, p. 455-461.) — Recherches sur les relations réciproques entre l'hormone gonadotrope de l'antéhypophyse, l'œuf et la folliculine. (*Jour. Méd. Franç.*, oct. 1936, p. 351.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Barême des accidents du travail et des maladies professionnelles, par le docteur Lucien MAMET. 6e édition, révisée et complétée en collaboration avec le docteur Etienne Rey.

Cinq éditions épuisées en quelques années, aujourd'hui le vingt-cinquième mille : la meilleure présentation et le seul commentaire pour ce petit livre d'une constante utilisation.

Cette sixième édition a, comme les précédentes, bénéficié d'une précieuse mise au point par les « usagers » du barême..., décisions des magistrats, remarques des praticiens, observations et critiques des experts. Elle s'avère le meilleur des guides pour l'évaluation correcte, équitable des invalidités.

Un volume de 348 pages, 15,3 × 9,8 cm., poids 190 gr., avec de nombreux schémas et figures dans le texte. Prix : 30 fr., franco recommandé : 31 fr. 60. — A. Poinat, éditeur, 21, rue Cassette, Paris (6e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 18 juillet 1938

Le vin et les éliminations urinaires. — Mlle Simone Belluc, MM. Chaussin et H. Laugier, Mlle Th. Ranson. — Le vin détermine dans les jours de son absorption une augmentation nette de l'acide urique et de l'ammoniaque éliminés et une diminution importante de l'urée. D'autre part, le rapport azoturique est nettement diminué dans les jours avec absorption de vin (0,874 avant, 0,823 pendant, 0,865 après).

Ces modifications importantes de l'élimination urinaire suggèrent l'hypothèse d'une action du vin sur le métabolisme azoté, à laquelle peut se surajouter une action spécifiquement rénale. Enfin, notons que l'action diurétique du vin qui se manifeste le premier jour de son ingestion est suivie le deuxième jour d'une diminution du débit urinaire, qui se poursuit encore dans les trois jours après l'ingestion du vin.

Réactions générales du squelette consécutives à la fracture d'un os. — M. J. Roche, Mlle A. Filippi et M. M. Mourgue. Une fracture osseuse provoque des modifications générales de l'activité phosphatasique et de la composition du squelette évoluant simultanément dans toutes les pièces osseuses, intactes ou non. Ce fait démontre à nouveau l'unité physiologique des divers éléments anatomiques du système osseux, et il permet d'introduire en pathologie osseuse, une notion nouvelle, à savoir l'existence de réactions générales biochimiques du squelette après fracture d'un os.

Résultats thérapeutiques obtenus par l'injection intraveineuse lente de sérums physiologiques acidifiés. — M. Robert Hirsch insiste sur les résultats obtenus : suppression d'algies, arrêt d'hémorragies même graves, action anti-hémorragique préventive, amélioration de l'état général.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 28 juillet 1938

Notice. — M. Ribadeau-Dumat lit une notice sur M. Marinesco (de Bucarest), récemment décédé.

Prophylaxie antituberculeuse. — MM. Bezançon, Harvier et I. Braun apportent un travail sur l'examen systématique en vue de la prophylaxie de la tuberculose. Ils insistent sur le grand intérêt de cet examen pour les grandes collectivités et notamment les collectivités scolaires. Les auteurs ont pu réaliser cet examen radioscopique à l'école même, dans d'excellentes conditions.

Diabète et protamine-insuline-zinc. — MM. Rathery, Froment et de Traverse montrent les résultats remarquables obtenus chez certains diabétiques graves. Dans quelques cas seulement ils ont enregistré des échecs.

Goudron et cancer. — MM. Kling, Samsonow et Mlle Héros communiquent un mémoire, d'où il ressort que le goudronnage des routes tel qu'il est actuellement pratiqué, jouerait un rôle dans l'étiologie des tumeurs primitives du poumon.

L'exposé de ce mémoire appelle des réserves de la part de MM. Barrier et Jules Renault.

Sérothérapie de la poliomyélite. — M. Casassa (de Turin.)

Insuffisance rénale. — M. Cottet.

— La prochaine séance aura lieu le premier mardi d'octobre.

CONGRÈS

XXVe Congrès de médecine

Ce Congrès se tiendra à Marseille, du 26 au 28 septembre 1938, sous la présidence de M. le professeur Olmer, Vice-Présidents : MM. le médecin général Botreau-Roussel, directeur de l'Ecole d'application du S. S. des troupes coloniales ; MM. les professeurs V. Audibert et Ch. Mattei.

Secrétaire général : M. le professeur H. Roger ; Trésorier : M. le professeur J. Monges ; Secrétaire général adjoint : M. le professeur agrégé R. Poinso ; Trésorier adjoint : M. le professeur agrégé Y. Poursines.

PROGRAMME

Lundi 26 septembre

9 h. 15. — Séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. Gau, Recteur de l'Université d'Aix-Marseille.

Faculté de médecine, Palais du Pharo, grand amphithéâtre.

10 h. 30. — Premier rapport : *La spirochétose ictérigène.* Exposé des rapporteurs : 1° Prof. J. Monges et J. Olmer, médecins des hôpitaux (de Marseille) : la spirochétose ictérohémorragique : épidémiologie, formes ictériques. 2° Prof. J. Troisier et Prof. agrégé M. Bariéty (de Paris) : les leptospiroses anictériques : leptospiroses méningée, rénale et fébrile pure. 3° MM. les médecins commandants Bordes et Rivoalen, professeurs agrégés du Service de santé colonial : la spirochétose ictérohémorragique dans la France d'Outre-mer.

14 h. 15. — Discussion des rapports et communications ayant trait à la spirochétose ictérigène.

16 h. 45. — Réception par la Chambre de Commerce de Marseille (Palais de la Bourse) et visite des ports offerte par la Chambre de Commerce.

21 h. 30. — Soirée offerte par M. le Président du Congrès aux Salons Massilia, 1, rue Roux-de-Brignoles.

Mardi 27 septembre

9 h. 15. — Deuxième rapport : *Les hypochlorémies.* Exposé des rapporteurs. 1° Professeurs L. Ambard, J. Stahl et D. Kuhlmann (de Strasbourg) : phénomènes physiopathologiques liés aux déficits chlorés. 2° Docteur R. S. Mach (de Genève) : les hypochlorémies médicales. 3° Prof. Bourde (de Marseille) : les hypochlorémies en clinique chirurgicale. 4° Prof. Bigwood, Mayer et Van Dooren (de Bruxelles) : l'hypochlorémie postopératoire.

Discussion des rapports.

14 h. 15. — Suite de la discussion des rapports et communications concernant les hypochlorémies.

16 h. 30. — Départ du Pharo en autocars pour la visite d'Aix-en-Provence et de l'Etablissement thermal.

19 heures. — Lunch offert par la Société du Casino municipal d'Aix Thermal.

Les congressistes seront de retour à Marseille vers 21 heures.

Mercredi 28 septembre

9 h. 15. — Troisième rapport : *Thérapeutique des avitaminoses de l'adulte.* Exposé des rapporteurs. 1° Prof. Mouriquand (de Lyon) . introduction à l'étude de la thérapeutique des avitaminoses. 2° Prof. A. Chevallier (de Marseille) : les bases du traitement des avitaminoses A. 3° Prof. Toullec et Riou (d'Hanoï) : sur la thérapeutique des avitaminoses de l'adulte en pays tropical (béribéri, sprue). 4° Prof. agrégé A. Giroud et docteur Leblond (de Paris) : thérapeutique de l'avitaminose C. 5° docteur J. Nitzulescu, docent à la Faculté de médecine de Jassy (Roumanie) : la

thérapeutique de la pellagre. 6° Prof. H. WILLSTAEDT (d'Upsal, Suède) : la thérapeutique des avitaminoses D de l'adulte.

14 h. 15. — Discussion des rapports et communications concernant la thérapeutique des avitaminoses de l'adulte.

17 h. 30. — Assemblée générale de l'Association des médecins de langue française.

18 heures. — Clôture du Congrès, par M. Jean ZAY, ministre de l'Education nationale.

20 heures. — Banquet (par souscription), présidé par le Ministre de l'Education nationale (Salons Massilia, 1, rue Roux-de-Brignoles).

Pour tous les *renseignements* et l'*inscription* (avant le 15 août), s'adresser au professeur H. Roger, secrétaire général, 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille.

Congrès néo-hippocratique

Le Congrès néo-hippocratique se tiendra à Marseille, le 29 septembre 1938, dès le lendemain du Congrès de médecine, sous la présidence d'honneur du professeur Laignel-Lavastine et la présidence effective du doyen Cornil.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° La doctrine hippocratique et l'induction en médecine (rapporteur : professeur Laignel-Lavastine).

2° Hippocrate et l'école de Cnide (rapporteur : professeur Guiart, de Lyon).

3° La période pré-clinique des maladies (rapporteurs : professeurs Maranon, Guy Laroche, Delore, Cornil, docteur Morlaas).

4° Le traité des fractures (rapporteur : docteur J. Poucel, chirurgien des hôpitaux).

5° La tradition professionnelle dans Hippocrate (rapporteurs : MM. Benoit et Foata).

Pour l'inscription et les renseignements, s'adresser, soit au Secrétaire général, docteur Martiny, 10, rue Alfred-Roll, Paris (17e), soit au Comité d'organisation locale, 16, rue Venture, Marseille.

XIe Congrès international d'histoire de la médecine (Yougoslavie : 1er au 12 septembre 1938). — Le XIe Congrès international d'histoire de la médecine aura lieu cette année en Yougoslavie, du 1er au 12 septembre. Il tiendra successivement ses séances à Zagreb (4 jours), Belgrade (4 jours), Sarajevo (un jour) et Raguse (un jour). Le Congrès occupera sept séances, sans compter l'assemblée générale de la Société internationale d'histoire de la médecine. Il n'y aura pas moins de huit banquets et plusieurs représentations théâtrales. On visitera les villes en détail, on assistera aux fêtes anniversaires de S. M. le Roi et deux excursions sont organisées : l'une sur le Danube, l'autre à la source de la Bosna ; on s'arrêtera bien entendu à Mostar.

Le prix d'inscription est de 250 dinars pour les membres participants, 200 dinars pour les membres adhérents ; le voyage de Zagreb à Raguse et les frais de séjour en Yougoslavie, tout compris, du 1er au 12 septembre, 3.500 dinars. Soit en tout, en dinars touristes, environ 2.600 fr. ; avec le voyage aller et retour en 2e classe en Yougoslavie, il faut donc compter sur une dépense d'au moins 4.000 francs.

Le Congrès n'est accessible qu'aux seuls membres de la Société internationale d'histoire de la médecine organisatrice des Congrès (50 francs par an). Le secrétaire général en est le professeur Guiart, 58, boulevard de la Croix-Rousse, à Lyon.

Pour les adhésions au Congrès, s'adresser au docteur Vladimir Bazala, secrétaire du Congrès, 95, Vlaska Ulica, à Zagreb (Yougoslavie).

LIVRES NOUVEAUX

Ciels et terres de Provence, par le docteur Louis PORCHERON. Un vol. (21 × 16) de 432 p., illustré de 360 typo-héliogravures, sur beau papier. Couverture en couleurs de J.-P. Canepa. Prix : 35 fr. — Pour les médecins : 30 fr., plus 3 fr. pour les frais d'envoi. *Editions Quo Vadis*, 107, rue Paradis, Marseille.

Notre excellent confrère Louis Porcheron vient de consacrer à sa chère Provence, un très beau volume dans lequel il montre une fois de plus son amour du terroir, sa profonde connaissance de l'histoire de la Provence, de ses coutumes et de sa langue.

Au point de vue médical, il y a beaucoup à apprendre en lisant les chapitres consacrés à l'hydrologie et à la climatologie de la Provence. Mais aussi, on se laissera distraire des soucis quotidiens, en rêvant devant les remarquables vues des paysages et des monuments provençaux, en s'attardant aux pages si poétiques que notre confrère a consacrées à la gloire de la Provence, chœur harmonieux qui réunit : « la prière polytonale des oratoires, le bourdonnement des cités, le murmure de la mer et de la forêt, le gazouillis des sources, le chant des fontaines, la plainte du vent dans les vallons et le mugissement du torrent au fond des gorges pleines de mystère. »

F. L. S.

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, publiées sous la direction de A. BRINDEAU, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Paris. Quatorzième année, 1937 (1).

Chacune de ces leçons est l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier.

Les Leçons du jeudi soir s'adressent à des médecins déjà au courant des question obstétricales. Elles constituent un enseignement supérieur. Chacun des conférenciers expose une question qui l'a intéressé particulièrement et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Il ne faut donc pas chercher, dans ces leçons, l'exposé didactique d'une question obstétricale, mais y voir le développement d'études qui ne sont, en général, publiées que dans des mémoires. M. Brindeau a, dans cet esprit, demandé la collaboration de certains de ses collègues, français ou étrangers, qui ont bien voulu venir exposer le résultat de travaux personnels longuement poursuivis, ou leurs conceptions actuelles de certains problèmes encore discutés. Il a, par ailleurs, prié ses élèves d'étudier quelques questions qui lui ont paru devoir être actuellement mises au point.

Liste des leçons contenues dans ce volume :

I. BRINDEAU (A.). — Histoire de la césarienne conservatrice.

II. METZGER (M.). — La cueillette du placenta.

III. LANTUÉJOUL (P.). — Les indications opératoires au cas de grossesse compliquée de fibrome.

IV. GHEORGHIU (N.). — Considérations sur les changements de situation de l'utérus en gestation, à terme ou près du terme.

V. SUZOR (R.). — Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'éclampsie convulsive.

V. HAUCH (E.). — De l'analgésie et de la narcose obstétricales.

VII. VAUDESCAL (R.). — Les assurances sociales.

VIII. ECALLE (G.). — Rupture spontanée de l'utérus en fin de grossesse.

IX. BUE (V.). — Le forceps et la version sont-ils encore indiqués dans les cas de dystocie pelvienne ?

X. LABHARDT (A.). — L'obstétrique d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

XI. HINGLAIS (H.). — Données récentes sur la biologie du placenta.

XII. BROUHA (M.). — Les chocs obstétricaux.

XIII. LAFFONT (A.). — Les douleurs extra-pelviennes dans les affections gynécologiques.

XIV. PRUD'HON (P.). — Le juge et l'expert.

XV. MANOUELLIAN (Y.). — Syphilis et lésions vasculaires chez la femme et chez le nouveau-né.

(1) Un volume de 318 pages, 66 figures. Prix : 60 fr. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie. Troisième édition, entièrement refondue et augmentée, par R. RIVOIRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux de Nice (1).

Le succès des deux premières éditions de ce livre ayant prouvé l'intérêt que manifeste le public médical pour l'endocrinologie, une 3e édition reparaît, englobant les derniers résultats enregistrés dans le domaine des recherches et dans celui de la pratique. Ces recherches ont porté surtout en profondeur.

Ainsi qu'on le verra en lisant ce livre, la part de l'hypothétique a beaucoup diminué et les recherches physiologiques, biochimiques et cliniques confirment en majeure partie les théories que l'auteur de ce livre a contribué à défendre.

Non seulement la précédente édition a été entièrement refondue, mais l'auteur ajouta dans cet ouvrage, pour être complet, un chapitre sur la thyroïde et un autre sur le thymus et l'épiphyse.

Le premier chapitre est consacré à l'Endocrinologie parathyroïdienne : physiologie, hyperparathyroïdisme expérimental, fonction parathyroïdienne, parathyroïdes et vitamine D, parathyroïdes et glandes endocrines, tests cliniques de la fonction parathyroïdienne, ostéose parathyroïdienne, parathyroïdes et lithiase rénale, cataracte parathyroïdienne, sclérodermie et parathyroïdes, rhumatisme chronique et parathyroïdes, chirurgie parathyroïdienne.

Le deuxième à l'Endocrinologie thyroïdienne (anatomie, physiologie, hormone).

Le troisième à l'Endocrinologie surrénale : médullo-surrénale, cortico-surrénale (maladie d'Addison).

Le quatrième à l'Endocrinologie pancréatique : physiologie, insulinate de protamine, syndrome d'hyperinsulinisme.

Le cinquième à l'Endicrinologie thymique et épiphysaire.

Le sixième à l'Endocrinologie ovarienne : hormones génitales, physiologie ovarienne, dosage des hormones sexuelles dans les humeurs, syndromes ovariens.

Le septième à l'Endocrinologie testiculaire.

Le huitième à l'Endocrinologie hypophysaire : anatomie et physiologie, l'hormone, hypophyse et métabolisme, hypophyse et diencéphale.

Traité élémentaire d'exploration clinique médicale (technique et séméiologie), publié par Emile SERGENT, avec la collaboration de F. Bordet, P. George, R. Hazard, R. d'Heucqueville, Cl. Launay, C. Lian, R. Mignot, P. Cury, P. Pruvost, L. Ribadeau-Dumas. Un volume de 1102 pages, deuxième édition. Prix : 170 francs. Chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1937.

(1) Un volume de 264 pages. Prix : 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 64. — MERCREDI 10 AOUT 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Sanatoriums publics. — M. le docteur Brissaud, médecin directeur du cadre des sanatoriums publics, a été affecté, sur sa demande, au sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône).

Dispensaire du Havre. — Le poste de médecin-directeur du dispensaire municipal antituberculeux de la Ville du Havre est actuellement vacant.

Les appointements attachés à ces fonctions sont les suivants : début, 38.000 fr. ; après 2 ans, 42.000 fr. ; après 4 ans, 46.000 fr.; après 8 ans, 50.000 fr.

En outre, le fonctionnaire reçoit une gratification annuelle égale à un mois de traitement. Il reçoit également une indemnité pour les vaccinations antidiphtériques, dont le chiffre varie suivant le nombre de piqûres.

Une retenue de 6 p. 100 est opérée sur le traitement en vue de la constitution d'une pension de retraite.

Les conditions à remplir par les candidats ou les candidates sont les suivantes : âge maximum : 35 ans ; avoir satisfait aux obligations militaires ; nomination faite pour une période de cinq ans renouvelable ; engagement de remplir les fonctions pendant cinq ans au moins, de ne pas s'installer au Havre, ni aux environs dans un rayon de 10 kilomètres, pendant un laps de temps de 5 années, en cas de cessation de fonctions ; avoir accompli un stage dans un service phtysiologique.

Légion d'honneur. — MARINE MARCHANDE. — *Officier :* M. Palauqui (La Nouvelle). — *Chevalier :* M. Chiappe (La Ciotat). Larcher (Paris).

Journées médicales franco-tchécoslovaques. — Avec un programme à la fois scientifique, artistique et touristique, des *Journées médicales* sont organisées à *Prague* (Tchécoslovaquie) les 15, 16 et 17 septembre prochains. Des réceptions sont prévues à la Faculté de médecine, à l'Hôtel de Ville, à la Maison des Médecins, aux ministères des Affaires étrangères et de la Santé publique, à l'Institut Français Ernest-Denis. En dehors des trois journées officielles, un programme complémentaire d'excursions et visites diverses (stations thermales, chasses, montagnes, lacs, châteaux historiques, etc.), a été élaboré pour la totalité de la semaine, si bien que les *Journées franco-tchécoslovaques* constituent, pour les médecins et leurs familles, une occasions exceptionnelle d'acquérir, en quelques jours et de la plus agréable façon, une connaissance générale du pays, de sa capitale, de ses richesses touristiques et thermales, de son ancienne et solide culture, de ses habitudes et de son folklore.

Le docteur Ravina (254, faubourg Saint-Honoré, Paris (7e arr.) centralise les inscriptions des participants français qui voudront bien lui communiquer leur nom avant le 20 août 1938.

Deuxième Congrès de l'insuffisance rénale. — Ce Congrès se tiendra à Evian, du 21 au 24 septembre 1938, sous la présidence du professeur F. Rathery et la vice-présidence du professeur M. Chevassu.

La question à l'ordre du jour est celle de l'insuffisance rénale dans ses rapports avec les diverses maladies d'organes. Vingt et un rapports envisageant les divers aspects de cette question y seront présentés par des personnalités scientifiques choisies parmi les plus adéquates, et un cer-

tain nombre de communications y seront également exposées.

Les congressistes seront reçus gracieusement à Evian pendant toute la durée du Congrès ; le banquet officiel du Congrès et une excursion sur le Haut-Lac, par bateau spécial, leur seront également offerts par la Société des Eaux d'Evian. Les réductions habituelles sur les tarifs de chemins de fer sont également prévues.

La cotisation des membres titulaires est fixée à 175 fr. et celle des membres associés à 100 francs. Pour toutes demandes de renseignements ou d'inscription, s'adresser au Secrétariat général du Congrès, à la Direction Cachat, à Evian-les-Bains (Haute-Savoie), jusqu'au 16 août, dernière limite.

Première assemblée générale de l'Association internationale de cosmobiologie. — Au cours du premier Congrès international de cosmobiologie, tenu à Nice et sur la Côte d'Azur, du 2 au 7 juin 1938, auquel vingt nations étaient représentées, il a été décidé de créer une Association internationale de cosmobiologie, continuant la précédente Association d'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques, formée en 1932 par la Société médicale de climatologie et d'hygiène du littoral méditerranéen. Le nouveau groupement de cosmobiologie travaillera en collaboration avec l'organisation internationale de météorologie et comprendra des Sections ou Comités dans chacune des nations adhérentes. Le secrétariat central demeurera à Nice, 24, rue Verdi.

La première assemblée générale de l'Association de Cosmobiologie sera tenue à La Malou (Hérault), les samedi 10 et dimanche 11 septembre 1938, avec l'ordre du jour que voici : 1° examen des statuts ; 2° édition des comptes rendus du premier Congrès : 3° préparation du deuxième Congrès international de Cosmobiologie à New-York, en 1939 ; 4° programme et date de la deuxième assemblée générale, qui sera tenue sur la Riviera italienne, sous la présidence du prof. Sabatini (clinique médicale de la Royale Université de Gênes) ; 5° formation des sections ou comités nationaux ; 6° projection de films cosmobiologiques (éruptions solaires et accidents terrestres).

Pour tous renseignements, adhésions, communications, écrire au docteur M. Faure, à La Malou (Hérault).

Société française d'orthopédie et de traumatologie. — Programme des Journées orthopédiques en Suisse et du XXe Congrès :

1° Journées orthopédiques en Suisse (lundi 26 à vendredi 30 septembre 1938) :

a) Réception à Zurich (lundi 26 septembre ;

b) Trajet par la route des Alpes en auto-car de Zurich à Lausanne (mardi 27 septembre) ;

c) Réception à Lausanne (mercredi 28 septembre) ;

d) Excursion (divers itinéraires au choix (jeudi 29 septembre).

Les détails précis seront publiés ultérieurement.

Selon la catégorie d'hôtels et la classe en chemin de fer, nos confrères suisses ont calculé que tous les frais (voyage Paris-Zurich et Lausanne-Paris y compris) s'élèveraient à un total variant, en francs suisses, entre 153 et 215. Pour obtenir des billets de chemin de fer en Suisse, il faut que ces billets soient collectifs ; la réduction va de :

25 à 30 % pour 6 à 14 personnes ;
30 à 40 % pour 15 à 99 personnes ;
35 à 45 % pour 100 à 249 personnes.

Afin de retenir des places dans les hôtels d'une des trois catégories indiquées (la troisième catégorie étant spécifiée bonne et très recommandable), et pour prévoir le nombre approximatif des congressistes, ceux-ci sont priés instamment d'envoyer leur adhésion au docteur André Richard, Secrétaire général de la Société, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-C.).

2° XXe Congrès :

Séance solennelle : vendredi 7 octobre, au grand amphithéâtre de la Faculté (9 heures).

Séance administrative : vendredi 7 octobre, 14 h. 30.

Communications particulières : vendredi 7 octobre après-midi, après la discussion des rapports, et, s'il y a lieu, samedi matin, 8 octobre.

Banquet par souscription : vendredi soir 7 octobre.

Le Congrès aura lieu sous la présidence effective du professeur H.-L. Rocher, Président en exercice.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur, par MM. les professeurs Ombrédanne et Mathieu, avec la collaboration de MM. Leveuf, Sorrel, Richard, Fèvre, chirurgiens des hôpitaux ; Lance, Huc, Padovani et Iselin, assistants.

Ce cours aura lieu du 10 octobre au 27 octobre 1938, à 14 h. 30, au petit amphithéâtre. Après chaque leçon aura lieu une répétition opératoire à l'Ecole pratique, à partir de 15 h. 45, sous la direction de MM. les prosecteurs.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté. Droit : 300 fr.

Médecins, chirurgiens et spécialistes présents à Paris pendant les vacances

Médecine générale. — Le docteur Jean Antonelli, 62, rue Violet, présent du 1er août au 30 septembre.

M. le docteur Bariéty, professeur agrégé, 77, rue de Monceau, présent du 1er août au 16 septembre.

Docteur M. Perrault, 8, rue Perronet (7e). Présent août et septembre.

Médecine infantile. — Docteur Maurice Kaplan, médecin des hôpitaux, 12, rue César-Franck, absent en juillet. Présent du 1er août à fin septembre.

Dermato-vénéréologie. — M. le docteur Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, sera présent, comme chaque année, en juillet, août et septembre.

Médecine générale et pédiatrie. — M. le docteur Emile Gilbrin, 260, boulevard Saint-Germain, sera présent à Paris pendant les grandes vacances.

Neuro-psychiatrie. — M. le docteur Schaeffer, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, 170, rue de la Pompe, sera à Paris pendant les mois d'août et septembre.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le docteur Louis Leroux, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, sera présent à Paris à partir du 1er septembre.

Gastro-entérologie. — Docteur Le Noir, 156, rue de Rivoli. Présent du 1er au 31 août.

LA PATHOGÉNIE SYMPATHIQUE ET LES CARACTÈRES DES RÉFLEXES

signes cliniques des troubles fonctionnels

Par M. Henri ABOULKER (Alger)

Dans tous les organes, tissus et humeurs, existent, *sous une forme quelconque : a)* un système de cellules épidermiques, muqueuses, conjonctives, musculaires, osseuses, nerveuses : sensitives, sensorielles, motrices, psychiques, vago-sympathiques ; cellules viscérales, hormonales, arachnoïdo-piemériennes, sanguines ; milieux humoro-chimiques divers et innombrables ; *b)* un système vasculaire d'arrivée et de retour ; *c)* un système nerveux vaso-dilatateur et vaso-constricteur indispensable aux vaisseaux. Celui-ci est fourni par le système vago-sympathique dont les attributions sont, avec la vaso-motricité, la vaso-secrétion et, d'une manière générale, la régulation de l'ensemble des phénomènes trophiques dans lesquels les secrétions hormonales occupent une place considérable.

Les divers segments du système nerveux volontaire, psychique, végétatif, *humoral* ayant au même titre besoin des dispositifs vasculo-sympathiques, on peut dire que le système sympathique est d'autant plus forcément présent dans l'intimité de tous les tissus qu'il est répandu dans tout le tissu conjonctif sous la forme du plexus fondamental de Bœcker.

Les viscères, tissus et humeurs ont des *fonctions qui sont leurs signes réflexes physiologiques*. La fonction est la propriété caractéristique du tissu qu'elle sert à dénommer : tissu et fonctions sensitifs, tissu et fonctions sanguins, hormonaux, tissus ou milieux et fonction humoraux, etc. On ne peut concevoir l'existence d'une fonction sans l'armature anatomique tissulaire ou humorale qui lui a donné naissance. La fonction physiologique est inséparable des tissus et humeurs physiologiques. Tissus et humeurs normaux égalent fonctions ou réflexes eutoniques et physico-chimiques ; les variations en sont, dans certaines limites, considérées comme non pathologiques.

L'état pathologique résulte : 1° des lésions des tissus ; 2° des troubles des fonctions correspondantes que traduisent les signes réflexes pathologiques.

***

L'observation nous apprend que certains signes cliniques peuvent disparaître spontanément ou par traitement, *brusquement ou très rapidement, dans des conditions telles qu'il est impossible d'admettre que la lésion a pu guérir et que le signe de lésion a pu disparaître. Le signe réflexe se définit donc, cliniquement, par cette propriété même, par cette reversibilité.*

Dans l'état pathologique nous nous trouvons en présence de deux formules générales morpho-bio-physico-chimiques : de lésions de tissu ou de troubles de fonction de ce tissu. Les premières correspondent à une destruction et à une transformation profondes de ces éléments. Dans les secondes les choses se passent comme s'il s'agissait de transformations superficielles telles que dés désengrènements des cellules ou des déplacements des éléments chimiques constitutifs.

A côté de la formule cutonique des tissus et humeurs existent donc deux séries de formules dystoniques, d'hypertrophie, d'hypotrophie ou d'atrophie anatomiques ou fonctionnelles : les premières caractérisent les territoires anatomiques atteints de lésions, phénomènes *histolytiques ;* ce sont des morpho-bio-physico-chimico-*névrites* qui, par définition, ne peuvent disparaître brusquement ; les secondes caractérisent les territoires anatomiques atteints de troubles fonctionnels et réflexes qui sont cliniquement *alytiques :* ce sont des morpho-bio-physico-chimico-*réflexalgies* qui disparaissent ou non rapidement, mais qui, par définition même, sont susceptibles de disparaître brusquement.

En présence d'un signe clinique quelconque se pose donc le problème invariable à trois inconnues. C'est la recherche : 1° de la cause du trouble pathologique; 2° de son point ou de ses points d'application ; 3° de sa nature chimico-névritique ou chimico-réflexe.

Il existe donc des chimico-névrites et des chimico-réflexes : moteurs, sensitifs, sensoriels, psychiques, vago-sympathiques : viscéraux, sanguins, arachnoïdo-pie-mériens, hormonaux, hypniques, thermiques, humoraux : hydriques, glucidiques, protidiques, lipidiques, uréiques, acido-basiques, calciques, adrénalinique, acétylcholinique, histaminique, potassiques, etc.

De même que tous les viscères et tissus, tous les états et formules humoraux d'équilibre normal physico-chimique de l'organisme réaliseront des chimico-névrites et des chimico-réflexes glucidiques, uréiques, protidiques, etc.

Or, entre autres examens que nous pouvons faire en interrogeant le sang et le liquide céphalo-rachidien par certains réactifs physico-chimiques, nous obtenons des réactions dites de Wassermann + et similaires, de même qu'en interrogeant la motilité, la sensibilité, etc., nous obtenons tels autres symptômes. Les uns et les autres sont soit des signes de lésions, soit des signes réflexes ou de troubles de fonctions. Il existe des arachnoïdo, hémato, Wassermanno-névrites et des arachnoïdo, hémato, Wassermanno-réflexes, comme il existe des sensitivo-névrites et des sensitivo-réflexes, des glucido-névrites et des glucido-réflexes, des uréo-névrites et des uréo-réflexes, etc.

Il y a analogie de l'ensemble des états lésionnels et de l'ensemble des états réflexes parce qu'il y a unicité de constitution des états morpho-bio-physico-chimique de l'organisme physiologique. Que nous ayons à analyser la signification d'une urémie, d'une Wassermannémie, d'une glycémie, ou d'une glycorrachie, d'une Wassermannorachie, d'une hyperglobulie, d'une hyperleucocytose ou celle d'un syndrome quelconque du système volontaire, psychique ou végétatif, les causes lésionnelles, leurs effets réflexes et les points d'application des unes et des autres doivent être recherchés de la même façon.

La cause est-elle le choc d'un traumatisme extérieur: accidentel, chirurgical, septique, toxinien, toxique, tumoral, psychique, ou le choc d'un traumatisme intérieur auto-toxique ou auto-toxinien, auto-psychique (suggestion interne), anaphylactique, carentiel ? La cause est-elle due à des chocs de natures diverses accumulés, cas fréquent ? Le point d'application est-il localisé sur un segment limité d'une partie d'un dispositif nerveux ou sur plusieurs segments de plusieurs dispositifs, à la même hauteur ou à des hauteurs différentes : centre, tissu périphérique effecteur, cordon nerveux intermédiaire de liaison ?

Quels sont les signes qui cliniquement représentent exclusivement les conséquences lésionnelles de ces chocs, quels sont ceux qui cliniquement représentent les projections fonctionnelles et réflexes de ces lésions ?

Telles sont les questions qu'impose tout examen clinique.

Mais existe-t-il beaucoup de signes lésionnels qui ne soient pas réalisables par les processus réflexes ? Nous ne le croyons pas. C'est par les tests de sympathicothérapie provoquée ou spontanée : guérison brusque, surtout, et par l'évolution et les dystrophies profondes que nous caractérisons les uns et les autres.

Quand nous enregistrons la céphalée frontale d'une carie dentaire évidente nous reconnaissons facilement qu'il s'agit d'une projection sensitive dans une région histologiquement inaltérée. Si la céphalée est due à une ostéite frontale, nous pouvons encore reconnaître qu'il s'agit de la juxtaposition des deux phénomènes. Quand la lésion et ses réflexes échappent à notre contrôle direct, se développent dans la profondeur des viscères, des tissus, du milieu humoral, la confusion est de plus en plus difficile à éviter. C'est que nous n'avons plus à faire une analyse théorique ; nous avons à interpréter les signes objectifs constatés ou provoqués et les phénomènes subjectifs accusés. De plus nous sommes en présence non de maladies à discuter, mais de malades dont les réactions aux lésions et aux projections réflexes des lésions sont éminemment variables pour une même lésion.

Il nous est difficile de distinguer la cause ou ses effets, c'est-à-dire la nature lésionnelle ou réflexe des signes cliniques : 1° parce qu'il existe des réflexes longs et des réflexes courts para-lésionnels, et endo-lésionnels, qu'on a dénommés ecto-sympathoses et endo-sympathoses (Et. May), ou réflexes muraux ; 2° parce que la cause lésionnelle a pu traverser l'organisme sans laisser d'autres traces cliniquement appréciables que les altérations des tissus et les troubles des fonctions ; 3° parce que nous avons une tendance d'esprit orientée vers ce préjugé défavorable qui fait admettre la gravité des phénomènes très douloureux ou très gênants, et parce que nous avons peur des phénomènes qui échappent à l'observation directe et qui sont profonds et localisés ; 4° *parce que nous oublions que se trouve partout le système vago-sympathique, c'est-à-dire les vaso-dilatations génératrices d'œdèmes, de cellulites, de congestions, d'infarctus, d'apoplexies hémorragiques, d'hémorragies* (1), *les vaso-constrictions génératrices d'anémies et d'ischémies, la vaso-trophicité génératrice d'altérations tissulaires, lésions secondaires réflexes réversibles, que l'on confond avec les lésions primitives.*

En effet, il peut s'agir d'œdèmes, de cellulites, d'hémorragies, d'anémies, d'ischémies chimico-réflexalgiques. Nous ne sommes pas encore habitués à en admtetre l'existence, parallèle à celles des œdèmes, hémorragies, anémies, ischémies, troubles trophiques, chimico-névritiques lésionnels. La difficulté à la vérité est d'autant plus grande qu'il existe des quantités de syndromes mixtes dans lesquels se mêlent à se confondre les processus chimico-névritiques et chimico-réflexes.

Pour les différencier les uns des autres (2), pour arriver à faire la part, dans un trouble pathologique, de ce qui revient à l'un et à l'autre, il faut au moins en *connaître l'existence, l'existence des réflexes simples et surtout des réflexes compliqués.*

Il faut avoir présente à l'esprit cette notion qui nous paraît fondamentale : à savoir que presque tous les signes lésionnels peuvent être simulés par des signes réflexes, *presque toutes les lésions primitivement histolytiques ont des sosies histolytiformes :* signes viscéritiques et viscéritiformes, encéphalitiques et encéphalitiformes, etc. Cette homologie se continue non seulement dans tous les viscères et tissus, mais dans tous les milieux humoraux quelconques, car il ne peut en être autrement.

Voilà pourquoi on décrit de faux syndromes de toutes les lésions ; mais il n'y a pas de fausses maladies, il n'y a que des diagnostics faux. Il est à remarquer qu'il nous arrive très fréquemment de diagnostiquer une maladie lésionnelle, de l'attribuer à une destruction importante du tissu intéressé, et ensuite de constater une guérison dont la rapidité nous comble de satisfaction prolongée et de surprise trop vite oubliée. Nous enregistrons l'heureux résultat sans réaliser qu'il ne pouvait en aucune manière s'agir de la lésion diagnostiquée.

Que signifient entre autres les nombreuses hémiplégies qui guérissent rapidement avant qu'il ait été possible, nous en sommes tous certains, que la lésion affirmée ait pu guérir, si ce n'est que cette lésion n'existait pas. Il s'agissait, soit d'une lésion proche des voies motrices, soit d'*une petite lésion de ces voies motrices ayant déterminé une importante inhibition*

(1) Les contractures musculaires profondes sont souvent difficiles à distinguer des formations tumorales; les contractures viscérales et canaliculaires se confondent avec ces dernières, parfois même par leurs images radiologiques. Dans tout le squelette de la face les suppurations muqueuses produisent des images osseuses de géodes et de séquestres d'observation quotidienne; ce sont des réflexes dystrophiques.

(1) C'est dans ce sens que s'orientent les recherches expérimentales et cliniques de MM. Villaret, Justin Bezançon, Grégoire et Couvelaire, P. Bardin dans l'étude et le traitement des infarctus et œdèmes intestinaux, pulmonaires et viscéraux, des thromboses. La part de la parasympathose réflexe apparaît très importante et semble bien obéir aux médications sympaticotoniques. *Mais le processus réflexe n'est pas primitif; il est secondaire à une cause locale ou diffuse. Si on l'oublie, on risque de laisser évoluer des lésions génératrices de désastres.*

(2) La sympathicothérapie tamise les symptômes, fait disparaître les signes réflexes de troubles fonctionnels; c'est donc d'abord une méthode de diagnostic qui est en même temps thérapeutique.

réflexe de ces voies motrices (1). *La part qui guérit est la part réflexe.* Cela est évident.

Comment expliquer autrement la guérison brusque d'une hémiplégie syphilitique, d'une sténose laryngée gommeuse ? Celle-ci *nous voyons* qu'elle n'a pas disparu, c'est le réflexe qui a été jugulé.

Voici par exemple un abcès encéphalique temporal qui produit un écrasement général du pouls, de la température, du psychisme, de la respiration, des voies motrices. Le sujet de toute certitude s'achemine vers la mort.

A la lésion on ajoute la lésion osseuse de la trépanation, de l'incision des méninges, de l'incision ou ponction du tissu cérébral qui peut atteindre 4 cent. de profondeur. Le pus est trouvé et évacué. L'ensemble du déficit tissulaire étant largement augmenté, le malade ressuscite et guérit souvent. Tous les segments volontaires et végétatifs anatomo-fonctionnels inhibés ou excités de l'encéphale reprennent un équilibre normal. Il est évident qu'aucun d'entre eux n'était détruit, mais que la plupart étaient atteints seulement d'inhibition réflexe. Le sujet était sur le point de mourir de signes réflexes éminemment curables.

C'est surtout de cette mort réflexe reversible susceptible de résurrection que meurent un certain nombre de sujets atteints d'hémorragies et ramollissements cérébraux et d'une infinité de lésions viscérales et humorales.

On comprend bien que nous contestons pas l'existence de la lésion. Bien au contraire nous sommes convaincu qu'elle existe nécessairement dans tous les cas, mais elle peut être importante ou infime et méconnaissable. Ce que nous essayons de démontrer c'est que ce n'est pas elle-même, mais les réflexes qui en émanent qui tuent fonctionnellement un viscère, un segment anatomique, un système humoral ou l'organisme entier. Nous avons essayé d'étudier ce problème en analysant le diagnostic et le traitement des morts réflexes dans un grand nombre de cas (2).

Les considérations générales qui précèdent nous conduisent à l'étude de la nature et des caractères généraux des syndromes fonctionnels pathologiques et de leurs signes réflexes ; ce sont des sympatho-réflexes.

***

Les signes réflexes ont les caractères suivants :

1° *Ils sont inversement proportionnels à la lésion* (3).

Quand celle-ci est minime la part du tissu ou du milieu humoral intéressée et restée saine conserve sa réflectivité. Plus la lésion s'étend plus le signe réflexe diminue jusqu'à être aboli. *C'est que le réflexe traduit non pas la lésion, mais la réaction de défense de parties de tissu autres que le tissu détruit.*

Que l'organe lésé soit entièrement détruit ou le paraisse, tel le labyrinthe qui, dans les nécroses scarlatineuses s'élimine en séquestre, le vertige réflexe de déséquilibre subsiste. C'est que la partie restante des voies vestibulaires du côté lésé, le labyrinthe et les voies vestibulaires du côté opposé, anatomiquement et physiologiquement soudés, représentent l'ensemble du champ de réflectivité. En réalité la nécrose totale d'un labyrinthe n'est qu'une lésion fragmentaire des voies vestibulaires.

2° *Le signe réflexe reste indifférent à la lésion.*

En effet, le réflexe moteur péri-articulaire d'impotence fonctionnelle d'une entorse minime réduite à une déchirure ligamentaire, névrite sensitive, peut disparaître brusquement et même entièrement, alors que la lésion reste entière.

Bien plus, malgré que la seurocaïnisation curatrice n'ait qu'une action très passagère, le réflexe moteur disparaît définitivement. C'est que le réengrènement fonctionnel une fois rétabli le charme sympathique est rompu : la dystonie lésionnelle sympatho-sensitive génératrice de dystonie sympatho-motrice réflexe est en quelque sorte épuisée du premier coup.

3° *Le réflexe est autonome et indépendant.*

La neurocaïnisation, l'alcoolisation peuvent faire disparaître des réflexes profonds et violents, tels que les crises fulgurantes viscérales et faciales du tabès, cependant qu'évoluent des lésions causales incurables.

4° *L'importance et la gravité du signe réflexe dépendent uniquement de l'importance des fonctions du territoire anatomique excité ou inhibé.*

La syncope bulbaire d'une entorse, d'une inhalation chloroformique, d'une instillation laryngée, uréthrale, d'une décompression pleurale, d'une ponction lombaire, celle que nous avons vue du placement d'un ouvre-bouche, d'une simple dépression de la langue est souvent grave parfois mortelle.

5° *Le signe réflexe est anonyme et polyvalent.*

Si au lieu de la déchirure par traumatisme extérieur des ligaments articulaires, qui est sympatho-sensitive-sympatho-motrice, on imagine une lésion de même étendue et profondeur, tuberculeuse, syphilitique, gonococcique, streptococcique, sarcomateuse, épithéliomateuse, le réflexe moteur sera identique et sera identiquement influençable par l'infiltration. *C'est que le signe réflexe n'est pas la projection de l'élément spécifique, tuberculeux, cancéreux, tumoral ou autre,* mais la *projection sympatho-sensitive, la stimulation nerveuse aspécifique, anonyme, commune à toutes les lésions. Celles-ci ont des noms multiples et sont de natures diverses, le réflexe est un, monomorphe, inominé, anonyme et polyvalent.*

Il n'a de nom que celui de la fonction du territoire anatomique ébranlé ; il est moteur, sensitif, sensoriel, psychique, viscéral, sanguin, arachnoïdo-pie-mérien, pupillaire, papillaire, hormonal, humoral. *Par rapport aux causes ou lésions chaque signe ré-*

(1) Du Prof. Leriche, in *Presse Médicale*, janvier 1938 : Guérison d'une hémiplégie due à une hémorragie bulbaire, par résection du ganglion stellaire. De nous-même in *Revue d'oto-neuro-oculistique* (1937) et in *Phare médical* (juill. 1937) : Guérison par cocaïnisation de la dure-mère temporale et alcoolisation des ganglions sphéno-palatin et de Gasser, d'une névralgie facio-dure-mère avec hémiplégie et épilepsie intermittentes datant de 15 ans et post-traumatiques.

(2) « Diagnostic et traitement de la Maladie et de la Mort réflexes », in *Phare Medical* (nov. 1937). *Algérie médicale*, mai 1938.

(3) H. Aboulker, in *Algérie Médicale* (avril 1937). Signification et Valeur des signes cliniques, — in *Revue d'oto-rhino-ophtalmologie* (nov. 1936), Syndromes vasculo-trigémino-sympathiques.

flexe est polyvalent, et chaque lésion peut réaliser théoriquement tous les signes réflexes.

***

Toutes les causes lésionnelles susceptibles d'ébranler les voies motrices *centrales ou périphériques* peuvent réaliser les paralysies qui sont alors des signes cliniques réflexes moteurs anonymes polyvalents.

Toutes les causes capables d'ébranler le système anatomo-fonctionnel des glucides, des substances azotées peuvent théoriquement réaliser la glycémie, la glycorrachie, la glycosurie, l'urémie, l'azoturie.

De ces systèmes anatomo-fonctionnels régulateurs des fonctions motrice, ou glucidique, uréique, les segments centraux de régulation et de commande, les segments terminaux effecteurs et intermédiaires sont connus. *Il nous paraît impossible que la construction des autres systèmes anatomo-fonctionnels humoraux puisse être conçue autrement.*

Sont connus les segments centraux, intermédiaires et terminaux, de la vaso-pression et de l'hématopoièse. Les segments centraux ont été localisés par l'expérimentation dans le plancher des 4e et 3e ventricules, les autres sont dans les systèmes surrénal, cardiaque et vasculaire, ou dans la rate et les ganglions lympathiques, la moelle osseuse et leurs cordons nerveux. Ils sont représentés cliniquement par la pression artérielle, l'équilibre globulaire et leucocytaire et par leurs déviations pathologiques.

Il existe donc nécessairement à côté des lésions hématiques et vasculaires, à côté des hyper- et hypoglobulies lésionnelles, à côté des leucopénies et des lymphocytoses lésionnelles (formule dite de suppuration), des modifications de la pression artérielle, de l'équilibre leucocytaire (1), réflexes produits par des lésions voisines des centres de ces fonctions, voisines des segments intermédiaires et terminaux de chaque système. C'est ce que prouve l'expérimentation, l'observation clinique et en partie la thérapeutique.

Il existe, en effet, des formules de suppuration caractérisées avec lymphocytose à polynucléaires, des hypertensions artérielles, et aussi, selon nous, des leucopénies et des hypotensions vasculaires, qui ne sont que des réflexes de lésions encéphaliques et de lésions péricraniennes et périphériques. Il s'agit, dans les encéphalites diffuses de réflexes simples et directs, dans les encéphalites avec hypertension intra-cranienne (arachnoïdite, abcès, tumeur) de réflexes indirects.

Les hypertensions artérielles dites essentielles, paroxystiques, malignes, pseudo-tumorales sont, *dans certains cas*, explicables par ces processus réflexes intra-craniens. Il en est sans doute qui sont des processus réflexes de lésions voisines de conducteurs sympathiques périphériques et voisines des tissus effecteurs périphériques rénal et surrénal.

(1) Et. May, in *Revue Critiques de Pathologie et de Thérapeutiques* (mai-juin 1933): la Régulation nerveuse de l'hématopoïèse. — Prof. Roger et Ollmer (de Marseille): les Syndromes neuro-hématiques (1937). — Prof. Abrami, in *Thèse Feldstein*: les néphropathies nerveuses; — et in *Presse médicale* (1937 déc.), Leçon sur les Troubles fonctionnels.

Il en est de même des urémies et azotémies des glycémies, glycorrachies, glycosuries, des Wassermannémies et des Wassermannorrachies, etc.

En effet, si l'on pouvait additionner la totalité des cas d'arachnoïdites, d'abcès et de tumeurs encéphaliques on trouverait, dans la moitié des cas, l'une de ces réactions): glycémie, glycosurie, Wassermannémie, formule de suppuration, hypertension artérielle, qui font porter les diagnostics erronés de diabète, de néphrite, de suppuration, de syphilis, par lésion des viscères effecteurs, diagnostics dont les conséquences thérapeutiques sont parfois très graves.

Si l'analogie peut être poursuivie entièrement entre les systèmes viscéraux et les innombrables systèmes anatomo-fonctionnels humoraux les conséquences cliniques et thérapeutiques seraient considérables.

On ne voit pas pourquoi une lésion quelconque périphérique ne pourrait pas réaliser une réaction de Wassermann réflexe, c'est-à-dire asyphilitique, aussi bien que la réalisent souvent, par ébranlement des centres végétatifs humoraux, diverses lésions centrales.

Enfin la clinique et la thérapeutique des infiltrations et résections sympathiques prouvent que *le trouble physico-chimique-réflexe est transporté ou réalisé par une hyper-sympathicotonie ou vagotonie puisque l'inhibition du sympathique ou du vague supprime brusquement ces signes cliniques réflexes.* On est amené à envisager le traitement sympathique des signes réflexes humoraux comme la réaction de Wassermann.

D'une manière générale dans tous les cas où l'on a conclu à l'existence de la nature sympatho-réflexe des troubles à traiter, il faut s'efforcer d'en déterminer la tendance sympathico-tonique ou vagotonique pour appliquer les médications de sens contraire : sympathicolytiques (ergotamine, acétylcholine, hyoimbine) et vago-mimétique (eserine, pilocarpine), ou sympathicomimétique (adrénaline, éphédrine) et vagolytique (atropine).

Mais il ne s'agit là que d'indications schématiques.

L'exemple de l'asthme, entre autres, traité avec succès au cours des crises par l'éphédrine et dans les étapes suivantes par les médications de sens contraire prouve qu'il ne faut s'avancer qu'avec circonspection dans l'interprétation du mécanisme des syndromes pathologiques et dans celle des actions pharmacodynamiques.

Alphabet d'avulsions radiculo-dentaires, par L.-C. de Hogues, préface du docteur Dartigues. Un volume de 254 pages avec 57 figures. Prix : 30 francs, 1937 ; se trouve dans toutes les librairies et chez l'auteur, 16, rue de la Croix-Faubin, Paris (11e).

La stroboscopie du larynx. Séméiologie stroboscopique des maladies du larynx et de la voix, par Jean Tarneaud, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire National de Musique. 1 vol. de 90 pages, avec 8 figures. — Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Nicolas Beaujon (1718-1786), par André Masson. Un volume in-16 Jésus de 220 pages, avec 14 planches hors texte. Prix : 24 francs, aux Editions Delmas, à Bordeaux, 1937.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

SÉANCE DU 11 MAI 1938

A propos du 109 M, ses propriétés antiseptiques « in vitro ». Quelques essais théapeutiques. — M. Jean MICHAUX, Mlle PELLETIER, M. J.-M. FICHEUX exposent que le 109 M. Mouneyrat a bien une action, d'ailleurs passagère, sur la bronchite chronique (diminution de l'expectoration et de la dyspnée, chute de la fièvre), mais les auteurs, après avoir signalé des cas extraordinairement favorables de pneumonies, même chez les vieillards, insistent sur l'action très nette que présente ce corps sur les infections aiguës ou chroniques du cavum. Ils citent, d'autre part, deux résultats assez intéressants dans des infections streptococciques généralisées. D'une toxicité à peu près nulle, le 109 M a un rôle antiseptique *in vitro* net sur le streptocoque, mais à assez forte concentration (1 p. 2.500) ; il n'entraîne aucun des troubles sanguins signalés dans l'emploi d'autres sulfamides ; il ne colore pas les urines. C'est en somme un corps extrêmement maniable et sans aucun danger.

Furonculose et pH urinaire. — MM. Jean MICHAUX et G. CASTELLO. Dans la furonculose, d'une façon générale, le pH semble plus souvent acide (sur 26 observations, 20 pH acides, 3 pH alcalins, 2 pH normaux). Dans les cas qui ont résisté aux thérapeutiques habituelles, l'alcalinisation du pH acide ou l'acidification du pH alcalin, dans un cas, paraît avoir entraîné des améliorations, ou même la guérison.

Lombalgies chez les hépatobiliaires et leur traitement. — MM. G. PARTURIER et MOUCHET signalent que, dans la forme lobaire des syndromes douloureux hépatobiliaires, la douleur se localise de façon prédominante ou même exclusive à la région lombaire. La pathogénie peut en être complexe, depuis les syndromes hépato-surrénaux à un simple réflexe semblable à celui de l'épaule droite. Souvent cette localisation semble liée, soit à un spondylite, soit à une spondylarthrie, et nous voudrions insister sur les tiraillement articulaires, sur les subluxations susceptibles de se produire à l'occasion des ptoses abdominales.

SÉANCE DU 8 JUIN 1938

L'influence des étapes de la vie génitale de la femme sur l'évolution de certaines maladies organiques. Thérapeutiques associées. — MM. R. JAHIEL et M. ROSEN signalent que diverses maladies, parmi lesquelles la lithiase biliaire et l'asthme sont les plus fréquentes, affectent chez la femme, entre la puberté et la ménopause, une physionomie souvent particulière, en rapport avec les incidents de la vie ovarienne.

Le thérapeute doit attacher toute importance à ces notions nouvellement fondées sur des bases anatomiques et l'effort qu'il sera conduit à effectuer pour rétablir l'équilibre sympathique chez de tels malades, par une médication neurotonique, endocrinienne ou désensibilisante surajoutée.

Traitement de la blennorragie par les dérivés organiques du soufre. — MM. Marcel PINARD et F.-M. LÉVY exposent l'état actuel de la chimiothérapie, de la blennorragie. Deux produits, un sulfamide (1162 F.) et une sulfone (1399 F.) méritent d'être retenus. D'absorption et d'élimination rapides, ils ne donnent généralement pas lieu à des accidents sérieux, à condition de s'en tenir à des doses assez faibles et non prolongées au delà de deux semaines. Employé seul, le sulfamide donne des succès surtout dans des gonococcies anciennes, ou dans une récidive. La sulfone, par contre, doit être préférée, lorsqu'on recourt à l'association aux thérapeutiques locales.

Modifications du soufre et du glutathion du sang à la suite du traitement par le thiophène. — MM. LOEPER et R. LESOBRE montrent que le thiophène en ingestion ou en injection, augmente le taux du soufre sanguin et surtout du soufre neutre, ainsi que celui du glutathion oxydé. Ces modifications persistent après le traitement. Elles peuvent être utilisées dans la thérapeutique des états de carence soufrée, et notamment du rhumatisme chronique.

Le phényléthylbarbiturate de brucine. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC exposent que le phényléthylbarbiturate de brucine est un corps chimique défini, qui, à poids égal d'alcaloïde, est deux fois et demi moins toxique que la brucine (diméthoxystrychnine), laquelle est déjà 20 fois moins toxique que la strychnine. Il est faiblement convulsivant et est dépourvu de l'action curarisante des sels ordinaires des deux alcaloïdes précités. Chez l'homme, le phényléthylbarbiturate de brucine est sédatif par son radical barbiturique et névrosthénique par son alcaloïde. Il produit ce double effet aux doses quotidiennes de 3 à 6 centigrammes, qui sont très inférieures à celles que certains thérapeutes ont atteintes avec la brucine seule (75 à 90 centigrammes). En raison de la faible quantité d'alcaloïde contenue dans la dose active du phényléthylbarbiturate de brucine, celui-ci ne fait courir au sujet traité, aucun risque de strychnisme.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 21 JUIN 1938

Syndrome de Klippel-Feil avec maladie cutanée de Recklinghausen et hémiplégie spinale. Etude tomographiques. — MM. P. LEREBOULLET, J. BERNARD et VILLEY ont fait dans ce cas pratiquer un examen tomographique, qui a montré l'existence d'une soudure atloïdo-occipitale, une incurvation latérale de l'atlas, une soudure du corps de C3 et C4, un aplatissement de C5 et C6 et enfin l'intégrité de l'axis et de C7.

Un cas de nanisme rénal avec polyurie. — MM. P. LEREBOULLET, LELONG et J. BERNARD présentent un enfant de 12 ans chez lequel on constate un retard considérable du développement statural, une néphrite chronique avec azotémie et hypertension artérielle, une soif intense rappelant celle du diabète insipide et une exophtalmie associée à une malformation cranienne complexe. Il n'existe ni signes de rachitisme ni lacune squelettique (ce qui permet d'éliminer la maladie de Schuller-Christian) et les auteurs concluent à un nanisme rénal dont l'origine serait une lésion centrale.

Un cas d'anémie grave du nouveau-né avec érythroblastémie. Guérison. — MM. LACOMME et LELONG.

Diverticules épiphréniques de l'œsophage chez un nouveau-né. MM. LELONG, AIMÉ et BERNARD.

Rétrécissement congénital du rectum chez un nourrisson. — MM. LELONG, RACHET, AIMÉ et Mlle GARNIER présentent un nourrisson de 6 mois atteint d'anorexie, de troubles de la croissance et de constipation opiniâtre. On sent à la palpation un fécalome dans la région sous-hépatique, et le toucher rectal montre l'existence à 2 cm. de l'anus d'un anneau fibreux serré. La rectoscopie montra l'intégrité de la muqueuse sous-jacente, et un examen radiologique l'existence d'une dilatation sus-stricturale considérable.

Granulome annulaire. — M. HALLÉ présente un enfant atteint de granulome annulaire du pied, chez qui la cuti-

réaction et l'intra-dermo-réaction à la tuberculine sont négatives, ce qui élimine complètement l'origine tuberculeuse de cette affection.

Anémie grave avec hématémèse chez un aenfant atteint de pneumopathie chronique non tuberculeuse. — M. Weill-Hallé et Mme Lœw-Lyon.

Présentation de jumeaux « en miroire ». — M. Turpin.

Un cas d'ostéopsathyrose grave avec hypercalcémie. — M. Kaplan. Chez un jeune homme de 17 ans atteint d'ostéopsathyrose, les fractures ont débuté dès la naissance et en sont actuellement à la 10e ; il existe une déformation du crâne typique ainsi qu'une cypho-scoliose. Mais la coloration bleue des sclérotiques fait défaut. On relève dans le sang une élévation marquée du calcium et du phosphore minéral.

Absence d'une 12e côte homonyme chez deux sœurs et déviation de l'ombilic chez l'une d'elles. — M. P. P. Lévy, Mlle Serin et M. Vivien.

Cheloïde du lobule de l'oreille. — MM. Fèvre, Thiboneau et Cayla.

Anévrisme de l'artère cubitale chez un nourrisson de 9 mois. Extirpation a un an. Guérison. — MM. Fèvre et Bohn.

A propos de la filière naso-ethmoïdo-cérébrale dans les abcès du cerveau du nourrisson. — MM. Gautier et Arabian (de Genève) ont vu apparaître chez un enfant de 4 jours une rhinite grave, vraisemblablement contractée lors de la traversée de la filière génitale. Quelques jours après survenaient des manifestations d'ethmoïdite, puis une méningo-encéphalite aboutissant à la suppuration, qui a emporté l'enfant au milieu d'une crise convulsive.

De l'eczéma à l'asthme. — M. Woringer (de Strasbourg) a retrouvé les antécédents eczémateux chez 30 p. 100 de ses asthmatiques, et a constaté inversement que 20 p. 100 des eczémateux devenaient asthmatiques. Il est impossible de prévoir cette évolution chez le petit enfant, mais il est possible d'affirmer qu'elle ne se produira pas s'il s'agit d'eczéma séborrhéique et non d'eczéma vrai. L'asthme apparaît dans ces cas avant 5 ans et les phénomènes de catarrhe l'emportent sur le spasme. Il s'intrique souvent avec des lésions eczématiformes plus ou moins typiques.

Epanchement chyleux de la plèvre. — MM. Giraud, Poinso, Salmon et Mockers.

Septicémie primitive à bacille de Pfeiffer chez un nourrisson de 4 mois. — MM. Poinso, Patillas et Monges.

A propos des complications de la vaccination antirabique. M. Sarrouy (d'Alger) rapporte l'observation d'un enfant de 10 ans qui présente après la 15e injection de moelle desséchée suivant la technique pastorienne un état infectieux grave accompagné de troubles du caractère et d'une paralysie du IVe droit sans lésions du fond d'œil. Ces accidents guérissent rapidement.

Un autre accident de type paralytique bénin survenu au même moment, avec les mêmes moelles, permet d'envisager les rapports de la vaccination antirabique et de l'encéphalite aiguë qui lui a succédé. Il s'agit en tout cas d'une complication exceptionnelle.

Séance du 5 juillet 1938

Asthme et eczéma du nourrisson. — M. Comby revient à l'occasion de la récente communication de M. Woringer sur une des maladies les plus précoces et les plus durables en pédiatrie. Il en avait déjà rapporté en 1911, 75 observations et en a depuis observé plusieurs centaines de cas. L'asthme, outre sa fréquence en pathologie infantile, affirme sa précocité et débute presque toujours avant trois ans. Dans ses formes essentielles et idiopathiques, il est dominé par la notion d'hérédité, tantôt similaire, tantôt dissemblable et le caractère familial s'accuse dans plusieurs observations.

Dans plus du tiers des cas, ces petits asthmatiques sont en même temps des eczémateux : leur dermatose est localisée à la face, prurigineuse, non séborrhéique, rebelle à la thérapeutique. Elle disparaît brusquement sous l'influence d'un changement d'air ou d'une thérapeutique violente pour laisser place a une effroyable crise d'asthme. Désormais, les manifestations cutanées disparaissent et l'enfant est devenu un asthmatique pur ; son état peut s'améliorer progressivement, mais il peut aussi persister indéfiniment à l'âge adulte.

Suite de l'enquête sur les enfants à La Bourboule. — MM. Hallé et Ferreyroles, continuant leur enquête sur les enfants de l'Assistance publique hospitalisés à l'hôpital thermal de la Bourboule, exposent les résultats éloignés des cures concernant les enfants atteints de différentes affections pulmonaires.

Dans les adénopathies trachéo-bronchiques, on observe toujours une amélioration importante de l'état général, mais les lésions radiologiques restent souvent inchangées.

Chez les enfants atteints de bronchites à répétition, les résultats sont plus nets encore et se traduisent par l'espacement ou la disparition des accidents pulmonaires ; il faut d'autre part insister sur le caractère antithermique de la cure en pareil cas.

Les résultats sont également excellents dans les anémies simples et chez les convalescents ; on note toujours une augmentation importante de poids, soit pendant la cure, soit dans les mois suivants.

Il est bon d'envoyer ces enfants faire leur cure dès l'âge de deux ou trois ans ; si les résultats favorables ne se manifestent pas dès la première année, une deuxième cure donnera presque toujours l'amélioration souhaitée, mais en cas d'inefficacité de cette dernière, il sera inutile de prolonger plus longtemps le traitement.

Un cas de lymphoblastome. — MM. Debré, Rœderer et Mlle Jammet.

Sténose pylorique du nourrisson guérie après trois interventions. — MM. Monod, Marie et Mallet.

Ictère infectieux avec pneumococcémie. — MM. P. Lereboullet, Lelong, Roudinesco et J. Bernard.

La roentgenthérapie des adénoïdes. — MM. R. Clément, Gibert et Clenet pensent que la radiothérapie est un moyen précieux pour décongestionner et diminuer le volume des végétations, lorsque l'ablation chirurgicale des végétations est contre-indiquée en raison du jeune âge de l'enfant, de l'infection perpétuelle du cavum, d'un état hémorragipare ou de la tuberculose. L'amélioration fonctionnelle est en général rapide et parfois définitive.

Avec une technique prudente et bien réglée, la rœntgenthérapie est inoffensive et efficace dans les deux tiers des cas. Elle donne également de bons résultats chez les enfants opérés à plusieurs reprises et conservant une suppuration persistante du cavum.

Pleurésie purulente du nourrisson. — M. Weill-Hallé et Mlle Lautmann.

Valeur de la percuti-réaction tuberculinique. — Mlle G. Dreyfus-Sée a expérimenté la percuti-réaction tuberculinique (friction cutanée avec une goutte de tuberculine) chez 416 enfants et a constaté sa parfaite concordance avec la cuti-réaction faite par le procédé classique. La simplicité de cette méthode, dont la sensibilité paraît suffisante, en fait un procédé de choix pour le dépistage de la tuberculi-

sation des collectivités infantiles, et en particulier des collectivités scolaires.

Tuméfaction isolée du maxillaire inférieur chez un nourrisson de 7 mois. Guérison par le traitement spécifique. — MM. Ch. RUPPE et Georges SÉE.

Ictère congénital par malformation des voies biliaires. — MM. MARQUÉZY, RAMBERT et Mlle GAUTHIER-VILLARS.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 18 MARS 1938

Sur la régression spontanée du cancer et l'immunité anticancéreuse. — M. RUBENS-DUVAL. Des faits, observés chez l'homme, de régression du cancer, soit spontanée, soit provoquée par une intervention chirurgicale incomplète, et suivis de guérison apparente et de longue durée, ou réelle et définitive, l'auteur rapproche les faits d'immunité anticancéreuse obtenus expérimentalement. Il rappelle les expériences de Besredka et de ses collaborateurs, où une immunité anticancéreuse spécifique est acquise après résorption de greffes épithéliomateuses intracutanées, et celles de Peyron, Pommeau-Delille et Lafay, où l'immunité contre les tumeurs provoquées par le virus de Shope survient aussi à la suite de la résorption de telles tumeurs sous l'influence de l'administration de colchicine. Il semble maintenant bien établi que la résorption de cellules cancéreuses est, dans certaines conditions, un facteur d'immunité spécifique, d'où l'intérêt des traitements susceptibles de provoquer cette résorption et cette immunité.

Ostéomyélite atypique à localisations multiples, secondaire à une arthrite suppurée métacarpo-phalangienne. — MM. FRANÇAIS et BOUROULLEC.

Les infiltrations analgésiques dans les rhumatismes chroniques. — M. Raphaël MASSART a traité un nombre important de rhumatismes chroniques en agissant sur les articulations douloureuses, soit par infiltration du ganglion sympathique, soit par injection, dans les tendons douloureux, soit par injection intra-artérielle. En agissant sur les ganglions sympathiques, on fait cesser les contractures douloureuses, on redonne à l'articulation de la mobilité, on met le malade en état de tirer bénéfice de tous les traitements physiothérapiques devenus inopérants. En vérifiant chez ces malades la courbe oscillométrique, on s'assure de l'efficacité de l'infiltration. En agissant sur les insertions osseuses des tendons et des ligaments, on permet une mobilisation active que la douleur n'entrave plus. Il importe de savoir que, pour chaque articulation, quelques insertions sont seules douloureuses et qu'ainsi leur infiltration élective dispense des infiltrations péri-articulaires diffuses, quelquefois inefficaces. En agissant sur le système capillaire par l'injection intra-artérielle, on fait tomber les œdèmes, les cyanoses, on libère des articulations peu mobiles, et ceci rapidement. Ces méthodes combinées apparaissent comme de grands progrès dans le traitement des rhumatismes chroniques.

Volvulus du caecum. — MM. MASMONTEIL et MINVIELLE.

Considérations pratiques à propos de cas récents de corps étrangers broncho-œsophabiens. — M. GUISEZ présente les observations de vingt malades chez lesquels il a enlevé dans ces derniers temps des corps étrangers bronchiques ou œsophagiens par la bronch-œsophagoscopie. Parmi les corps étrangers bronchiques figurent un corps situé dans une ramification bronchique inférieure (anche de trompette), un noyau de cerise, une perle de verre et une bouchée alimentaire logée dans la branche principale. Dans les corps œsophagiens, les os et les arêtes sont les plus fréquents. L'auteur insiste sur la gravité toute spéciale des petits os, qui perforent la paroi œsophagienne et amènent rapidement des complications médiastinales fatales si l'intervention n'est pas faite à temps. L'auteur montre l'utilité de son brise-os quand celui-ci est enclavé. Au point de vue fréquence, viennent ensuite les dentiers, dont l'extractions est toujours malaisée, en particulier le passage au niveau du chaton cricoïdien. Grâce à son tube dilatateur ovalaire, l'auteur n'a eu aucun échec dans une quarantaine de dentiers extraits dans ces dix dernières années.

SÉANCE DU 20 MAI 1938

A propos des hystérectomies vaginales. (Communication de M. SÉJOURNET.)

M. BLANC pense que les indications des hystérectomies vaginales sont très limitées et ne doivent s'appliquer qu'à des cas particuliers bien étudiés, dans des conditions nettement déterminées. La voie basse doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels la voie abdominale est contre-indiquée.

M. HALLER considère l'hystérectomie vaginale comme une excellente opération, mais exceptionnelle. Il réserve ses indications dans la forme septicémique de l'infection puerpuérale comme traitement local à faire en même temps que le traitement général de toute septicémie, et dans certains prolapsus de troisième degré comme opération complémentaire à l'opération de Le Fort ou de Muller.

M. PAPILLON reste partisan de l'hystérectomie vaginale, sauf dans les cas où l'examen des annexes ou de l'appendice rend la voie haute nécessaire. Il conseille l'intervention simple, rapide, non shockante avec pinces à demeure. Le cancer du corps, les métrorragies douteuses de la ménopause constituen. souvent des indications de l'hystérectomie vaginale.

M. DIAMANT-BERGER présente l'observation d'une septicémie puerpuérale à tétragène, opérée précocement par une vaginale rapide et facile, et guérie. Mais, dans les suites, il dut réintervenir pour libérer une adhérence épiploïque incluse dans la cicatrice, qui déterminait un syndrome très spécial de douleurs gastriques et de nausées au cours du coït.

M. Et. BERNARD insiste sur les métrorragies d'oigine ovarienne. Il pense que ces cas ne relèvent pas d'hystérectomie, même vaginale, mais du traitement purement médical. Ici, c'est l'ovaire qui est malade et non l'utérus ; il est donc rigoureusement physiologique d'agir sur l'ovaire. Le chirurgien ne doit pas être humilié de chercher à éviter toute intervention qui n'est pas rigoureusement indispensable.

Trois observations de fibromes irradiés. — M. ROULLAND fait un rapport sur un travail de M. Robert Kauffmann (de Paris).

La résection de la bandelette ilio-tibiale et fascia lata dans le traitement des lombalgies et des névralgies sciatiques. — MM. Raphaël MASSART et G. VIDAL-NAQUET présentent deux observations de troubles douloureux à irradiation sciatique ayant résisté depuis plusieurs années à toutes les thérapeutiques, qu'ils ont traités par une intervention simple consistant dans une résection de la bandelette ilio-tibiale. Dans les deux cas, les douleurs ont cessé rapidement. Cette opération, décrite por Frank Ober (de Boston), et dont il a publié 42 cas, mérite de retenir l'attention.

A propos de la technique de l'hystérectomie vaginale. — M. Pierre LE GAC. Présentation d'un film.

Technique de Surraco pour la reposition du rein. — M. P. LE GAC présente un film chirurgical montrant la technique de reposition du rein, proposée par Surraco, de Montevideo, modifiée par Marion. Elle consiste à créer deux languettes capsulaires, à les transfixer à leur base par un fil de lin, à prendre dans le nœud les languettes repliées sur elles-mêmes ; les deux fils antérieurs sont passés au-dessus, les fils postérieurs au-dessous de la 12e côte ; ils sont noués ensemble. On termine en constituant un hamac sous-rénal. Trois semaines de lit sont indispensables pour assurer la solidité de la néphropexie.

SÉANCE DU 3 JUIN 1938

Contribution au traitement des luxations anciennes de l'épaule. — M. R. MASSART. Rapport sur une observation de M. Benoist (de Luzy, Nièvre).

Lipome périostique semi-annulaire du tiers supérieur du radius. — M. LAURENCE. Rapport sur une observation de M. Armingeat.

Réflexions sur le traitement de quelques tuberculoses externes. — M. RŒDERER. Rapport sur un travail de M. Kauffmann (de Paris).

Arthrite déformante de la hanche chez une femme de 52 ans, échec partiel du forage, amélioration complète après ostéotomie et butée complémentaire. — M. René CHARRY (de Toulouse) présente l'observation d'une malade atteinte d'une coxarthrie avec mauvais appui et attitude vicieuse. Dans un premier temps, l'auteur pratique un forage avec introduction d'os mort perforé. Le résultat ayant été incomplet, quelques mois après l'auteur fait une butée, largement étoffée, complétée par une ostéotomie de dérotation. Excellent résultat.

Agents d'ostéosynthèse et corrosion. — M. MASMONTEIL, voyant ses recherches électro-chimiques et métallographiques confirmés par MM. Perves et Damany, croit devoir attirer l'attention sur des accidents exceptionnels qu'on peut observer même avec une prothèse fabriquée avec un alliage choisi. Ces accidents tiennent parfois à une altération du polissage, pour les plaques, ou à un mauvais polissage pour la partie filetée des vis. Il se produit des phénomènes de corrosion qui sont le point de départ d'ostéite éburnante, proliférante, ostéolysante ou nécrosante. Masmonteil pense que ces accidents disparaîtraient si on choisissait les pièces de prothèse une à une, après les avoir laissé séjourner dans une solution de sérum hyper-tonique. Tous les agents d'ostéosynthèse altérés, seraient rejetés impitoyablement. Ce procédé, plus simple que l'étude électro-galvanique, semble présenter les mêmes avantages.

Un cas de tumeur bénigne de l'estomac. — M. BOVIER.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

SÉANCE DU 27 MAI 1938

L'amputation abdomino-périnéale élargie dans le traitement des cancers du rectum, par MM. DUCUING et GRIMOUD.

Après avoir présenté 3 cas, les auteurs montrent que ces interventions sont graves ; en outre, elles peuvent être rendues difficiles par l'adiposité du sujet, l'étendue du cancer et par le fait que le chirurgien est souvent mis dans la nécessité d'improviser la technique de l'exérèse élargie. Cependant les indications de l'abdomino-périnéale élargie sont certaines ; ce sont : chez la femme l'atteinte de l'utérus ou du vagin, chez l'homme celle de la prostate ou des vésicules séminales, dans les deux sexes l'envahissement du Douglas.

Iléite régionale aiguë, par RAYMOND DIEULAFÉ.

Il s'agit d'une femme de 29 ans qui présentait cliniquement une appendicite, mais à l'intervention on trouva une anse grêle enflammée et un appendice sain. La température demeura à 40° pendant les 8 jours qui suivirent l'intervention ; quelques selles diarrhéiques ayant apparu, on pensa à une typhoïde, mais le séro-diagnostic fut par deux fois négatif. Le diagnostic d'iléite régionale est porté. M. Dieulafé termine en insistant sur l'utilité de mieux connaître cette affection nouvelle en France, mais déjà connue à l'étranger par de nombreuses publications et il essaie de classer les différentes inflammations segmentaires non spécifiques du jéjuno-iléon.

Primauté de l'extension transosseuse à la Kirschner, par M. RIEUNAU.

L'auteur présente cinq observations accompagnées de nombreux clichés radiographiques qui illustrent la supériorité de l'extension transosseuse de Kirschner. Il propose pour le traitement des fractures diaphysaires, en particulier au niveau de fémur, l'utilisation de deux broches, soit conjuguées à un étrier spécial, soit séparées, mais qui permettent non seulement l'extension, mais aussi une action sur la direction du fragment de la fracture.

Quelques cas d'artériographie, par M. PAUL DAMBRIN.

L'auteur en présente une série correspondant à des cas d'artérites séniles, d'embolies artérielles, d'anévrise artériel, de tumeur des parties molles. A ce propos, il rappelle les avantages et les inconvénients de la méthode et montre quelques-uns des renseignements précieux fournis par ce moyen d'exploration qui permet de poser avec précision certains actes thérapeutiques, artériectomie, sympathectomie poplitée en particulier.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

SÉANCE DU 17 MAI 1938

M. LACAISSE présente un petit patient de 6 ans atteint de malformations **maxillaires importantes** dues à l'action dystrophique d'une hérédo-spécificité régulièrement traitée, et consistant dans une atrophie des maxillaires supérieurs et inférieurs du côté gauche, entraînant une déviation vers le côté malade, avec une grosse béance incisive.

M. MARTIN montre le moulage d'un maxillaire inférieur appareillé en 1932 avec une prothèse modelante.

M. FRIEZ. — « **A propos des Rhizalyses trophiques** ». — Rappelle le cadre actuel de ces lésions radiculaires et rapporte une observation personnelle. Certains travaux américains récents, semblent rattacher ces rhizalyses à des troubles endocriniens. Il émet alors l'hypothèse que l'étude de ces lésions dentaires mériterait d'être envisagée parallèlement avec celle des ostéolyses, les unes et les autres relevant de lésions trophiques peut-être analogues.

M. LUCIANI expose un essai d'interprétation psychanalytique de l'**Angoisse dentaire.**

L'auteur, se basant sur les travaux de MM. les prof. H. Claude et Lévy-Valensi, distingue l'anxiété sentiment, de l'angoisse sensation. Il considère deux formes d'angoisse dentaire, la forme lipothymique et la forme phobique. La première caractérisée par une défaillance brusque, sans anxiété préalable apparente, est généralement observée chez les hommes. La seconde caractérisée, au contraire, par une anxiété apparente et bruyante et dont l'angoisse ne

s'accompagne jamais de défaillance, est surtout l'apanage des femmes.

L'étiologie de l'angoisse dentaire est l'étiologie de toutes les angoisses. L'hérédité n'est pas directe, mais il existe un terrain anxieux constitutionnel, angoisse flottante (Claude et L. Valensi).

PRATIQUE MÉDICALE

DU TARTRE CALIBÉ AU GLOBINOFER

par le docteur N. Quénée (1)

Les travaux de Fontès et Thivolle ont montré que, seul, le fer ionisable par l'acide chlorhydrique du suc gastrique est directement absorbé pour la reconstitution de l'hémoglobine.

Ces auteurs ont montré qu'on pouvait associer fer ionisable et globine en une globine ferrique, immédiatement ionisable par le suc gastrique acide. De même on pouvait donner le cuivre et le manganèse sous forme de globines cuprique et manganique stables.

C'est ainsi que l'on est arrivé à associer les éléments constitutifs de l'hémoglobine sous des formes directement assimilables ; d'une part les constituants organiques : globine, acides aminés (tryptophane et histidine) ; d'autre part les métaux nécessaires sous forme de leur association à la globine.

Des travaux de Fontès et Thivolle est donc né le globinofer, combinaison équilibrée — comme son nom l'indique — des éléments constitutifs de l'hémoglobine ou nécessaires à son élaboration.

(1) *Bulletin médical*, Paris, n° 43, octobre 1937.

L'expérimentation a montré la supériorité du globinofer, médication complète, sur les médications hématopïétiques incomplètes telle que l'hépatothérapie par exemple, qui n'introduisent dans le corps qu'une partie des éléments nécessaires.

Les indications du globinofer sont donc très étendues : toutes les anémies primaires ou secondaires, chloroses, les carences de fer, de cuivre ou de manganèse, les carences d'acides aminés et surtout les cas qui se présentent tous les jours dans la pratique médicale : les enfants fatigués par le surmenage scolaire, les suites de grippe ou de rougeole, les anémies des opérés (particulièrement de ceux qui ont été opérés d'une affection en rapport avec une carence d'acides aminés, ulcère gastrique par exemple), les anémies liées aux premières menstruations et sur lequel insiste tant l'entourage des jeunes malades et tant d'autres cas.

Une autre indication enfin est la grossesse et surtout dans les milieux peu fortunés, car la forme comprimés, toujours très bien acceptée aussi bien par les adultes que par les enfants, est très maniable et peu onéreuse.

LIVRES NOUVEAUX

Etude des causes de mort des nourrissons de la crèche des enfants. Malades antérieurs à leur entrée, par le docteur Denise Boulanger. Paris, Amédée Legrand, 1938.

Les documents recueillis pendant deux années à la crèche des Enfants Malades ont permis à l'auteur d'étudier 195 cas de décès rapides survenus dans les trois jours ayant fait suite à l'entrée. Elle étudie avec un sens critique très sûr les conclusions qu'on peut tirer de l'état du malade

à son entrée, du moment auquel est survenu le décès ; elle cherche à en élucider l'étiologie et compare l'évolution survenue dans chaque cas avec le pronostic qui avait été porté à l'entrée. Sur 195 cas, le décès pouvait 67 fois être considéré comme inévitable.

Le nombre de semblables cas lui suggère un certain nombre de conclusions, quant aux précautions nécessaires au point de vue médical et au point de vue social.

L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

MALADIE DE BASEDOW (1)

Signes — Diagnostic — Indications thérapeutique

— Tel se présente, dans ses grandes lignes, l'aspect clinique habituel d'un goitre exophtalmique typique.

La diversité des manifestations auxquelles il donne lieu s'explique par la complexité des facteurs lésionnels susceptibles de l'engendrer.

Les travaux modernes qui ont étudié ces faits, tant par leur côté clinique et humoral, que du point de vue expérimental, tendent à voir dans le syndrome de Basedow un *complexe endocrino-sympathique*, où s'associent :

Une hypersécrétion glandulaire : syndrome d'hyperthyroïdie ;

Un facteur neuro-végétatif : syndrome d'Amphotonie ;

Et très souvent un *facteur réactionnel dû aux autres glandes endocrines.*

Cliniquement du reste, les rôles de ces syndromes sont difficilement limités, car bien souvent ils associent leurs effets.

C'est par des examens para-cliniques qu'on peut en faire la preuve : les *tests* dont nous allons maintenant parler ne présentant d'ailleurs, dans cette forme typique et complète de Basedow, que des *éléments pronostiques*, leur étude et leur mesure répétées étant les *témoins évolutifs les plus sûrs.*

A. *Le métabolisme basal.*

Sa mesure, faite avec les précautions indispensables, rend compte du trouble profond du métabolisme général consécutif à l'hyperthyroïdie — du gaspillage calorique, avec augmentation des processus oxydants.

Encore qu'il donne lieu à des fluctuations inexpliquées, on peut dire que son chiffre est, quasi constamment, *très augmenté* dans le Basedow typique (75 p. 100 en moyenne au-dessus de la normale).

B. Différentes épreuves encore à l'étude peuvent, en des mains spécialisées, apporter leur concordance à l'appréciation de l'hyperthyroïdie.

Telles sont : *l'interférométrie, les tests électriques, le dosage de l'hormone thyréotrope hypophysaire dans l'urine.*

C. *Les tests pharmacodynamiques* habituels que sont :

L'*épreuve à l'atropine,*

L'*épreuve à l'adrénaline,*

mettent bien en évidence la dystonie neuro-végétative, que vient confirmer l'étude du *réflexe oculo-cardiaque.*

Très nets quant à leurs résultats dans le Basedow typique, ils ont surtout de l'intérêt dans les formes frustes, en tant que moyens diagnostiques, où nous les retrouverons.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 60, du 27 juillet, p. 974 ; n° 62, du 3 août, p. 1006.

EVOLUTION. PRONOSTIC

Un fait domine l'évolution du Basedow : la notion de *poussées.*

— Ces poussées évolutives, en général conditionnées par un incident génital (règles, accouchement), peuvent relever de causes banales (émotion, effort, maladie intercurrente).

Elles sont caractérisées par :

— Une augmentation de volume du goitre.

— Une exagération du tremblement — qui peut rendre le travail impossible.

— Une augmentation de la tachycardie, ce qui déclenche des troubles fonctionnels intolérables — parfois de véritables crises angineuses.

— Pour peu que l'épisode aigu persiste, peuvent apparaître des *signes de décompensation cardiaque.*

— Une accentuation des troubles psychiques.

Enfin :

— Une chute de poids importante,

— De la fièvre, de la diarrhée,

Et surtout :

— Une *augmentation du M. B.*

C'est dire que le pronostic général du syndrome pourra être porté à la longue, sur l'étude attentive de toutes ces manifestations, et que les *éléments majeurs* en sont :

— La fréquence, l'intensité, la durée des poussées.

— La courbe de poids et l'état d'hydratation.

— La courbe thermique.

— L'état cardiaque.

— Enfin la mesure du M.B.

1. *Dans les cas favorables :*

— Les poussées s'espacent, le goitre rétrocède et *durcit*, le poids se maintient, ainsi que le taux du M.B.

— Une réserve cependant à toujours faire : *la possibilité de récidives.*

— C'est dire que ces malades doivent rester longtemps sous surveillance.

— Certes, il y a de nombreux cas de complète guérison — mais la disparition *totale* des signes de la maladie reste néanmoins relativement peu fréquente. L'essentiel est de pouvoir rendre à la vie normale une malade jusque-là incapable de travailler, et on peut parler de « succès thérapeutique » lorsque le sujet est devenu capable de vaquer normalement à ses occupations, de mener à bien, sans difficulté, une ou plusieurs grossesses — bien que persistent quelques reliquats de l'état antérieur (troubles nerveux surtout), indiquant la persistance d'un processus toxique léger.

2. *Dans les autres cas :*

Trop tardivement traités — ou insuffisamment — le pronostic est infiniment plus sombre :

a) *Soit que l'intoxication progresse.*

Le trouble métabolique s'accroît, et lors des poussées, dont la fréquence augmente, s'affirment des troubles de la glyco-régulation et du métabolisme azoté : l'amaigrissement progresse rapidement, entretenu par des vomissements incoercibles, des crises de diarrhée profuse, avec albuminurie, glycosurie ; une véritable *cachexie* s'installe, à laquelle le malade succombe.

Cette évolution est, en fait, rare actuellement.

b) Il est beaucoup plus fréquent de voir survenir une *complication.*

(*A suivre.*)

G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 65. — SAMEDI 13 AOUT 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital-Fondation de Rothschild (15, rue Santerre, Paris (12e arr.). — Par décision du Conseil d'administration de la Fondation, un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin, chef du service de médecine générale, à l'hôpital Rothschild.

Les candidats devront être Français. Ils présenteront les divers titres qu'ils ont à faire valoir : titres militaires et universitaires, mentions obtenues aux concours, résumé des travaux scientifiques, noms des sociétés savantes auxquelles ils appartiennent.

Les dossiers ainsi constitués devront être adressés au Directeur de l'hôpital pour le 15 septembre prochain.

Dispensaires. — Un concours sur titres est ouvert pour recruter un médecin « spécialisé » (ne faisant pas de clientèle) chargé du service des Dispensaires antituberculeux du Comité d'Hygiène sociale et de Défense contre la Tuberculose de la Creuse. En outre, ce médecin sera appelé à assurer le service du Préventorium de Grancher, actuellement en construction aux environs de Guéret.

Les conditions de participation à ce concours, de nomination et de rémunération (38.000 à 46.000 francs) sont celles prévues au Règlement intérieur des dispensaires antituberculeux. Toutefois, lorsque ce médecin prendra le service du Préventorium, il sera logé dans l'établissement, éclairé et chauffé, et recevra en moins, à partir de ce moment, une somme de 10.000 francs, représentant les avantages en nature ci-dessus.

Il lui sera alloué, d'autre part, une indemnité forfaitaire de 20.000 francs pour ses frais de déplacement.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 31 octobre 1938.

Faculté de médecine de Paris. — M. Clovis Vincent, médecin des hôpitaux de Paris, est nommé professeur de neuro-chirurgie à la Faculté de médecine de Paris. (Chaire nouvelle.)

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. *Commandeur :* M. Guinard, directeur du Sanatorium de Bligny (Seine-et-Oise), vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose.

Guerre. — M. le médecin général Péloquin, directeur du S. S. de la troisième région, est placé dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire.

Congrès médical international du Vin. — A Lisbonne, à la Faculté de médecine, se tiendra du 15 au 23 octobre prochain, le deuxième Congrès International Médical pour l'étude scientifique du Vin et du Raisin.

Ce Congrès sera présidé par le professeur Portmann, de la Faculté de médecine de Bordeaux, sénateur de la Gironde.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Le vin et le raisin dans les maladies infectieuses aiguës.* Rapporteurs : Dr Weissenbach, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, et Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des Hôpitaux de Paris.

2° *Le rôle physiologique du raisin et du vin dans le métabolisme humain.* Rapporteurs : Dr Mario Rosa, assistant à la Faculté de médecine de Lisbonne.

3° *Le vin, le vinisme et l'alcoolisme*. Rapporteur : Professeur Puntoni, assistant à l'Institut de Physiologie humaine à Rome.

Toutes les informations relatives à ce Congrès peuvent être obtenues en s'adressant au Dr Heitor de Fonseca, inspecteur général des Services d'hygiène, ministère de l'Intérieur à Lisbonne, secrétaire général du Congrès, ou au Dr Eylaud, 119, rue Frère, à Bordeaux, secrétaire général du Comité médical international pour l'Etude scientifique du Vin et du Raisin.

Enfin, pour le prix du voyage et des excursions ainsi que pour le séjour dans les hôtels, tous les renseignements seront fournis par la Compagnie Internationale des Wagons-Lits, 87, rua do Carmo, à Lisbonne.

CHRONIQUE

RÉUNION MÉDICO-PHARMACEUTIQUE DE LIMOGES POUR LA FAMILLE ET LA NATALITÉ

(Dimanche 25 septembre 1938)

A l'occasion du prochain Congrès national de la Natalité, à Limoges, sous les auspices de *Médecine et Famille*, de l'Association des pharmaciens pères de familles nombreuses, du Caducée limousin (Médecins limousins à Paris), d'un très grand nombre de personnalités médicales du Limousin et de toutes régions limitrophes, des syndicats médicaux et des associations médicales et pharmaceutiques, sous le patronage du professeur d'Arsonval, du professeur Paul Carnot, du docteur Marcland directeur de l'Ecole de médecine de Limoges, des professeurs de l'Ecole, du docteur Hervy, se tiendra à Limoges, le dimanche 25 septembre, une réunion médico-pharmaceutique, où tous les médecins et pharmaciens des régions comprises entre Loire et Garonne sont invités.

Aucun de nous ne peut plus rester indifférent aux questions concernant la famille et la natalité, d'où dépendent l'avenir du pays et l'avenir de notre civilisation. Chaque praticien tiendra à adresser quelques notes sur son observation personnelle, sur les questions démographiques dans sa région, sur la lutte contre l'avortement et sur toute question se rapportant à ces questions. Les premiers résultats du Legs Fougerat (allocations familiales aux paysans de deux cantons de la Charente) seront étudiés. Dès maintenant, sur toutes ces questions sont parvenus des faits précis recueillis par des confrères des campagnes ou des villes.

Aucune cotisation n'est requise. Une séance de travail aura lieu le matin, à 9 heures, à l'Ecole de médecine de Limoges, et un déjeuner familial aura lieu à 13 heures en l'honneur des familles médicales et pharmaceutiques.

Nous ne pouvons faire mieux que de publier l'appel du professeur Paul Carnot à ses confrères du Limousin et de toutes régions limitrophes entre Loire et Gironde.

APPEL DU PROFESSEUR CARNOT A SES COMPATRIOTES

« Je regrette de ne pouvoir assister à la réunion de « Médecine et Famille » qui aura lieu le 25 septembre à Limoges, à l'occasion du *Congrès national de la Natalité*, mais je voudrais que mes confrères et compatriotes de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse y viennent nombreux et ardents.

« L'Assemblée française de Médecine générale, dont j'ai le grand honneur d'être président, et qui s'efforce de grouper en une vaste famille les médecins des diverses régions de France, a fait, lors de ses assises de 1937 sur le problème de la natalité, tous ses efforts pour soutenir l'œuvre de « Médecine et Famille », dont le président est mon éminent ami, le chirurgien Labey, père lui-même de famille nombreuse.

Notre Secrétaire général de l'A.F.M.G., le docteur Godlewski, après nos assises sur la natalité, a porté la question devant l'Académie de médecine. Une commission d'étude a été nommée, qui a fait siens les projets de M. Boverat, président de la Ligue contre la dénatalité, et l'Académie a voté un texte formel qui peut et *doit aboutir*.

« Le Sénat, sous l'impulsion de M. Pernot, et après un très beau discours de celui-ci, a pris également position, sentant l'importance *nationale* de la question. Il est indispensable que nous soutenions et encouragions les confrères qui prêchent d'exemple et dont la famille est un argument puissant pour indiquer aux indécis où est le Devoir.

« Il est indispensable aussi que le médecin, qui *sait* quel péril mortel fait courir à la France la chute de la natalité, véritable *suicide de notre race*, s'associe à une campagne de salut public et montre à ceux qui ont confiance en lui que la seule façon de se survivre après une vie éphémère est de transmettre à des générations nouvelles l'esprit et la vigueur des Français.

« Il est indispensable aussi de ne pas séparer la question de la natalité de la question connexe du dépeuplement des campagnes, qui s'accélère avec une effrayante rapidité ; c'est en effet le paysan qui peut le plus et le mieux élever des enfants. Mais il faut l'aider réellement et efficacement, de telle sorte que de créer une famille nombreuse soit pour lui, comme jadis, un avantage au lieu d'être un malheur.

« Il faut que les allocations familiales soient étendues largement aux agriculteurs, aux travailleurs indépendants, aux professions libérales, au corps médical et pharmaceutique ; il faut aussi que les régimes de retraites prévues soient proportionnés au nombre des enfants, aux soins et à l'argent qu'ils lui ont coûté, pour le plus grand profit de l'Etat.

« Ce sont là des vœux que nous avons exprimés. Il faut aussi, pour l'élite de la nation, des encouragements réels et palpables, qui tendent à constituer une sélection intellectuelle et morale.

« Les médecins doivent, ici comme en tout, donner l'exemple, et cet exemple sera fécond, car c'est celui de la meilleure des élites... »

Adressez votre adhésion et vos communications au Secrétariat de *Médecine et Famille*, 84, rue de Lille, à Paris (7e).

NÉCROLOGIE

— Le médecin lieutenant-colonel Fauqué, à Bordeaux.
— Le docteur Bonier, à Sancellemoz.
— Le docteur Gros, à Apt.
— Le docteur Marion, à Arles.
— Les docteurs Pezet et Redon, à Montpellier.
— Le docteur Vennes, à Béziers.
— Le docteur Virenque, à Rodez.
— Le docteur Charles Guay, à Azay-le-Rideau.
— M. Raoul Missir, médecin sanitaire maritime, décédé en mer à bord du *Chella*.
— M. Laborie, à Carlux (Dordogne).

REVUE GENERALE

ESSAI de CLASSIFICATION des INFLAMMATIONS LOCALISÉES ET NON SPÉCIFIQUES DE L'INTESTIN GRÊLE : JÉJUNO-ILÉITES SEGMENTAIRES

Par M. RAYMOND DIEULAFÉ
ancien chef de clinique chirurgicale
(Toulouse)

L'intestin grêle, un des viscères les plus essentiels de tout l'organisme et aussi des plus exposés à l'infection et à toutes sortes d'irritation, a une pathologie assez pauvre et mal connue. Si on élimine en effet les affections congénitales et parmi elles tout ce qui se rattache à la pathologie du diverticule de Meckel, les syndromes tels que invagination, torsion et rétrécissement qui ne constituent pas des entités pathologiques, on s'aperçoit qu'il reste à étudier les tumeurs et les inflammations. Laissant volontairement de côté les premières, nous ne nous proposons d'étudier ici parmi les inflammations, que les formes localisées ayant un intérêt chirurgical ; encore restreignons-nous leur cadre en ne reprenant pas l'étude classiquement connue des infections spécifiques de l'intestin grêle, à savoir la tuberculose, la syphilis, la dysenterie, et la typhoïde.

Autrement dit, nous souhaitons classer les lésions inflammatoires segmentaires, ou très localisées dues à des germes banaux ou non précisés. Nous pensons qu'il y a là un groupe de faits anatomo-cliniques mal connus au moins en France et qui pour cette raison échappent aux chirurgiens, alors qu'ils auraient l'occasion de les observer. La communication récente de Capette et Boutron, va sans doute modifier cet état de choses. Nous avons l'impression que personnellement nous avons par deux fois commis cette erreur, faute d'être suffisamment averti (1). Ayant passé en revue les affections plus ou moins rares qui peuvent frapper le jéjuno-iléon, nous appuyant sur les opinions de Tavernier et de Moulonguet, nous retenons dans cette étude les entérites segmentaires, les phlegmons de l'intestin, les ulcères non peptiques, les infarctus. Ce sont là des lésions de même famille ou même plutôt des formes d'une même maladie » (Tavernier) ; c'est en somme à la justification ou à la condamnation de cette dernière opinion que doit nous conduire le présent travail.

Etiologie. — En rappelant les principaux traits de ces quatre groupes pathologiques, nous insisterons surtout sur les notions étiologiques qui sont la clef du problème. Hâtons-nous de dire qu'elles sont encore très précises et que se basant sur elles, nos conclusions n'auront qu'une valeur provisoire. Nous suivons un ordre de difficulté croissante allant des affections les plus étudiées aux formes moins connues.

INFARCTUS DE L'INTESTIN GRÊLE. — Notre tâche est ici particulièrement facilitée par les très nombreuses publications faites dans ces dernières années, sur cette curieuse affection. Le rapport au Congrès de Chirurgie (1935) d'Ameline et Lefebvre fait le point des différentes causes invoquées par les auteurs au rang desquelles se trouve l'infection. Polya (1905), Souligoux (1909), Lagane, Mitchell (1923), Moure (1928), Lapointe (1929), Dargein et Plazy (1930), Moulonguet (1931), Tavernier (1931), Dénéchau (1933) ont rapporté des cas où l'infarctus semble attribuable à l'infection.

Moulonguet en explique la pathogénie de deux façons : tantôt et le plus fréquemment sans doute, par suite de lésions vasculaires ascendantes, thrombose veineuse et même artérielle, tantôt sans lésion vasculaire, par la marche gangréneuse de l'entérite primitive (entérite ulcéreuse segmentaire de Lecène). De cette explication il faut surtout retenir comme infarctus d'origine infectieuse ceux qui se produisent par le second mécanisme. En effet, l'infarctus par thrombose des vaisseaux mésentériques même si celle-ci est d'origine infectieuse ne représente qu'une conséquence indirecte de l'infection. Mais on peut se demander jusqu'à quel point les lésions produites par la marche gangréneuse de l'entérite se rattachent à l'infarctus hémorragique ; ne se rapproche-t-on pas plutôt de l'infarctus blanc que l'on tend à considérer comme une forme bien différente de l'infarctus proprement dit ? De plus, pourquoi n'observe-t-on pas plus souvent d'infarctus dans les infections intestinales, en particulier dans la typhoïde ?

Le facteur vasculaire thrombose ou trouble vasomoteur, semble bien rester l'élément pathogénique essentiel de l'infarctus (Grégoire).

Comme concluent Ameline et Lefebvre, l'infection n'intervient dans l'infarctus que secondairement lorsque les microbes ont franchi la barrière muqueuse ; ils modifient considérablement alors l'état des lésions, à condition pourtant que le malade ne soit pas mort de l'évolution suraiguë ordinaire de ce syndrome ou qu'il n'y ait eu rétrocession rapide du trouble vasomoteur amenant la guérison spontanée. En terminant les auteurs du rapport écrivent : « Si donc l'infection par voie vasculaire ou par effraction directe explique certains aspects histologiques de l'infarctus, ainsi que toute son évolution clinique, nous n'apercevrons pas encore par quel mécanisme elle pourrait le provoquer directement. »

ULCÈRES NON PEPTIQUES DU JÉJUNO-ILÉON. — Mis à part, l'ulcère peptique du jejunum qui est une création quasi expérimentale puisqu'il ne survient que comme complication de la gastro-entérostomie, l'intestin grêle peut présenter deux ordres de lésions ulcéreuses : l'ulcère simple comparable à l'ulcus gastro-duodénal, les ulcérations d'origine toxi-infectieuse.

Ulcère simple du jéjuno-iléon. — Il est classique de le définir en éliminant les ulcérations qui ne relèvent ni de l'action d'un microbe spécifique, ni de l'action locale d'aucun agent chimique, ni d'un processus néoplasique, ni enfin d'un taumatisme localisé. L'ulcère simple s'individualise, même si l'origine est différente, par le type des lésions, par une évolution progressivement destructive jusqu'à la perforation, mais

(1) Nous venons de publier une de ces observations à la Société de Chirurgie de Toulouse (27 mai 1938).

parfois sténosante quand l'ulcère est induré ou calleux. A s'en tenir à cette définition étiologique et clinique, il semble que l'on pourrait considérer comme ulcère simple l'ulcère unique et chronique. En réalité certains auteurs et en particulier Caby reconnaissent à l'ulcère simple une forme aiguë. Pour prendre une base relativement solide nous pouvons admettre que l'ulcère simple du jéjuno-iléon est l'homologue de l'ulcus gastrique.

Cette comparaison nous permet-elle d'appliquer les conceptions pathogéniques formulées pour l'ulcère de l'estomac ? Le problème n'est pas le même : au niveau de l'estomac, il y a un milieu acide et pas de microbes, au niveau de l'intestin grêle le milieu est alcalin et il y a de nombreux microbes. Cependant dans certains cas où il y a hétérotopie de muqueuse gastrique au niveau de l'intestin, l'homologie est possible et l'étiologie de l'ulcère est relativement plus simple. En dehors de ces cas, d'après lesquels on ne saurait émettre une conception d'ordre général, le problème reste plus complexe et particulier à l'intestin grêle. Comme l'ont admis P. Duval, Gatellier, Roux et Moutier pour l'ulcère gastrique, l'infection joue certainement un rôle important dans l'évolution des ulcères ; il est moins facile de tracer la part qui lui revient dans leur détermination initiale. Les opinions sont contradictoires : il est très facile de le montrer en opposant ce que disent Oudard et Jean en 1925 et les conclusions de Caby en 1937.

Les premiers partisans de l'origine inflammatoire admettent le rôle prédisposant d'une fragilité particulière de la muqueuse, d'une dyscrasie, d'une intoxication de traumatisme, de la stase stercorale, de la stase veineuse, d'une hétérotopie histologique ; mais pour eux l'intervention d'un germe apporté par voie sanguine ou autre est vraisemblablement la cause directe de ces lésions. Caby, en lisant les observations d'ulcère simple du grêle, constate que bien des cas paraissent dépourvus de manifestations infectieuses ; en même temps les expériences basées sur les méthodes bactériologiques sont certainement celles qui ont donné le moins de résultat. « Il semble que la théorie microbienne soit loin d'expliquer tous les cas d'ulcère du grêle ; mais l'infection secondaire peut jouer un rôle important dans la pathogénie des ulcères chroniques en empêchant leur cicatrisation. »

Il nous paraît que les partisans de l'origine inflammatoire s'appuient sur des faits cliniques ou expérimentaux où au lieu d'ulcère simple proprement dit, il s'agit d'ulcérations souvent multiples qui pour n'intéresser qu'un segment intestinal se différencient par leur nombre et leur caractère évolutif et qui ne doivent pas être confondus avec l'affection qui nous occupe dans ce paragraphe.

C'est justement à la faveur de cette confusion que l'on a généralisé l'étiologie infectieuse à tout ce qui est perte de substance au niveau de la muqueuse intestinale. Nous pensons plus juste d'étudier plus en détail la pathogénie infectieuse à propos des ulcérations intestinales dites toxi-infectieuses. Il ne faut toutefois pas tomber dans l'excès inverse et négliger certaines observations d'ulcère simple typique où l'origine infectieuse paraît indéniable (Gale, Rufz et Bryan).

Ulcérations toxi-infectieuses. — Par dénomination même, il s'agit ici de lésions inflammatoires. Ce sont surtout des lésions de ce type que l'on obtient expérimentalement par des infections microbiennes. La question fut remarquablement exposée, en 1899, dans la thèse de Gandy. Cet auteur dans ses conclusions avait déjà exposé un certain nombre de faits : « L'iléon est le plus souvent atteint dans sa partie terminale, juxta-valvulaire. Les ulcérations simples des muqueuses peuvent être sous la dépendance immédiate d'une toxémie d'origine infectieuse ou autre. Le processus histologique qui leur donne alors naissance est celui de la nécrose hémorragique aiguë par voie vasculaire sanguine. Observées dès le début, ces lésions peuvent répondre aux types anatomiques suivants : Infarctus hémorragique, escarre, érosion hémorragique, exulcération de la muqueuse, enfin ulcération profonde à fond hémorragique ou escarrifié. »

Pour en rester sur le terrain purement étiologique, Gandy rapporte déjà plusieurs exemples démonstratifs : Juéry a observé au quinzième jour d'un érysipèle une quinzaine d'ulcérations près de la valvule iléo-coecale, de même Williams, Papellier, Desnouettes, au cours de la variole, Apert et Millau au cours d'infection urinaire.

Plus près de nous, il faut citer Renon et Blamoutier, Lancelin qui montrent le rôle du bacille de Morgan, Turck qui expérimente avec le colibacille, Bigger, Ghelfi, de Rouville et Roger, Rosenow, Paterson-Brown accusent le streptocoque grâce à des recherches expérimentales et anatomo-pathologiques dont Oudard et Jean tiennent compte dans leur description, Lemierre et Levesque rapportent un cas d'ulcération de l'iléon survenue après pneumococcie pulmonaire et qui contenait des pneumocoques dans ses parois.

Si l'étiologie semble pour ces ulcérations intestinales plus précise tout au moins pour ce qui est de l'origine infectieuse, on peut se demander si elles constituent une entité anatomo-clinique et si on peut les séparer des autres inflammations intestinales. Ce point ne saurait être résolu qu'après l'étude de celles-ci.

PHLEGMONS DE L'INTESTIN GRÊLE. — On peut les définir comme une infiltration particulièrement intense des tuniques intestinales avec ou sans pus, avec ou sans propagation au mésentère, avec réaction péritonéale séro-purulente diffuse ou localisée et siégeant sur un segment quelconque du jéjuno-iléon mais ayant une prédilection pour la partie supérieure du grêle.

L'aspect anatomique, l'évolution clinique avec signes généraux d'infection ne peut laisser de doute sur l'étiologie microbienne : le streptocoque a été le plus souvent invoqué. Reste à savoir ce qui favorise le développement du germe dans les parois de l'intestin grêle.

Hammer en 1923, Ostrowski en 1933, Gisbertz en 1936, Clark et Wright en 1937 se sont intéressés à la pathologie de l'entérite phlegmoneuse. Ils ont invoqué des troubles de l'innervation de la paroi, une insuffisance de la sécrétion gastrique (achylie) privant le contenu du grêle du pouvoir bactéricide du suc gastrique, des troubles de la circulation de la paroi par sclérose ou thrombose des veines du mésentère. Com-

me causes locales permettant la fixation du microbe dans l'épaisseur de la paroi, ils ont invoqué surtout une inoculation directe de la muqueuse grâce à un fragment acéré (os ou arête) restant accroché là où les valvules conniventes sont le plus développées, ce qui explique le siège à la partie initiale du grêle.

ILÉITE RÉGIONALE. — Crohn, Ginzburg, et Oppenheimer commencent ainsi la description de ce qu'ils nomment une entité clinique et pathologique : « Nous décrivons un trouble de la terminaison de l'iléon, frappant certains jeunes adultes, caractérisé par une inflammation subaiguë ou chronique nécrosante et sclérosante. L'ulcération de la muqueuse est accompagnée d'une réaction disproportionnée du tissu conjonctif des autres tuniques de l'intestin atteint, processus qui laisse fréquemment une sténose de la lumière intestinale, associée à la formation de nombreuses fistules. » D'après Crohn, cette entité doit être isolée du groupe imprécis des granulomes bénins de l'intestin grêle qui comprend toutes les lésions inflammatoires de l'intestin dont l'étiologie est inconnue ou attribuable à un agent extérieur inaccoutumé. Il est facile d'écarter de ce groupe en raison de leurs caractères étiologiques précis, les séquelles de hernie étranglée ou de traumatismes du mésentère, certaines tumeurs que l'on y faisait entrer, les lésions intestinales de la maladie de Hodgkin (Foulon et Busser, Vasant Khanolker).

On a souvent l'impression en lisant les observations de ces malades qu'il s'agit de tuberculose ou d'actinomycose de l'intestin.

De l'avis de Snapper, Pompen et Groen, l'iléite régionale est au moins autant de fois la cause de fistules dans la paroi abdominale du quadrant inférieur droit que ces deux autres affections.

Quant à l'étiologie exacte de l'iléite régionale, elle reste à trouver. On peut éliminer semble-t-il la tuberculose, la syphilis et la trichocéphalose. Klemperer n'a pas pu trouver le microbe causal. La réaction de Frey qui, faite parfois par analogie des lésions avec le rétrécissement du rectum, a toujours été négative. Le colibacille a été invoqué par Erb et Farmer, de même que les lamblias et les infections à protozoaires par Barbour et Stokes et le streptocoque ou les bacilles dysentériques par Brisgard et Henske et surtout par Felsen et Gorenberg qui en ont observé de nombreux cas au cours d'une épidémie de dysenterie bacillaire. Les causes favorisantes qui ont été invoquées sont l'achylie gastrique, conception que nous avons déjà trouvée à propos des phlegmons de l'intestin ; en réalité les recherches de Snapper dans quatre cas lui ont montré une acidité gastrique normale. La présence de cellules géantes à corps étrangers dans certaines coupes a permis de penser que la pénétration des corpuscules par effraction de la muqueuse dans l'épaisseur de la paroi entraînait une irritation favorisant le développement microbien.

On a insisté aussi sur le rôle de la stagnation, ce qui explique la localisation à la partie terminale du grêle où se fait une stase physiologique. Lardennois vient d'insister sur ce rôle de la stase qui se complique d'inflammation, la stase étant d'origine extra-iléale par bride par exemple : mais cet auteur classe fort justement ces formes comme des iléites secondaires qui ne doivent pas être confondues avec les iléites primitives ou proprement dites que nous étudions. Il ne faut pas négliger la fréquence des appendicectomies dans les antécédents des malades puisqu'elles s'observent dans la moitié des cas, mais il semble bien que le plus souvent cette exérèse de l'appendice avait été faite par erreur, alors qu'il s'agissait d'une première manifestation de l'iléite. Toutefois des lésions appendiculaires associées aux lésions intestinales ont été souvent notées. Plus intéressantes sont les causes prédisposantes, telles que la race ou les facteurs familiaux qui ont été invoqués : Crohn, Snapper et d'autres insistent sur la fréquence des cas observés chez des Juifs.

D'autre part, Crohn, Snapper, Kropveld ont recueilli des observations où deux frères ou encore un frère et une sœur avaient été successivement atteints de cette maladie.

De ces notions étiologiques encore fort imprécises on peut cependant retenir au moins schématiquement que parmi les affections ou les syndromes que nous avons étudiés tous ne méritent pas d'être retenus.

L'infarctus hémorragique et l'ulcère simple, en effet, sont peut-être d'origine infectieuse, mais c'est l'exception ; de plus le caractère très particulier des lésions et de leur évolution clinique permet de les distinguer sans conteste des inflammations proprement dites de l'intestin grêle.

Celles-ci, quelles qu'elles soient, sont dues à des germes pathogènes, le plus souvent impossibles à préciser ; pour aucune variété d'entre elles on ne peut indiquer quel est le microbe le plus fréquemment en cause, aussi ce n'est pas la bactériologie qui peut permettre la moindre classification. Peut-on sur l'anatomie pathologique baser une classification ? C'est ce que nous devons maintenant envisager.

Anatomie pathologique. — SIÈGE SUR L'INTESTIN. — La plupart des lésions ont une prédilection pour la partie terminale de l'Iléon ; l'explication en est classique, c'est un lieu de stase physiologique soumis à des irritations prolongées. L'irrigation artérielle y est précaire et le tissu lymphoïde est abondant (Lardennois et Okinczyc). Cela en particulier est vrai pour les ulcérations toxi-infectieuses et pour l'iléite régionale que pour cette raison on nomme aussi iléite terminale. Au contraire les phlegmons de l'intestin s'observent le plus souvent dans la partie haute du grêle non loin de l'angle duodéno-jéjunal et sont donc des jéjunites (1). Ces localisations différentes sont suffisamment fréquentes pour qu'on puisse les retenir comme élément distinctif.

Une inflammation jéjunale est un élément en faveur de l'entérite phlegmoneuse, une inflammation iléale est plutôt une iléite régionale ou une entérite ulcéreuse.

---

(1) Ce n'est pas l'avis de Postel qui pourtant a recueilli dans toute la litérature 38 cas siégeant sur le jejunum, contre 16 sur l'iléon. Il semble bien que cet auteur ait accepté pour son étude sur les phlegmons de la paroi intestinale, des observations d'iléite régionale.

Caractères des lésions. — On peut distinguer les lésions n'intéressant que la muqueuse sous la forme d'ulcérations, les lésions entraînant de véritables péritonites localisées ou généralisées, les infiltrations de toute la paroi sans réaction séreuse ; suivant la prédominance de tel ou tel de ces types on pourrait, si elle est constatée nettement et en accord avec d'autres caractères, établir sur elle un test important.

1° Les ulcérations toxi-infectieuses qui intéressent le plus souvent la terminaison de l'iléon sont multiples : elles réalisent les lésions caractéristiques des entérites catarrhales. nécrosantes et folliculaires : c'est dire qu'à côté de zones où il y a tuméfaction œdémateuse de la muqueuse, rougeur et taches ecchymotiques avec congestion du chorion et infiltration leucocytaire sous-muqueuse. On trouve des zones où la muqueuse nécrosée s'est exfoliée et est remplacée souvent par un exsudat coagulé constituant une fausse membrane (entérite diphtéroïde) ; on peut saisir aussi un des processus entraînant la nécrose, celui de l'entérite folliculaire : l'infection intéresse ici surtout les follicules clos qui sont tuméfiés, congestionnés infiltrés de leucocytes ; puis ils subissent une fonte purulente et laissent à leur place une ulcération.

Dans certains cas, la muqueuse est presque partout détruite ; elle persiste seulement sous forme de quelques îlots ovalaires réguliers à grand axe perpendiculaire à celui de l'intestin (Tavernier) ; s'il y a infiltration des autres tuniques intestinales, elle est légère et l'aspect extérieur de l'intestin est presque normal.

2° Un intestin phlegmoneux se présente avec un aspect boursouflé, avec une couleur rouge vif, et non noirâtre comme dans l'infarctus, parsemée de points jaunâtres, recouverte d'enduit fibrineux et déterminant des phénomènes de péritonite, agglutination d'anse ou épanchement purulent. Le mésentère est épaissi, présentant des adénopathies et parfois des thromboses vasculaires. La muqueuse est de coloration gris jaunâtre, œdématiée parfois, ulcérée par places ou complètement détruite. L'évolution si la gravité des phénomènes péritonéaux ne la précipite pas peut se faire vers la gangrène du segment atteint ; on se rapproche alors des lésions de l'infarctus blanc mieux nommé gangrène ischémique dont la place nosologique est encore très imprécise.

3° L'iléite régionale de connaissance plus récente a reçu de Crohn une description anatomique très complète et qui mérite d'être rapportée presque en entier ; cette description est établie d'après des pièces de résection alors que l'évolution durait déjà depuis une ou deux semaines.

« L'iléon terminal est trouvé très épaissi et contient de nombreuses glandes hyperplasiées. Le processus inflammatoire n'est pas toujours au même stade, ni même dans toute l'étendue du segment envisagé. Les lésions les plus anciennes siègent à la valvule iléo-cœcale ou à l'orifice intestinal ; les plus récentes sont à la partie la plus élevée. Dans quelques cas récents, nous avons trouvé des lésions isolées séparées de la masse hypertrophique principale par une muqueuse normale. Ces zones isolées sont à notre avis les lésions primitives : ce sont des ulcérations ovales de la muqueuse, de un centimètre de diamètre, placées sur le bord mésentérique et suivant le grand axe. Le processus principal s'étend sur une longueur de 25 à 35 cm. intéressant la face iléale de la valvule de Bauhin et se terminant brusquement en ce point.

Les lésions les plus intenses siègent sur la valvule qui parfois est transformée en un diaphragme rigide avec un petit orifice irrégulier. La gravité diminue progressivement en remontant.

Les plis normaux de l'intestin sont déformés et effacés par le processus ulcératif destructif et émoussés par l'œdème donnant un aspect bulleux à la muqueuse. Une série linéaire de petites ulcérations sur le côté mésentérique de l'intestin existe presque toujours ; que ce soient les restes des ulcérations initiales ou que ce soient des érosions mécaniques dues au raccourcissement fibreux du mésentère.

La sous-muqueuse et la musculeuse sont le siège de modifications inflammatoires hyperplasiques et exsudatives. Aussi la paroi est très épaisse ayant deux ou trois fois l'épaisseur normale. La lumière est considérablement diminuée et irrégulièrement déformée. L'intestin sus-jacent est souvent très dilaté et peut présenter des ulcérations.

Dans les phases très avancées la réaction exsudative eset remplacée par un processus fibro-sténosant et la muqueuse apparaît atrophiée avec des érosions superficielles et des îlots d'hyperplasie papillaire ou polypeuse. La séreuse perd son brillant et montre fréquemment de petits tubercules à sa surface.

Le mésentère du segment atteint est épaissi et fibreux. La perforation libre dans la cavité péritonéale est rare. La perforation chronique fréquente survient lentement et permet des adhérences aux viscères voisins, à la paroi pariétale et au grand épiploon.

Des fistules peuvent s'établir vers le sigmoïde, le côlon ascendant et le cœcum.

L'abcès qui en résulte est en règle considéré comme d'origine appendiculaire. Après drainage il persiste une fistule stercorale n'ayant pas tendance à se fermer en raison de l'inflammation

Radiologiquement ces abcès péricœcaux peuvent simuler une tuberculose hypertrophique, microscopiquement aucun élément spécifique ne peut être trouvé. Les coupes montrent des degrés variés : aigu, subaigu, chronique avec variations dans la prédominance des cellules : cellules polymorphes, cellules rondes, cellules plasmatiques et éléments fibroblastiques.

Dans quelques cas, la présence de cellules géantes est tout à fait frappante. Des méthodes spéciales ont parfois montré la présence de grosses cellules pâles probablement de nature végétale. Ce sont des inclusions de matière végétale qui ont entraîné la formation des cellules géantes. Aussi est-il probable que l'on confondait ces lésions avec la tuberculose iléocœcale. Nous n'avons trouvé dans nos cas aucune preuve de tuberculose, syphilis, actinomycose, Hodgkin ou lymphosarcome. De même des inoculations sont restées négatives. Il est à noter que neuf malades avaient de la tuberculose pulmonaire, aucun ne présentait une réaction de Wassermann positive.

Les relations avec l'appendicite ou des opérations préalables est de quelque intérêt.

La moitié des patients ont été appendicectomisés avant que la résection soit faite Dans environ la moitié des cas des anomalies de la terminaison iléale furent notées au moment de l'opération. Dans les cas où il n'y avait pas eu d'appendicectomie antérieure, la muqueuse de l'appendice n'était pas envahie. L'inflammation de la couche externe de l'appendice était habituelle (Crohn).

En forçant quelque peu la schématisation, nous pouvons conclure de cette étude anatomique qu'à chaque type d'extension des lésions en profondeur correspond une des variétés d'entérite segmentaire :

L'entérite ulcéreuse n'intéresse que la muqueuse, l'entérite phlegmoneuse réalise le maximum des lésions et détermine une péritonite, l'entérite régionale infiltre toute la paroi avec rarement propagation à la cavité péritonéale.

Si l'étiologie nous a permis de déterminer un groupe de lésions sous le nom d'entérites segmentaires, l'anatomie pathologique nous permet de distinguer trois variétés qui pour avoir une entité réelle doivent présenter des caractéristiques cliniques.

Notions cliniques. — Il faut s'attendre ici à trouver des exceptions aux règles générales · c'est là chose ordinaire sur le terrain mouvant de la clinique; même avec cette restriction est-il possible de fixer des types cliniques correspondant aux types anatomiques ? Il est évident que l'intensité évolutive des lésions a sur le retentissement clinique au moins autant d'importance que leur caractère anatomique.

Les formes aiguës peuvent s'observer dans les trois types d'entérites. Si elles sont de règle et particulièrement intenses dans les entérites phlegmoneuses, très fréquentes dans les entérites ulcéreuses, elles ne sont pas la forme typique de l'iléite régionale.

Les formes subaiguës et chroniques représentent au contraire le type classique de l'iléite régionale, mais il n'est pas impossible que suivant la virulence microbienne ou d'autres facteurs les entérites ulcéreuses ou phlegmoneuses puissent se présenter ainsi ; en particulier les lésions de cette dernière arrivent parfois à former des abcès (Hammer), ce qui témoigne d'une évolution moins intense.

L'iléite régionale s'individualise pourtant dans ses formes typiques telles que les a décrites Crohn, par trois caractères : 1° l'existence d'antécédents abdominaux chargés : poussées entéritiques, appendicite opérée ou non ; 2° une sténose siégeant à la terminaison du grêle ; 3° des fistules unissant le grêle au côlon ou à un autre viscère ou s'ouvrant à la paroi. Ces trois signes peuvent coexister ou se manifester séparément, mais ils ont une telle fréquence dans l'iléite régionale qu'ils la distinguent des autres entérites non spécifiques ou quoique possibles elles sont exceptionnelles.

Capette dans sa communication à l'Académie de Chirurgie (1938) conclut très justement « il en est de l'iléite comme de l'appendicite : tous les degrés d'inflammation peuvent être observés. Rien ne nous empêche de dire iléite phlegmoneuse pour les formes aiguës graves, iléite subaiguë ou chronique pour les formes moins graves ».

Indépendamment des caractères évolutifs qui n'ont qu'une valeur très relative, existe-t-il des signes cliniques plus précis ?

Non seulement il n'existe pas de signes permettant de distinguer entre elles les différentes variétés d'entérite segmentaire, mais il n'en existe même pas pour les différencier d'autres affections dont elles prennent l'aspect : dans les formes aiguës deux affections sont simulées et par habitude de penser toujours aux choses les plus fréquentes, c'est leur diagnostic que l'on porte : appendicite et typhoïde se partagent la majorité des cas ; dans les formes chroniques on pense plutôt à une tumeur cœcale, à des brides péritonéales et surtout à la tuberculose intestinale. On sait que les auteurs qui ont décrit l'iléite régionale affirment que beaucoup de cas diagnostiqués tuberculose iléo-cœcale sont en réalité des exemples de cette nouvelle entité clinique. Cependant ici plus que dans les formes aiguës l'évolution clinique peut faire songer au diagnostic d'iléite, bien qu'une cause d'erreur existe, c'est la présence de lésions tuberculeuses chez un nombre assez grand de malades atteints pourtant d'une lésion intestinale non tuberculeuse. Dans les formes aiguës la recherche dans les antécédents de l'évolution clinique typique pourra parfois permettre le diagnostic exact.

La radiologie n'est guère plus explicite que la clinique : dans les formes aiguës elle peut donner une image d'occlusion du grêle dans les formes chroniques elle montre une sténose limitée par une paroi rigide, ce qui se traduit par des crénelures au niveau des sinuosités habituelles (Piot) ; on peut voir, image plus difficile à interpréter mais aussi plus caractéristique, les fistules allant s'ouvrir le plus souvent dans le côlon ascendant. De toute façon pour saisir des modifications du grêle il faut faire des examens fréquemment répétés pendant les six heures qui suivent l'ingestion de bouillie opaque (Sproull).

En réalité c'est surtout l'intervention exploratrice qui permettra de faire le diagnostic : cette intervention est décidée sur un diagnostic d'appendicite et devant l'absence de lésions au niveau de l'appendice on doit chercher ailleurs et en particulier sur les dernières anses grêles la cause du syndrome. L'aspect de l'anse enflammée, la persistance des troubles après l'opération font alors penser à une typhoïde et c'est le laboratoire par ses résultats négatifs qui écarte ce second diagnostic. Jusqu'à nouvel ordre c'est sur ces bases que l'on peut attribuer certains syndromes abdominaux aigus à une iléite régionale, diagnostic qui pourra se confirmer parfois par l'existence de crises analogues dans les antécédents et par la réapparition de troubles par la suite.

Quant aux entérites phlegmoneuse et ulcéreuse elles restent pour le moment dans le domaine de découvertes opératoires.

Conclusions. — Pour classer les inflammations localisées et non spécifiques de l'intestin grêle il faut éliminer naturellement les entérites diffuses, les lésions d'origine tuberculeuse, dysentérique et syphilitique pour ne citer que les plus fréquentes. Il faut en-

suite parmi les lésions localisées ou segmentaires étudier celles qui sont d'origine infectieuse, le problème n'est pas simple étant donné l'imprécision de notions étiologiques et pathogéniques. Cependant il nous a semblé possible d'éliminer de notre étude l'infarctus hémorragique et l'ulcère simple du jéjuno-iléon. Nous pouvons conserver trois types de lésions que l'on peut toutes nommer entérites segmentaires en leur appliquant les qualificatifs d'ulcéreuse, de phlegmoneuse et de régionale (1).

Si elles sont toutes trois d'origine infectieuse, il n'est pas possible de connaître les germes en cause et on ne peut donc se baser sur eux pour établir la définition de chaque forme.

Les lésions anatomiques sans présenter de caractères absolument tranchés diffèrent suffisamment en règle générale entre chaque forme pour arriver à les individualiser : siège jéjunal et propagation péritonéale avec évolution suraiguë dans l'entérite phlegmoneuse, siège terminal et évolution chronique avec sténose, fistules et rareté de la péritonite dans l'iléite régionale, nombreuses ulcérations de la muqueuse et atteinte minime des autres tuniques dans l'entérite ulcéreuse.

Si la clinique peut théoriquement accentuer les types, il est bien difficile de trouver des signes sûrs pour établir un diagnostic. Celui-ci se fait surtout par l'intervention exploratrice et les résultats du laboratoire permettant d'éliminer la typhoïde, la tuberculose et la syphilis.

Pour en revenir à la classification nosologique de ces affections il ne nous paraît pas possible de considérer comme de même famille infarctus, ulcère et entérites ; quant aux diverses jéjuno-iléites segmentaires, nous estimons prématuré de conclure dans un sens ou dans l'autre en ce qui concerne leur parenté entre elles.

Bibliographie

Ameline et Lefebvre. Congrès Chirurgie 1935.
Anschütz. Deutsche Zeitsch Fur Chir. 1934.
Baillat. *Thèse* Toulouse 1925.
Barbour et Stokes. *The Lancet* 1936.
Bargen, Friedewald, Hirschmann. *J. Am. Med.* ass.; 1932.
Beyrend. *Proc. Path. Soc. Philadelphia.* 1923 et 1924.
Bisgard et Henske. *Joum. Of. Am. Med. Ass.* 1937.
Bissel. *Annales of Surg.* 1934.
Blackmann. *Bull. John Hopkins Hosp.* 1935.
Bockus et Lee. *Annales of Surg.* 1935.
Boerger. *Zeutr. Fur. Chir.* 1937.
Boeve. *Nederlandsch Tijdschrift voor Genes.* 1929.
Braun. 1° *Arch. f. Klin Chir.* 1909 ; 2° *Bruns Beitrage Zul Klin. Chir.* 1923.
Caby. *Thèse* Paris 1937.
Capette et Boutron. *Acad. Chir.* 27 avril 1938.
Carnot et Gaehlinger. *Paris méd.*, 1938.

(1) Cependant une restriction est à faire : nous avons admis l'origine infectieuse des entérites segmentaires en raison des caractères anatomo-cliniques qu'elles présentent et par analogie avec l'appendicite et les colites, adoptant la conception étiologique classique de ces affections intestinales. Mais actuellement une conception différente tend à se faire jour : certaines formes d'appendicite seraient indépendantes de tout élément infectieux (Gauthier-Villars et Aboulker, Baggio), les recto-colites ulcéro-hémorragiques seraient dues à une perturbation intérieure (Rachet et Arnous) et seraient à rapprocher de la maladie ulcéreuse. Ainsi la distinction que nous établissons entre infarctus, ulcère et entérites n'aurait plus de raison d'être.

Cheinisse. *Semaine méd.* 1909.
Clark et Wright. *Arch. of Surg.* 1937.
Clénet. *Thèse* Paris 1908.
Collins. *New-York med. Joum.* 1911.
Crohn et Rosenak. *Journ. of Am. med. Ass.* 1936.
Crohn, Ginzburg et Oppenheimer. *Journ. of Am. med. ass.* 1931.
Crohn. *Am. Journ. digest. dis. nutrition.* 1934.
Decoulx et Bastien. *Soc. méd. du Nord.* 25 mars 1938.
Doelmann. *Nederlansch tijdschr voor Geneeskunde,* 1935.
Donchess et Warren. *Arch. of Pathol.* 1934.
Erb et Farmer. *Surg. Gyn. and Obst.* 1935.
Erdmann et Burt. *Surg. Gyn. and obst.* 1933.
Esau. *Deut. Zeit ; f. Chir.* 1931.
Felsen et Gorenberg. *Am. J. Med.* sc. 1936.
Felsen. *IIe Cong. Gastro-entérol.* 1937.
Feuster. *Bruns Beits. Z. Klin. Chir.* 1936.
Ferguson Wilson. *The Lancet* 1922.
Fischer et Lurmann. *Arch. f. Klin. Chir.* 1933.
Fischer. *Zentr.; fur. Chir.* 1931.
Foged. *Zentr. Fur. Chir.* 1936.
Fossel. *Zentr. Fur. Chir.* 1932.
Foulon et Busser. *Ann. Anat. Path.* 1932.
Frising et Sjovell. *Bruns beit. fur Klin. Chir.* Vol. 83.
Gandy. *Thèse* Paris 1899.
Gisbertz. *Bruns Beitraje zur Klin. Chir.* 1936.
Glaus. *Berliner Klinisch. Wochenschr.* 1918.
Golden. *Am. J. Rœntgen.* 1936.
Goudsmit. *Kummer. Geneesk. Gids.* 1935.
Greene-Nolan. *The Lancet.* 1922.
Groen et Pompen. *Geneskundige Bladen,* 1935.
Groot (de). *Proefschrift.* 1913.
Haberer. *Munch. Med. Wsch.* 1934.
Hammer. *Lyon Chirur.* 1923.
Harris, Belle et Brurm. *Surg. Gyn. and Obst.* 1933.
Hellstrom. *Bruns Beitrage,* vol. 115, 1919.
Holm. *Surg. Gyn. obst.* 1933.
Hugenholtz. *Nederlandsch tijdschrift voor genesk.* 1923.
Hughes. *The Lancet* 1922.
Hurst. 1919. London.
Jackman. *Brit. Journ. Surg.* 1934.
Jackson. *Surg. Gyn. Aud. Obst.* Juillet 1937.
Jellem. *Am. Journ. Roentgen.* 1937.
Jonckheere. *Soc. belge de chir.,* 1937.
Kallius. *Zentr. fur Chir.* 1937.
Kantor. *Journ. am. Med. ass.* 1934.
Kate. *Nederlandsch Tijdschr. voor Geneskunde.* 1936.
Kelvey. *Med. Journ. of Australia.* 1922.
Khanolker. *Soc. Anat.* 1930.
Knapper. *Arch. fur Klin. Chir.* 1937.
Konjetzny, Auschutz et Simon. *Arch. f. Klin. Chir.* 1933.
Korte. *Arch. f. Klin. Chir.* 1921.
Meriel. *Bull. Acad. Méd.,* 19 déc. 1922.
Koster, Kasman et Sheinfeld. *Arch. of Surg.* Mai 1936.
Kropveld. *Nederlandschrijdschr. vorr. geneskunde* 1937.
Kropveld. *Med. tijdschr. v. geneesk.* 1934.
Landois. *Zeutr. Fur. Chir.* 1937.
Lapointe. *Soc. Chir.* 1929.
Lartigau. *Journ. Ex. Med.* 1901.
Lecène. *Journ. Chir.,* oct. 1911.
Merke. *Schweizerische Med. Wocheusrift.* 1937.
Mériel. *Bul. Acad. Méd.,* 19 décembre 1922.
Meyer et Rosi. *Surg. Gyn. an. Ost.* 1936.
Mixter. *Annales of Surg.* 1935.
Mock. *Surg. Gyn. and obst.* 1931.
Moschowitz et Wilensky. *Am. Journ. med. Sc.* 1923 et 1927.
Moure. *Soc. Chir.* 1928.
Nenmann. *Ann. Soc. Belge Chir.* 1928.
Nuboer. *Ned. Tijdsch. v. Geneesk.* 1932.

OUDARD et JEAN. *Arch. Mal. App. dig.* 1925.
OSTROWSKI. *Zentr. fur Chir.* Mars 1933.
PEMBERTON et BROWN. *Annales of Surg.* 1937.
PETERS. *Zeutr. fur. Chir.* Mai 1934.
PIOT. *Journ. Radiol. et Electr.* 1934.
POSTEL. *Thèse*, Paris, 1935.
POWERS. *Annals of Surg.* 1936.
PROBSTEIN et GRUENFELD. *Annales of Surg.* 1936.
RAVDIN et RHOADS. *Annales of Surg.* 1937.
ROEPKE. *Zentr. fur Chir.* 1934.
ROSS. *Med. Journ. of Australia.* 1936.
ROUVILLE (DE) et ROGER. *Arch. mal. app. dig.* 1913.
SAMSON et LARUE. *Laval médical* 1937.
SCHWABACHER, *The Lancet*, 1936.
SERAFINI. *La clinica* 1936.
SHEARER et JACKSON. *Annales of Surg.* 1937.
SNAPPER, POMPEN et GROEN. *Ann. de Méd.* 1936.
SORINANI. *Revue hollandaise de méd.* 1909.
SOULIGOUX. *Soc. Chir.* 1909.
SPROULL. *Am. J. Roentgen.* Déc. 1936.
TAVERNIER. *Soc. Chir.* 1931.
TIETZE. *Ergebn. de chir. Orthop.* 1920.
TROMP. *Proefschrift.* 1934.
VELTMAN. *Roentgenpraxis.* 1937.
WIENER. *Annales of Surg.* 1912.
ZAAIGER. *Zentr. fur chir.* 1937.
ZEEK et PHAIR. *Am. Journ. of med. sc.* 1931.
ZOEPFFET. *Deutsche Zeitsch. fur. chir.* 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 17 JUIN 1938

Mécanisme des lésions viscérales hémorragiques d'origine neuro-végétative. — MM. KOURILSKY, GUILLOT et ONG SIAN GWAN. A propos de la pathogénie sympathique des lésions du syndrome malin, les auteurs apportent les résultats de leurs recherches sur le mécanisme par lequel l'excitation du sympathique détermine les accidents hémorragiques viscéraux. Ils ont pensé qu'une excitation violente du système autonome pouvait libérer les substances intermédiaires, celles-ci agissant sur les capillaires et provoquant les lésions hémorragiques. De leurs expériences, il résulte que les quantités d'acétylcholine et d'histamine ne varient pas malgré l'excitation sympathique.

Syndrome d'hémiballisme avec examen anatomo-pathologique. — MM. DROUET, MICHON, LEPOIRE et BEAU. Syndrome rare caractérisé ainsi : après un ictus fruste, apparition brusque dans les membres gauches de mouvements involontaires, incessants, accompagnés d'hypotonie musculaire. Surviennent ensuite des symptômes confusionnels et de la fatigabilité psychique, avec soif ardente. Mort rapide dans l'adynamie. A l'autopsie, état précriblé du corps de Luys et de la zone incerta à droite.

Exploration fonctionnelle du pancréas par l'épreuve à la sécrétine dans un cas de pancréatite avec ictère prolongé chez l'enfant. — MM. CATHALA, BOLGAERT et AUZÉPY.

Méningites streptococciques guéries par le traitement sulfamidé. — MM. DEBRÉ, MARIE, THIROLOIS et GRENET.

Arachnoïdite aiguë optochiasmatique. Méningite à streptocoques. Traitement par le para-amino-phényl-sulfamide. Guérison. — MM. BRULÉ, HILLEMAND, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et WOLINETZ.

Traitement des méningites purulentes à streptocoques par le para-amino-phényl-sulfamide (1162 F.). Dosage du produit dans le liquide céphalo-rachidien. — M. René MARTIN. Trois cas de méningite purulente à streptocoques guéris par le sulfamide. Traitement à poursuivre pendant plusieurs semaines. Dosage très important dans le liquide céphalo-rachidien, car la guérison s'avère d'autant plus rapide que la concentration du sulfamide est plus élevée dans ce liquide. Accidents très rares par rapport au grand nombre d'individus traités.

Splénomégalie prémonitoire d'une thrombo-phlébite subaiguë du système porte et hémorragies gastriques par infarctus de l'estomac. — MM. HALBRON, DELARUE, LENORMAND et RAYNAUD.

Myélomatose décalcifiante diffuse. — MM. WEISSENBACH et LIÈVRE. Forme spéciale individualisée par la ponction sternale, chez un homme de 49 ans atteint d'une décalcification globale du rachis et du bassin, progressive et douloureuse. Les auteurs admirent comme diagnostic vraisemblable, l'hypothèse d'une tumeur de la moelle osseuse. La ponction sternale démontra l'aplasie médullaire et une proportion importante d'éléments voisins des plasmocytes et des myélomes. On doit donc penser à la myélomatose en présence d'une décalcification diffuse à l'âge moyen de la vie.

Accidents nerveux du pneumothorax thérapeutique et prophylaxie. — MM. Et. BERNARD et KREIS. Observation d'une malade, chez laquelle au cours d'une insufflation survint une hémiplégie. Il s'agissait d'une reprise de pneumothorax

ancien. C'est au cours d'une hyperpression que les accidents se produisirent : secousses cloniques à droite, hémiplégie à gauche. Il s'est vraisemblablement agi d'une embolie. Il en résulte que les accidents nerveux de la collapsothérapie sont le propre des pneumothorax difficiles, en plèvre au moins partiellement symphysée.

SÉANCE DU 24 JUIN 1938

Nanisme avec atrophie des organes génitaux. Oligodypsie et hyperhydrophilie. — MM. DEBRÉ et MARIE.

Cysticercose optochiasmatique. — MM. DE SÈZE, LAPLANE et FIMBEL.

Les lésions du système nerveux au cours du syndrome malin toxi-infectieux. — MM. ALAJOUANINE, MARQUÉZY, HORNET et Mlle LADET. Les lésions nerveuses observées au cas du syndrome malin sont les suivantes : vaso-dilatation méningée encéphalique avec distension des espaces péri-vasculaires et infiltration hémorragique ou albumino-fibrineuse des espaces ; avec œdème du tissu nerveux s'accompagnant d'altération de l'oligodendroglie et d'altération des cellules nerveuses : toutes lésions prédominant dans la substance grise. On peut aussi noter des lésions du système nerveux périphérique. Il faut envisager le type circulatoire du désordre observé dans les centres nerveux lors du syndrome malin.

Sclérodermie œdémateuse avec forte éosinophilie et modifications des albumines du sérum. — MM. DONZELOT et MEYER-HEINE.

Kala-azar méditerranéen. — MM. LEMIERRE, LAPORTE, ISRAËL. Homme, 40 ans, guéri d'un Kala-azar contracté en Espagne, dans la région de Valence. Début de la maladie 1936 ; diagnostic posé fin mai 1937 : le traitement par le néostibosane ayant échoué, on pratiqua deux injections d'uréastibamine qui firent disparaître les accès fébriles quotidiens et qui amenèrent avec une dose de 2 grammes une guérison complète. L'étude des protides du sérum sanguin montra le retour à la normale du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ d'abord inversé.

Recherche du bacille de Koch chez les tuberculeux pulmonaires traités en sanatorium. — MM. DAVY et Jean LEVADITI. La Recherche du bacille de Koch dans le produit des expectorations des tuberculeux pulmonaires effectuée en sanatorium, permet de faire la preuve bactériologique dans un nombre très important de tuberculoses. En 1938, sur 100 malades entrés à Praz-Coutant, 76 ont fait leurs preuves bactériologiques avant leur arrivée au sana, et, au cours de leur séjour, il a été possible de porter à 0,5 p. 100 le nombre des malades en traitement, pour lesquels la preuve bactériologique a été obtenue. Cela permet de confirmer les conceptions actuelles sur le grand nombre des tuberculoses ouvertes.

Injections intraveineuses lentes de morphine. — M. LOEPER. L'auteur préconise l'instillation goutte à goutte de la solution de morphine : il dit que la sédation est beaucoup plus rapide, plus complète et plus prolongée que par l'injection sous-cutanée.

Mélitococcie associée à une endocardite d'Osler. — MM. MARÇON, PENNANEAC'H et BRUN (Toulon).

Traitement des pleurésies purulentes par les dérivés sulfamidés. — M. MARQUÉZY. Deux cas de pleurésie purulente du nourrisson traités par les dérivés sulfamidés. L'auteur préconise l'injection intra-pleurale du médicament.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1938

Une forme mésocéphalique des syndromes neuro-anémiques. — MM. GUILLAIN, LEREBOULLET et AUZÉPY signalent les troubles mésocéphaliques susceptibles de précéder les signes anémiques et d'être méconnus : à l'appui, observation d'un malade de 64 ans entrant à la clinique pour des signes pédonculo-ponto-bulbaires, caractérisés par du ptosis, de la diplopie, des vertiges, des symptômes cérébelleux, une paralysie d'une branche du trijumeau et une atrophie optique double. Ultérieurement, apparition d'une grande anémie du type pernicieux. On peut donc décrire une forme méso-céphalique des syndromes neuro-anémiques.

Maladie de Basedow chez une enfant de 8 ans. Echec du traitement médical, guérison après thyroïdectomie subtotale. — MM. GIRAUD, SALMON, NANOT (Marseille). Enfant atteinte depuis l'âge de 6 ans, d'une maladie de Basedow, déclenchée sans doute par un rhumatisme articulaire aigu, compliqué de chorée. Guérison complète par thyroïdectomie subtotale.

Erythèmes noueux non réagissants à la tuberculine et récidivants. — MM. PAISSEAU, J. WEILL.

Leucémie aiguë avec tumeurs osseuses, leucopénie et agranulocytose. — MM. PAISSEAU, FERROIR et GAUTIER. Enfant de 10 ans, après le début de sa maladie par des douleurs pseudo-rhumatismales, a présenté des signes d'anémie grave associés à des tumeurs osseuses, une forte splénomégalie avec adénopathies discrètes. Le syndrome leucémique s'est accompagné d'un syndrome hématologique avec anémie grave, agranulocytose prononcée et apparition dans le sang de cellules souches. On notait une discordance entre la formule sanguine et le myélogramme, dont les caractères étaient ceux d'une moëlle leucémique.

Electrencéphalogramme dans l'épilepsie. — MM. BAUDOIN, FISCHGOLD, WELTI et LERIQUE. Les attaques de grand mal et de petit mal se traduisent par la détection d'un tracé spécial. Pendant la crise de grand mal, le rythme α de 10 à la seconde, s'accélère jusqu'à 30 ; dans le petit mal, la fréquence tombe à 3 ; dans des deux cas, la variation du potentiel devient dix fois plus grande. Des manifestations électriques anormales sont détectées même entre les crises (*crises infracliniques*).

Diverticule du péricarde. — MM. PAISSEAU et J. WEILL. Enfant de 11 ans, chez laquelle on constata une ombre para-cardiaque droite faisant corps avec le ventricule et animée, de battements dans une partie de son étendue. Cet aspect correspond aux descriptions de diverticule du péricarde communiquées à la Société de cardiologie. Il n'y a pas de troubles cardio-vasculaires.

Nanisme rénal précoce avec rachitisme, déséquilibre thermique, hépatomégalie et glycosurie. — M. LELONG.

Syndrome d'Ehlers-Danlos chez un garçon tuberculeux. — MM. E. BERNARD et CHASSAGNE. Garçon de 13 ans, traité pour tuberculose, chez lequel seraient groupés tous les signes du syndrome, à savoir dont s'agit : hyperlaxité articulaire, hyperélasticité de la peau ; cicatrices anormales, reliquats de traumatismes anciens, tendance aux ecchymoses sans troubles de la crase sanguine. Caractères négatifs de toutes les investigations d'ordre chimique ; humérales, biologiques ou radiologiques. L'affection est donc inconnue quant à sa pathogénie et à son étiologie.

Dystrophie adiposo-génitale avec polydactylie. — MM. E. BERNARD et CHASSAGNE. Enfant de 12 ans atteint d'obésité tronculaire, d'hypoplasie génitale avec ectopie testiculaire, de polydactylie, de polyurie. Ce cas se rapproche des dystrophies congénitales et du syndrome familial de Lawrence-Moon-Bordet.

Cirrhoses familiales et syphilis. M. Pinard insiste sur le rôle joué par la syphilis du grand-père dans certaines cirrhoses familiales de l'enfance, avec gros foie et grosse rate et sur l'importance préservatrice du traitement antisyphilitique prénatal.

Pachy-exopleurite, mode évolutif du pneumothorax extra-pleural. — M. P. Bourgeois. Il s'agit, en l'espèce, de l'épaississement progressif de la paroi externe des pneumothorax extra-pleuraux, pouvant aller jusqu'au plombage total spontané de la cavité extra-pleurale. La radiographie montre une ombre continue occupant la cavité du pneumothorax. Pour l'auteur, il ne s'agit pas d'une véritable complication, mais, plutôt d'un fait favorable, bien que le plombage spontané et définitif de la cavité extra-pleurale ne soit pas aussi satisfaisant que le maintien d'un collapsus gazeux.

LIVRES NOUVEAUX

Les hormones, par M. Rémy Collin. (Coll. Sciences d'Aujourd'hui). Paris, Albin Michel, 1938.

Les notions multiples et parfois discordantes — au moins en apparence — actuellement acquises sur les hormones, sont à la fois difficiles à rassembler et malaisées à coordonner et critiquer. Il s'agit là de problèmes à la fois anatomiques, physiologiques et chimiques, dont les conséquences sont d'une immense importance au point de vue clinique et thérapeutique. Si les médecins tiennent une place notable parmi les explorateurs de ce domaine, celle qu'y tiennent les biologistes de toute spécialité n'est pas moins importante. Il est donc précieux de posséder une mise au point où se juxtaposent grâce à un médecin et un histologiste qui a tant fait le progrès de nos connaissances sur l'hypophyse, les travaux de chercheurs de vocations et d'inspirations diverses.

Dans la présente étude, l'auteur expose d'abord la théorie hormonale classique et les résultats auxquels elle a conduit dans la connaissance des diverses fonctions endocrines. Il expose ensuite les problèmes qui surgissent et les incertitudes qui naissent : les relations des hormones des vitamines et des enzymes, les antihormones ; l'influence des hormones sur la morphogénèse, la génétique, le cancer ; l'influence des hormones sur le fonctionnement du système nerveux et même sur les fonctions psychiques. Etude du terrain, action du physique sur le psychique, sur l'instinct, sur l'émotion, sont des domaines peu abordés et peu abordables jusqu'ici à l'étude médicale, mais dont l'importance n'est cependant pas niable pour le médecin, même dans sa pratique journalière.

On lira avec un intérêt avide des pages nées d'une plume aisée et où la largeur des conceptions et la multiplicité des curiosités méritent une égale louange.

R. LEVENT.

L'acrodynie infantile. Ses aspects encéphalitiques, par M. Jacques Bourée. Paris, Louis Arnette, 1938.

Très nombreux ont été les travaux consacrés en ces dernières années à l'acrodynie, dont les cas, à mesure qu'on sait mieux les reconnaître, se font de moins en moins exceptionnels. Les plus récents de ces travaux insistent d'une façon de plus en plus explicite sur l'importance des symptômes nerveux et sur les relations que l'acrodynie présente avec les névraxites. L'atteinte infectieuse du méxocéphale et des centres du système neurovégétatif paraît de plus en plus l'élément anatomophysiologique prépondérant.

C'est à l'étude critique de cette conception que s'attache le présent et très important travail. L'auteur y résume les connaissances actuellement acquises et s'attache, entre les nombreuses formes cliniques, à décrire de façon particulièrement soigneuse les formes encéphalitiques qui soulèvent de délicats problèmes diagnostiques. Si l'orientation de la thérapeutique est encore hésitante, c'est sans doute de semblables études critiques qu'il est permis d'espérer voir naître une doctrine plus ferme.

Cette étude clinique et pathogénique est illustrée par un nombre d'observations originales remarquablement fouillées et du plus haut intérêt. Une bibliographie exhaustive de l'acrodynie est dès actuellement travail d'archiviste ; l'auteur, avec raison, a préféré un nombre restreint, quoique encore considérable, de références récentes et dont le choix témoigne à nouveau de l'esprit d'observation pénétrante et de critique objective qui font la grande valeur de cette remarquable étude.

L. BABONNEIX.

Les hypolaryngites aiguës de l'enfance, par MM. J.-M. Le Mée, André Bloch, M. Bouchet. Imprimerie Chantenay, Paris, 1938.

On sait la fréquence relative et surtout la menaçante gravité chez l'enfant des laryngites suffocantes. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de laryngites non diphtériques et dont les caractères cliniques et pronostiques dépendent avant tout de leur localisation sous-glottique.

Même à un clinicien averti, il est parfois difficile de se garder de toute erreur, et c'est avec raison que, s'appuyant sur une expérience étendue, les auteurs insistent sur la valeur des renseignements que fournit en pareil cas l'examen laryngoscopique. L'étude clinique soigneuse du syndrome que l'on trouvera dans le présent travail, l'étude anatomopathologique, les difficultés pratiques du traitement tant médical que chirurgical, où l'on devra d'emblée user de tous les moyens, font ressortir l'importance de la bronchoscopie. C'est donc un des plus grands mérites des auteurs d'insister sur l'importance de la bronchoscopie d'urgence et sur la nécessité d'un service spécialement organisé, où l'opérateur trouvera l'assistance indispensable d'un personnel soignant préparé à sa tâche, de locaux spécialement installés et où la tente à oxygène doit obligatoirement trouver sa place.

Il s'agit là d'un travail d'équipe et il faut souhaiter voir cette notion acceptée par tous dans un avenir prochain.

L. B.

Indications de la roentgenthérapie à minima dans le traitement des oto-mastoïdites, par MM. J.-M. Le Mée et Paul Bernard. Comptes rendus des séances de la Société française d'oto-rhino-laryngologie (congrès de 1937). Imprimerie Chantenay, Paris 1938.

Guidés par des travaux en quelques points analogues de certains auteurs étrangers et par des constatations fortuites faites au cours de leur pratique personnelle, les auteurs ont systématiquement essayé les rayons X contre certaines mastoïdites. De l'étude de 93 cas soigneusement observés, où les rayons ont donné d'heureux résultats, les auteurs tirent d'intéressantes conclusions touchant le traitement de certaines formes d'oto-mastoïdite et le moment auquel il convient de pratiquer l'irradiation. Intéressante étude qui fixe de la façon la plus claire les indications et la posologie de ce traitement qui ne peut s'appliquer que dans certaines conditions qu'ils ont très précisément su reconnaître.

L. B.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N°s 66-67. — 17-20 AOUT 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgie et d'accouchement pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en médecine de quatrième année* (*année* 1938-1939). — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 19 janvier 1939, à 9 heures, à la Salle des Concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du vendredi 4 au mardi 15 novembre 1938 inclusivement (samedis et fêtes exceptés).

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de Santé au plus tard le mardi 15 novembre 1938, à 17 heures, dernier délai.

Hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens. — Un poste d'interne est vacant à l'Hôpital Psychiatrique de Dury-lès-Amiens; afin de le pourvoir un concours sur titres aura lieu prochainement.

Les conditions exigées sont les suivantes : Etre Français, pourvu du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce poste conviendrait à un docteur célibataire ou marié sans enfant, préparant le médicat des hôpitaux psychiatriques.

Traitement et avantages : 1re année, 15.000 ; 2e année, 16.500 ; 3e année, 18.000.

Il est en outre alloué une indemnité annuelle de 1.000 francs pour cherté de vie et une indemnité de 1.200 francs pour cours aux infirmiers.

D'autre part, le titulaire bénéficie des avantages ci-après : Petit logement (3 pièces) avec salle de bain, chauffage, éclairage, blanchissage ; 2° Fruits et légumes ; 3° Vivres à titres remboursables.

Les demandes seront reçues jusqu'au 30 septembre 1938.

Avis de concours. — Il est ouvert, au Ministère du Travail :

1° Un concours sur titres pour un emploi de médecin contrôleur adjoint stagiaire des Assurances sociales, réservé aux hommes ;

2° Un concours sur titres pour un emploi de médecin contrôleur adjoint stagiaire des Assurances sociales, réservé aux femmes.

Les demandes d'admission à ce concours seront reçues au Ministère du Travail, Bureau du Personnel (4e section), 127, rue de Grenelle, à Paris (VIIe), jusqu'au 30 octobre 1938 inclus.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Officiers :* MM. Léon Aublant, directeur des services d'hygiène de Seine-et-Oise, à Versailles ; Gabriel Bidou, médecin-chef de l'hôpital Sainte-Isabelle, à Neuilly-sur-Seine ; Henri Bouquet, rédacteur au « Temps » ; Camille Butzbach, médecin de l'hôpital civil de Belfort ; Robert Chantemesse, à Paris ; Marcel Freysselinard, médecin inspecteur des enfants du premier âge, à Brunoy (Seine-et-Oise) ; Maxime Laignel-Lavastine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié ; Georges Maurel, chef de service de stomatologie de l'hôpital Cochin, à Paris ; Victor Montagnard, à Avignon ; Félix Rafinesque, à Paris ; Victor Rocher, ophtalmologiste à Rouen, chirurgien

en chef à l'hôpital ophtalmologique départemental Forbras, à Rouen ; Auguste Voigt, secrétaire général du conseil supérieur de l'Assistance publique, à Paris ; Bezian, à Gujan-Mestras ; Briand, à Saint-Maurice ; Cortez, à Cublize ; Delmont-Bebet, à Paris ; Moncenix, à Grenoble ; Naveau, à Amélie-les-Bains.

Chevaliers : MM. Artigue, à Courbet ; Austin, à Lyon ; Bellier, à La Chapelle-en-Vercors ; Bera, à Paris ; Bertucat, à St-Bonnet-Le-Château ; Bompard, à Vitry-le-François ; Coulanges, à Bollène ; Degouy, à Boulogne-sur-Seine ; Delbosc, à Castelsarrasin ; Deupes, à Toulouse ; Digonnet, à Paris ; Freysz, à Strasbourg ; Gauthier, à Epinal ; Girard, à Confolens ; Joyeux, à Bourbonne-les-Bains ; Layani, à Paris ; Lemate, à Paris ; Jacques Lenormant, à Paris ; Lepage, à Bégadan ; Montet, à Paris ; Romieu, à Digne ; Savidan, à Lannion ; Segalat, à Paris ; Trégoat, à Bourbiac.

Travail. — *Officier :* M. Fournier, à Capdenac.

Commerce. — *Commandeur :* M. Marcel Midy, fabricant de produits pharmaceutiques et biologiques à Paris.

Distinctions honorifiques. — Ministère de l'Education nationale. — *Officier de l'Instruction publique :* M. Rousseau-Decelle, professeur à l'Ecole de stomatologie de Paris.

Guerre. — M. le médecin général Coudray, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la défense nationale et de la guerre, est nommé directeur du service de santé de la 3e région, à Rouen.

M. le médecin général Hornus, directeur du service de santé de la 6e région, est nommé directeur du laboratoire central des recherches bactérilogiques et de sérologie de l'armée.

M. le médecin colonel Pernin, adjoint au directeur du service de santé de la 6e région, est nommé directeur par intérim du service de santé de la 6e région, à Metz.

Cours de perfectionnement sur le diabète sucré (du 10 octobre au 22 octobre 1938). — Ce cours sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration du professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine ; du professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine ; du docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux ; du docteur Mollaret, agrégé, médecin des hôpitaux ; des docteurs Boltanski, Julien Marie et Kourilsky, médecins des hôpitaux ; du docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des docteurs Derot, Germaine Dreyfus-Sée, Sigwald, chefs de clinique et anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine, et du docteur Doubrow, chef de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS

I. *Etude biologique du diabète :* Les troubles du métabolisme dans le diabète. L'acidose diabétique. La physiopathologie du diabète. Le rôle des glandes vasculaires sanguines dans le diabète.

II. *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. *Etude clinique du diabète :* Le diabète simple et le diabète consomptif. Le diabète infantile. Le diabète rénal. Le diabète bronzé. Les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme, etc...). Diabète et grossesse.

IV. *Les complications du diabète :* Les petits accidents nerveux. Les accidents oculaires. Les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides. Les accidents cardio-vasculaires : le collapsus cardiaque. Les gangrènes diabétiques. Le coma diabétique. Tuberculose et diabète.

V. *La thérapeutique du diabète :* Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés. L'insuline : propriétés et modes d'action. Les traitements chimiques et hydrologiques. Les succédanés de l'insuline. Le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif. Les résultats de la cure insulinique dans le traitement de fond du diabète consomptif. L'insulino-résistance. Traitement du coma diabétique. Les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique. Diabète et chirurgie. L'avenir du diabétique.

Exercices pratiques, sous la direction du docteur Doubrow et de M. de Traverse, chef de Laboratoire. — Les auditeurs seront invités par petits groupes aux méthodes récentes de laboratoire concernant les recherches utiles dans l'étude et le traitement du diabète : La recherche et le dosage des sucres urinaires. Le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée. Le pH et la réserve alcaline. La recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B oxybutyrique. Le métabolisme basal. Etude des lésions anatomo-pathologiques au cours du diabète, etc...

Visite quotidienne dans les salles et présentation de malades diabétiques par le professeur Rathery.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

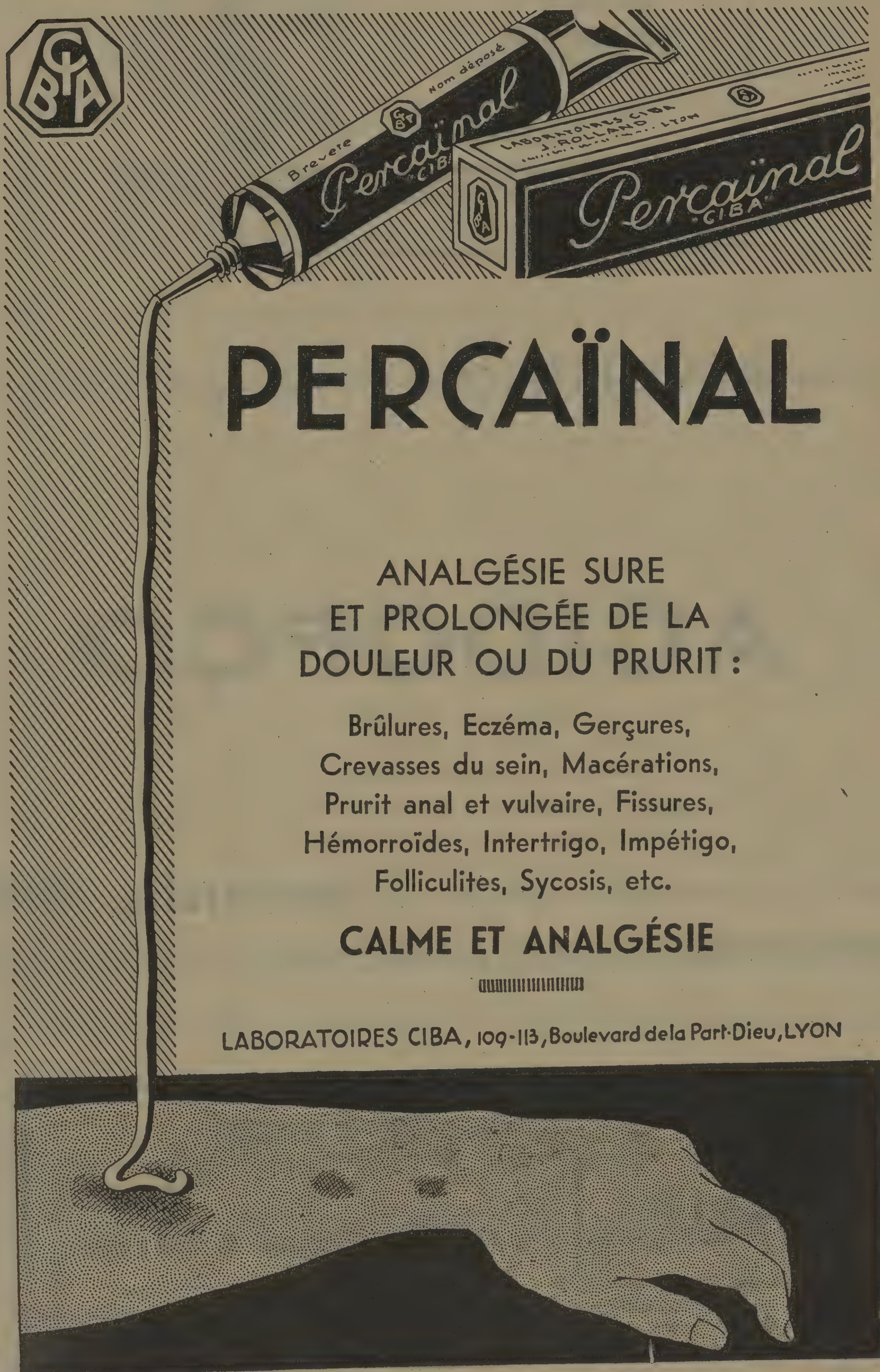
Les inscriptions sont reçues à la Faculté de médecine :

— Soit au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ;

— Soit à l'A.D.R.M. (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscrits n'est pas inférieur à dix.

RENSEIGNEMENTS


Percaïnal
CIBA
Breveté
Nom déposé
LABORATOIRES CIBA
J. ROLLAND
LYON
PERCAÏNAL
ANALGÉSIE SURE
ET PROLONGÉE DE LA
DOULEUR OU DU PRURIT :
Brûlures, Eczéma, Gerçures,
Crevasses du sein, Macérations,
Prurit anal et vulvaire, Fissures,
Hémorroïdes, Intertrigo, Impétigo,
Folliculites, Sycosis, etc.
CALME ET ANALGÉSIE
LABORATOIRES CIBA, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

ACTUALITÉS

LES TRAITEMENTS NOUVEAUX DE LA DÉMENCE PRÉCOCE L'INSULINOTHÉRAPIE

La démence précoce comportait jusqu'en ces derniers temps le pronostic le plus sombre ; certains essais récents, sans l'avoir entièrement transformé, l'ont cependant, semble-t-il, amélioré de façon appréciable, mais ces essais doivent encore être poursuivis avant qu'un jugement définitif soit légitime.

Bien des circonstances rendent en effet délicate, dans la démence précoce plus encore qu'ailleurs, l'appréciation d'un traitement. Les diverses écoles psychiâtriques, en effet, rangent sous cette dénomination des manifestations diverses. La démence précoce est certainement polymorphe, mais il n'est pas douteux que les conceptions des divers auteurs ne sont pas toutes conciliables et que la systématique de certains syndromes doit être révisée. Lorsque l'accord régnera en clinique il sera plus facile de juger des traitements. Il faut aussi compter avec les caprices évolutifs de la démence précoce, quelle que soit la compréhension du terme ; périodes stationnaires, améliorations ou aggravations spontanées, hors de l'action d'aucun traitement sont des faits d'expérience. Il faut donc, avant de formuler aucune opinion, non seulement l'observation d'un nombre de cas suffisant, mais encore un recul assez prolongé pour avoir reconnu la persistance de ce qu'on tend à reconnaître comme l'effet d'un traitement.

De certaines méthodes nous ne ferons que mention. Les unes ne représentent plus que des espoirs déçus : la narcose prolongée et les modifications humorales consécutives dont on souhaitait tirer parti sont du passé.

Les méthodes chirurgicales, telles que les conçoit l'école portugaise (leucotomie) sont pour le moment des tours de force et des jeux d'audace interdits au commun des thérapeutes. Elles sont — peut-être — l'avenir, mais tout jugement dans ce domaine est encore prématuré.

La malariathérapie enfin, si remarquable dans les cas de paralysie générale, n'est ici que dangereuse et à proscrire.

Le plus souvent les promoteurs des méthodes nouvelles ont cherché à créer des conditions humorales considérées comme empêchant les accidents et s'opposant à l'évolution de la maladie. D'autres auteurs se sont autorisés d'incompatibilités cliniques entre manifestations morbides, incompatibilités mal expliquées et peut-être contestables, mais sans doute non illusoires. Les résultats d'un tel empirisme ne permettait pas de le dédaigner.

Si nous n'insistons guère ici sur les procédés de pyrétothérapie ce n'est pas méconnaissance de la considération qu'ils méritent, lorsqu'il ne s'agit plus d'impaludation. Sans avoir une efficacité constante certains agents pyrétogènes ont donné des succès notables ; les composés soufrés en particulier, associés ou non à d'autres substances (extraits hépatiques, or colloïdal, vaccins, produits chimiothérapiques) méritent de garder une place en thérapeutique.

*
* *

Les essais tentés avec l'insuline et par l'emploi de substances convulsivantes sont parmi les procédés récents ceux qui se sont montrés les plus originaux et les plus dignes d'étude.

L'Insulinothérapie fut d'abord employée de façon purement symptomatique pour vaincre l'anorexie de certains mentaux et l'on remarqua qu'un certain degré d'hypoglycémie, auquel s'associait d'ailleurs quelque accalmie chez les agités, était utile à l'effet désiré ; par ailleurs certains agités étaient hyperglycémiques (Wurth, 1924).

En 1930 Sakel commença d'employer l'insuline chez les morphinomanes en cure de désintoxication ; en 1934 il fit les premiers essais dans la démence précoce avec un succès qui lui valut de bientôt faire école.

Moyennant l'adaptation à chaque cas individuel l'insulinothérapie selon Sakel doit parcourir 4 stades successifs ; cette conduite du traitement est acceptée dans son ensemble par les divers auteurs.

Des précautions générales sont nécessaires et doivent être strictement observées. L'hospitalisation est nécessaire, ainsi que la surveillance par un personnel bien formé. Le malade doit être à jeun. Les injections d'insuline doivent être pratiquées à heure fixe chaque jour, sauf le dimanche, jour de repos. Le malade demeure au lit, couché sur le côté ou sur le ventre pour parer à la déglutition incorrecte de la salive secrétée ; il est surveillé médicalement pendant toute la durée d'action de l'insuline et même quelques heures de plus. Une sonde œsophagienne faisant issue par les fosses nasales doit être en place dès le début et enlevée seulement après que le réveil complet est certain depuis quelque temps. Le médecin enfin doit avoir sous la main solutions glucosées buvables et injectables, tonicardiaques, lobéline, adrénaline pour parer à tous incidents.

Pendant la première période les doses d'insuline d'abord faibles puis progressivement croissantes sont administrées de façon à déterminer le seuil de l'hypoglycémie active. A jeun depuis 2 heures au moins, 6 heures au plus, le malade reçoit vers 7 h. 30, en une ou plusieurs fois, 20 unités d'insuline le premier jour, dix unités de plus chacun des jours suivants jusqu'à 40 unités, cinq unités de plus chacun des jours suivants jusqu'à obtention d'une hypoglycémie nette.

A midi le malade prend son premier repas, riche en hydrates de carbone.

Les premières injections ne donnent guère de réaction notable ; les agités, pourtant, se calment un peu. C'est pour une dose moyenne de 75 unités que les accidents appréciables de choc insulinique font leur apparition. Certains sujets sont plus sensibles, d'autres plus résistants ; leur faculté de réaction doit être déterminée progressivement.

Le seuil insulinique ainsi déterminé, commence la 2e phase du traitement ; on provoquera chaque jour un choc hypoglycémique bien caractérisé.

L'horaire des injections est le même ; la dose à injecter est la dose reconnue active ou une dose légèrement inférieure.

Le premier signe de réaction, 2 heures après l'injection, est l'apparition de sueurs profuses, puis avec des intervalles d'excitation psychique légère, une somnolence croissante qui aboutit vers la 3e heure au coma. Celui-ci varie selon les sujets entre la somnolence profonde et le carus vrai avec stertor. Réflexes, les uns troublés, les autres disparus ; il existe parfois du tremblement, quelques secousses des extrémités, des mouvements myocloniques ou même une crise épileptiforme généralisée peut survenir. La bradycardie vers 34 est à peu près constante.

On laisse le malade dans cet état pendant une heure ou une heure et demie. On interrompt alors le coma en administrant par la sonde 100 grammes de sucre. Le réveil se produit d'habitude en 10 à 20 minutes et s'accompagne d'euphorie. Si le malade vomit ou si quelque complication survient pendant le coma on injecte dans une veine 60 cmc.

d'une solution de glucose à 33 % qui amène un réveil quasi-instantané.

La sonde ne doit être retirée qu'après réveil total ; on surveillera attentivement le pouls et la respiration ; on se méfiera du spasme laryngé et de l'œdème pulmonaire, complications d'ailleurs peu fréquentes.

A son réveil, le malade est en général d'une lucidité particulière, loquace, plein d'appétit et son état permet de préjuger en quelque mesure de la valeur des succès futurs. A noter un certain degré de frilosité.

Le traitement doit durer 6 semaines ; 35 à 40 chocs sont ainsi réalisés par séries de six jours coupées par un jour de repos.

Le malade demeurera 3 mois ensuite en période de repos ; on jugera à ce moment du résultat obtenu. Si l'on juge que l'amélioration est incomplète ou seulement peut être augmentée, on pourra renouveler une cure semblable à la première ou, selon la méthode de Sakel, donner chaque jour, en 1 ou en 3 fois, des doses d'insuline inférieures au seuil antérieurement déterminé. La surveillance devra d'autant moins se relâcher à ce moment que c'est surtout dans cette 4e période que peut se manifester la sensibilité à l'insuline.

Il est des variations notables, selon les malades et selon surtout les formes cliniques et l'ancienneté des troubles mentaux. Ce sont là les principaux facteurs du pronostic.

Dans l'ensemble, au réveil du malade, les fonctions les plus différenciées et les plus récemment acquises reparaissent les dernières, alors qu'elles avaient disparu les premières.

Les accidents et les complications sont peu fréquents et le traitement, malgré son apparence dramatique, paraît sans danger sérieux lorsqu'il est conduit correctement.

On peut cependant observer des vomissements spasmodiques lors de l'administration du sucre par la sonde ; on y parera aisément par des injections intraveineuses de glucose.

La sialorrhée peut être à l'origine de pneumonies de déglutition qu'il est facile d'éviter en plaçant le malade dans une attitude appropriée.

Il peut se produire, de façon rare d'ailleurs, du spasme de la glotte ; cet accident grave par lui-même est justiciable des injections de glucose intraveineux et de lobéline.

C'est aussi du glucose intraveineux, associé à l'adrénaline, que relèvent les crises d'épilepsie répétées, engendrant le collapsus. On pourra, dans une certaine mesure, en prévoir l'apparition lorsqu'on verra la température du malade subir une brusque élévation.

Il ne faut pas non plus négliger la tendance du malade au refroidissement, favorisée par la sudation profuse. Les divers moyens de réchauffement seront employés et occasionnellement une injection d'atropine.

Les incidents et complications n'ont donc sur le pronostic de l'hypoglycémie provoquée elle-même qu'une influence modérée.

Il est à noter que quelle que soit la dose d'insuline injectée, la glycémie ne tombe généralement pas au-dessous de 40 milligrammes. Ce minimum est en général atteint 2 heures après l'injection ; la remontée s'opère spontanément et graduellement, sans parallélisme d'ailleurs avec la profondeur du coma. Il est des sujets chez qui l'injection provoque en réponse assez rapide une sécrétion massive d'adrénaline. De tels sujets ne peuvent subir de très gros chocs ; ils se reconnaissent cliniquement à l'élévation brusque de la tension artérielle, accompagnée d'un pouls rapide et bien frappé.

A noter aussi l'existence dans certains cas d'une faim exagérée, persistante, accompagnée d'une anxiété et d'une agitation qui détruisent une partie de l'amélioration acquise. Il s'agit, soit d'une hyperadrénalinémie subite, soit d'une dose insuffisante d'insuline. On y parera par une ration alimentaire augmentée et lors des injections suivantes par une posologie plus généreuse.

Il faut également ne pas négliger pendant le début de la convalescence la vulnérabilité psychique particulière de ces malades ; il conviendra donc de leur épargner les émotions, de les garder quelque temps séparés du milieu où les troubles mentaux ont pris naissance et aussi de leur épargner la promiscuité avec les autres malades.

*
**

Ces particularités et ces incidents ont leur influence sur le déroulement du choc insulinique lui-même. Ce sont d'autres éléments qui influent sur le pronostic et les résultats éloignés procurés par la méthode thérapeutique.

Les résultats éloignés varient en effet selon la forme clinique des accidents : ils sont dans l'ensemble favorables pour les divers types d'allure active avec dissociation mentale, délire, hallucinations ; ils sont beaucoup moins bons, au contraire, dans les formes avec stupeur et catatonie (Chavany).

L'autre élément important pour le succès final est, de l'avis de tous les cliniciens l'ancienneté des troubles en évolution ; les troubles récents subissent l'influence du traitement, les troubles anciens résistent. Les six premiers mois d'évolution semblent, toutes choses égales d'ailleurs, la meilleure période pour le traitement actif.

C'est ainsi que Strecker qui table sur 200 cas compte que dans les cas récents 2/3 des sujets, dans les anciens 1/3 seulement, ont pu reprendre la vie normale et s'y maintenir de façon durable. Ederle, Andersen partagent cette opinion. Max Muller sur 495 cas compte 82,9 % de succès dans les cas de moins de 6 mois, 65,8 % entre 6 et 12 mois, 43,5 % seulement quand l'évolution a duré plus de 2 ans.

Il convient d'ailleurs de régler quant aux doses et à la durée, la conduite du traitement ; la prolongation ou la répétition des cures ont donné des succès dans des cas d'abord peu favorables en apparence.

Les contre-indications absolues à la méthode de Sakel sont peu nombreuses. L'exagération pendant la cure de formes aiguës des troubles psychiques est de mauvais pronostic et commande l'arrêt définitif et immédiat du traitement. On ne doit pas la confondre avec les réactivations psychiques temporaires pendant la durée de l'hypoglycémie portant sur des troubles psychiques effacés à l'état normal, le malade étant calme et lucide. Le pronostic en est bon. Il faut se garder dans ce cas de supprimer brusquement l'insuline ce qui ne ferait que causer une aggravation ; il faut au contraire continuer l'insuline à dose prudente jusqu'à disparition de la réactivation.

Non moins importantes sont les contre-indications préliminaires au traitement : l'existence de lésions cardiaques, vasculaires ou rénales, l'existence d'une tuberculose pulmonaire surtout contre-indiquent de façon formelle l'insulinothérapie qui pourrait créer un péril immédiat.

Lorsqu'on tient compte des contre-indications et des nécessités du mode d'administration l'insulinothérapie ne paraît pas dangereuse dans son ensemble.

Elle doit cependant être pratiquée avec la plus grande prudence en raison de la fragilité particulière des sujets auxquels elle s'adresse, tant au point de vue organique, vasculaire et neurovégétatif notamment que psychique. L'habitude se crée en effet très vite chez de tels malades dans le domaine psychique. Il semble, d'autre part, qu'un des effets de l'insuline soit de provoquer une décharge prolongée d'adrénaline qui, dans certains cas, plus de deux

heures après la fin du coma (Calmettes) a sans doute été la responsable d'une crise d'œdème pulmonaire.

Mais ce sont là des inconvénients assez rares et qui ne sauraient peser d'un grand poids en présence d'une affection dont le pronostic est si sombre et dont la thérapeutique a jusqu'ici été si pauvre de moyens.

R. Levent.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LA PYRÉTOTHÉRAPIE EN PÉDIATRIE

par M. L. Babonneix,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

La pyrétothérapie, si à la mode aujourd'hui en médecine d'adultes, peut-elle être appliquée chez l'enfant ? Telle est la question que s'est posée M. G. Blechmann (1) et qu'il résout par la positive, non sans faire deux remarques préliminaires : la première, c'est que l'organisme des jeunes sujets supporte parfaitement, dans certaines conditions déterminées, une température anormalement élevée, cette hyperthermie pouvant même s'accompagner, chez les nourrissons, d'une magnifique poussée pondérale, chez les enfants plus grands, d'une euphorie singulière ; la seconde, c'est que la fièvre exerce une action sédative sur certains états pathologiques : coqueluche, asthme, eczéma, néphrose lipoïdique, si voisine de l'affection précédente (L. Ribadeau-Dumas et son école), sans oublier l'épilepsie, dont les anciens auteurs disaient : *Febris accedens spasmos solvit.*

A quels procédés s'adresser pour déterminer cette poussée thermique salvatrice ou curatrice ? On peut :

I. Recourir à la *malariathérapie*, comme l'ont fait Mme Karychevo pour la vulvo-vaginite blennorrhagique, MM. Palisa et Méninger, pour la paralysie générale infantile, Gillot et Dendale, Pierson, pour la chorée de Sydenham, avec des résultats variables.

II. Pratiquer des *abcès de fixation* (Fochier, de Lyon, 1891), comme cela a été effectué dans la plupart des maladies infantiles, et sans qu'on sache bien encore comment agit cette médication : appel leucocytaire, lyse des leucocytes et mise en liberté de leurs ferments catalytiques, action antiseptique de la térébenthine, phénomènes de choc, hyperthermie provoquée ;

III. Se servir de *procédés chimiques :* injections d'huile soufrée, considérées comme inefficaces par certains (H. Grenet, Lesné, Lesné et R. Clément), mais qui a donné de beaux succès à Mad. Clément, de Bruxelles et Benedetti dans des cas de néphrose ; d'histidien ; de novarsénobenzol, encore à l'étude ;

IV. User de la *protéinothérapie :* injections de vaccins, dont surtout, le propidon, dans les affections broncho-pulmonaires, les ethmoïdites (Semelaigne), l'ostéomyélite aiguë ou chronique (Monteiro, Allende), l'impétigo (L. E. Tixier), l'érysipèle du nouveau-né (Boidin et Tierny) ; de vaccin antirhumatismal, dans le rhumatisme articulaire aigu ; de vaccin T.A.B., dans la néphrose lipoïdique ; d'antigènes « squames » dans l'eczéma du nourrisson (L. E. Tixier) ; d'anatoxine staphylococcique, de vaccin entérococcique, de vaccin antistreptococcique ou antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, dans l'eczéma du nourrisson ; de lait (E. Weill, de Lyon), dans certaines intolérances du nourrisson pour cet aliment : les résultats obtenus sont si discordants qu'il est impossible d'en tirer des conclusions nettes ;

V. Se servir de *procédés physiques :* électropyrexie dans l'asthme (Cignolin, G. Blechmann, R. Ch. François et J. Meyer), dans les syndromes adiposo-génitaux (J. A. Huet), cryptorchidie (Dausset et Dognon), purpura (G. Blechmann, M. Autissiers, A. Halphen), convulsions, chorée, acrcasphyxie familiale, encéphalite aiguë (G. Blechmann). Malheureusement, cette méthode est difficile à appliquer chez le nourrisson et non sans danger.

Envisageons maintenant *la pyrétothérapie dans les diverses affections infantiles.*

I. *Affections nerveuses.*

Dans la paralysie générale infantile, elle paraît donner des résultats supérieurs à ceux obtenus par les méthodes classiques (Ch. Pelisa, de Vienne).

Dans un cas d'encéphalite aiguë traitée par les ondes courtes, mort à la huitième séance, sans qu'on puisse savoir si elle est due à la maladie ou au traitement.

Dans la chorée de Sydenham, d'excellents résultats ont été obtenus par Pierson et par Gillot et Dendale, G. Blechmann, A. Halphen et J. Audoin.

Dans un cas d'acrodynie, les ondes courtes ont valu un certain succès à M. R. Ch. François.

Mêmes bons effets dans certaines paralysies infantiles et dans certains cas de démence précoce (Dide et Droinet, Claude et H. Dublineau).

II. *Maladies infectieuses.* — La vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles bénéficie du traitement par les ondes courtes, à condition qu'il soit possible, ce qui n'est pas toujours le cas (Karychevo, A. Halphen, Auclair et M. R. Dreyfus).

M. G. Blechmann cite, comme pouvant être améliorées par la pyrétothérapie, d'autres infections : ethmoïdite post-scarlatineuse, ostéomyélite, méningococcémie, diphtérie, broncho-pneumonies. Dans la diphtérie, M. Szajna injecte, en même temps que le sérum, 1 à 2 cm^3 de propidon, et se déclare très satisfait des résultats obtenus.

III. *Affections cutanées.* — L. Tixier se loue beaucoup de l'emploi du propidon dans l'impétigo : les lésions en activité régressent rapidement et aucune lésion nouvelle ne se constitue. Sur 20 cas ainsi traités, l'auteur ne compte aucun échec. Le traitement externe se borne à de simples mesures de protection.

IV. *Maladie de Bouillaud.* — Tandis que M. Ed. Lesné n'a obtenu aucun succès de la pyrétothérapie, M. H. Grenet a eu quelques résultats heureux dans le rhumatisme avec endocardite évolutive, en recourant aux injections intraveineuses d'or colloïdal.

V. *Néphrose lipoïdique.* — Nous avons déjà parlé d'elle. Signalons, comme contre-indication formelle, la néphrite surajoutée.

VI. *Maladies sanguines.* — Ce sont surtout le purpura à rechutes et l'acroasphyxie.

VII. *Affections endocriniennes.* — Sont justiciables de la pyrétothérapie, la cryptorchidie et le syndrome adiposo-génital.

VIII. Parmi les *affections allergiques*, citons l'asthme infantile, qui, d'après les observations personnelles de M. G. Blechmann, peut parfois être très amélioré par cette méthode thérapeutique.

(1) G. Blechmann, La pyrétothérapie en pédiatrie, *Revue française de pédiatrie*, XIII, n° 4, 1937, p. 411-454.

Nous avons nous-même fait quelques essais dans ce sens. Comme la plupart de nos collègues, nous avons souvent recouru à l'abcès de fixation, sans pouvoir arriver à nous faire une idée nette à son sujet : il nous semble qu'il prend quand la maladie doit guérir et que sa valeur est plus pronostique que thérapeutique. Une fois ou deux, nous avons recouru à la malariathérapie dans la paralysie générale infantile, sans que les résultats aient été très nets. Comme M. Ed. Lesné, nous pensons que les broncho-pneumonies aiguës de l'enfance sont trop variées pour qu'on puisse tirer de leur traitement par les vaccins, des conclusions nettes. Et il n'y a guère que dans les vulvo-vaginites infantiles que M. Roucayrol ait obtenu, chez des malades de notre service traitées par la diathermie, de très beaux résultats, remarquables et par leur rapidité et par leur durée. Encore faut-il que la méthode soit applicable : elle nécessite, en effet, une certaine immobilisation qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir de sujets trop jeunes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 25 juin 1938

Etude du voile du bacille du beurre de Rabinowitch. — M. P. Hauduroy. Ce voile est d'abord composé de bacilles non acido-alcoolo-résistants, tantôt côte à côte, tantôt bout à bout, tantôt en paquets ne présentant à aucun moment une organisation semblable à celle observée dans les voiles de *Mycobacterium phlei.* Peu à peu, les éléments de ce voile deviennent acido-résistants et, vers le 8e-10e jour, la culture est à nouveau composée d'éléments morphologiquement classiques.

Vaccination des animaux par la voie de la moelle osseuse. — MM. S. Mutermilch, E. Agasse-Lafont et A. Grimberg. 1° L'introduction des antigènes par la voie de la moelle osseuse permet, comme les autres voies parentérales, l'élaboration des anticorps spécifiques.

2° Le tous des anticorps ainsi obtenus se montre supérieur à celui qui l'on constate par des injections intra-veineuses des mêmes antigènes.

Les effets de l'insuline-protamine-zinc, comparés à ceux de l'insuline ordinaire, chez le chien dépancréaté et chez l'homme diabétique. — MM. J. Baumel, L. Hédon, G. Heymann, A. Loubatières et A. Vedel ont étudié comparativement les effets de l'I.P.Z. et de l'insuline ordinaire chez le chien dépancréaté, en dosant la glycémie à de fréquents intervalles. Pour eux, les doses d'I.P.Z. suffisantes pour maîtriser le diabète sont comprises entre la moitié et le tiers de celles d'I.O. nécessaires pour obtenir le même effet. Sous réserve de précautions particulières pour éviter les accidents d'hypoglycémie, l'emploi de l'I.P.Z. leur paraît constituer un progrès pour la thérapeutique du diabète.

Sur l'existence d'une action modératrice de la strychnine et de la brucine sur la molle. — MM. H. Busquet et Ch. Vischniac. Les alcaloïdes des Strychnées, après avoir produit sur la moelle leur effet excitant bien connu, provoquent, sur ce centre, une action dépressive qui engendre, chez la grenouille, une paralysie momentanée, et, chez les mammifères, une inaptitude passagère à présenter des convulsions sous l'influence des stimulants médullaires. La conductibilité de la moelle reste intacte ; seul, le pouvoir excito-réflexe est aboli. L'action dépressive médullaire des alcaloïdes des Strychnées doit-elle être prise en considération dans l'emploi thérapeutique de ces substances chez l'homme ? Il ne le semble pas. Toutefois, dans le traitement du coma barbiturique, où les quantités de strychnine administrées sont considérables, il faudrait peut-être tenir compte d'une action dépressive possible, qui irait à l'encontre du but poursuivi.

Action de l'acétylcholine, de l'adrénaline et de leurs antagonistes sur l'excitabilité motrice centrale et périphérique chez la grenouille. — M. et Mme P. Chauchard. L'acétylcholine, l'yohimbine et l'adrénaline modifient dans le même sens l'excitabilité nerveuse motrice centrale chez la grenouille. L'action de l'atropine est opposée à celle de faibles doses d'acétylcholine. Il en résulte des modifications parallèles de l'excitabilité périphérique (subordination).

Glycogène hépatique et glycémies après la mort. — MM. F. Rathery et P.-M. de Traverse. Le glycogène du foie humain prélevé sur le cadavre après 24 heures de séjour au réfrigérateur n'est jamais nul. Il diminue par glycogénolyse, la vitesse du phénomène étant très variable.

La différence qui existe entre la glycémie cardiaque et la glycémie hépatique, au moment des prélèvements, semble être une confirmation du fait qui précède.

L'affection qui a provoqué la mort influence certainement la teneur du foie en glycogène.

Les malades qui succombent après une dénutrition intense présentent, en général, des glycogènes bas.

Même dans les foies présentant des modifications histologiques très profondes, on trouve encore une quantité notable de glycogène.

Dans deux cas de coma diabétique observés, le glycogène était élevé.

A propos de l'immunité syphilitique. Du comportement des lapins traités tardivement, vis-à-vis de la réinoculation. — MM. P. Gastinel, R. Pulvenis et P. Collart. On peut observer, chez des lapins traités tardivement avec intensité, des syphilomes de réinoculation, contrairement à l'opinion de Kolle. Le délai écoulé entre la fin du traitement et la réinoculation est le facteur principal qui règle fréquence et modalité des résultats obtenus.

Les bases animées des foyers pulmonaires tuberculeux. — MM. Loeper, L. Duchon, M. Perrault et J.-P. Herrenschmidt. Il existe au sein même des foyers tuberculeux pulmonaires, comme au sein des suppurations non tuberculeuses, une proportion notable de bases aminées.

L'action directe de ces bases sur les vaisseaux ou les nerfs du poumon semble pouvoir être incriminée dans la production de phénomènes musculaires ou vasculaires, réactions asthmatiques, congestions ou hémoptysies qui surviennent chez ces malades.

La tyraminémie dans la ligature expérimentale des uretères. — MM. M. Loeper, J. Cottet, A. Lesure et A. Thomas. La tyramine a été constatée assez fréquemment dans le sang des néphrétiques. Nous-mêmes avons déjà publié sur le sujet quelques recherches, dont l'intérêt est surtout d'ordre pronostic, puisque l'ascension de la tyramine est souvent progressive et marque en général l'aggravation de la maladie.

La tyramine s'élimine en partie par l'urine. Il est donc naturel qu'elle s'accroisse dans l'imperméabilité rénale, et, en particulier, après ligature des uretères.

Nous nous sommes demandé si la tyramine ne naissait pas dans des humeurs ou tissus à tendance acide, plutôt qu'elle ne provenait de la rétention rénale ; si elle ne résultait pas, en un mot, de la transformation en tyramine d'une certaine proportion de tyrosine.

La certitude est démontrée expérimentalement d'une relation entre la tyrosine absorbée et la tyramine formée.

Comme cette transformation paraît favorisée par l'abaissement de la réserve alcaline, on peut la prévenir en alcalinisant les animaux par l'injection quotidienne de 1 gr. de bicarbonate de soude.

Séance du 3 juillet 1938

Note sur la réaction de l'intra-dermo-réaction à l'adrénaline. — MM. Guy Laroche, J. Saidman, Th. Bartoszek et Boismoreau ont étudié comparativement les réactions cutanées consécutives à l'injection intradermique d'histamine et d'adrénaline.

L'injection d'adrénaline détermine un refroidissement cutané pouvant atteindre 2° et qui persiste beaucoup plus longtemps que le refroidissement à l'histamine. La courbe des écarts thermiques comporte souvent deux poussées de refroidissement séparées par un intervalle de réchauffement relatif. Dans certains cas, il se produit toutefois une élévation de température persistante, analogue à celle observée pour l'histamine, sans qu'il se produise de papule et la réaction gardant toujours son aspect typique en cocarde.

Ils ont observé chez 60 malades au moins trois modalités de réactions cutanées : 1° faible réaction histaminique (1°). Forte réaction adrénalinique (1°), type Basedow ; 2° faible réaction histaminique (1°). Forte réaction adrénalinique (3°), type diabète ; 3° forte réaction histaminique (3°1). Très faible réaction adrénalinique (0°5), type hépatique.

Variations de la formule leucocytaire et du rapport lympho-monocytaire dans la tuberculose chronique de la poule. — M. R. Grimal.

Variations d'excitabilité et de sensibilité pharmacologique des fibres postganglionnaires sympathiques après section des fibres préganglionnaires.. — M. P. Chauchard.

Chimiothérapie de la maladie de Nicolas-Favre expérimentale. — M. C. Levaditi. La p.aminophénylsulfamide exerce un effet thérapeutique indubitable dans l'infection lymphogranulomateuse expérimentale de la souris, succédant à l'inoculation du virus par voie transcranienne. Cet effet est mis en évidence non seulement par l'absence des altérations névraxiques, mais encore par la stérilité de l'encéphale. Ici, comme lorsqu'il s'agit d'infections provoquées par des microbes cultivables, l'activité curative expérimentale des dérivés sulfamidés n'est pas constante, et l'intervention d'un facteur individuel apparaît de la façon la plus nette.

Sur la virulence de cicatrices tuberculeuses pulmonaires, de ganglions broncho-médiastinaux et de fragments de poumons sains. — MM. A. Saenz et G. Canetti font d'abord une étude comparative sur la valeur de l'inoculation et de l'ensemencement, celle-là étant nettement supérieure à celui-ci. Ils étudient ensuite la persistance de bacilles tuberculeux dans les cicatrices calcifiées et scléreuses du poumon, prélevées chez des adultes cliniquement sains. Ils examinent ensuite les ganglions broncho-médiastinaux et concluent que les bacilles rencontrés dans ces ganglions ne proviennent habituellement pas des calcifications qui s'y trouvent.

Réactions de la membrane chorio-allantoïde de l'embryon de poulet aux bacilles tuberculeux bovins. — MM. F. Bloch et L. Costil.

Nécessité d'associer la culture à l'inoculation au cobaye pour la mise en évidence du bacille de Koch dans les produits pauci-bacillaires infectés secondairement. — MM. P. Lowys et Jean-C. Levaditi. Pour mettre en évidence le bacille de Koch dans les crachats des tuberculeux pulmonaires, lorsque les homogénéisations complétées par des centrifugations puissantes n'ont pas permis de constater de bacilles acido-résistants, la culture doit toujours être associée à l'inoculation au cobaye.

L'acide sulfurique, sans action sur la sensibilité de la culture, diminue légèrement, pour le cobaye, le pouvoir pathogène du bacille de Koch.

Le pouvoir anticomplémentaire naturel. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Steeg et J. Dufour. Le sérum humain, dans des cas assez rares et le sérum de cheval, d'une façon constante, peuvent, sans avoir été inactivés, posséder un pouvoir anticomplémentaire très intense. Ces sérums anticomplémentaires ne peuvent pas être employés pour la recherche des sensibilisatrices par la déviation du complément.

Action du sérum de cancéreux sur la régénération globulaire du triton. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Steeg. Le sérum des cancéreux, injecté aux tritons, dont les globules rouges se multiplient, favorise ce processus de réparation. Mais dans certains cas, la régénération sanguine du triton est entravée par le sérum des cancéreux, fait qui paraît en relation avec l'apparition d'anticorps au cours de l'évolution des cancers.

1° Recherches sur les antigènes somatiques du bacille typhique. Sur l'action immunisante antiendotoxique des deux complexes glucodo-lipidiques qui représentent les antigènes o et bi du bacille d'Eberth.

2° Recherches sur les antigènes somatiques du bacille typhique. Sur l'action immunisante antiinfectieuse des deux complexes glucido-lipidiques qui représentent les antigènes o et vi du bacille d'Eberth. — MM. A. Boivin et L. Mesrobeanu.

Action antiendotoxique de certains dérivés sulfurés à fonctions sulfamide, sulfone ou sulfoxyde. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman.

Election. — Mlle D. Kohler est nommée membre titulaire.

Séance du 9 juillet 1938

Préparation d'un sérum antibotulique bivalent par injections au cheval de toxines englobées dans la lanoline. — M. Weinberg et Mlle Kreguer.

Propriétés physiologique de l'écorce d'une stercularcée. — MM A. Clerc et R. Paris ont étudié l'action sur le système circulatoire de la « Mansonia Altissima, plante utilisée comme poison de flèche en Afrique, en injectant une teinture alcoolique d'écorce au 20e, et une solution aqueuse au 1/1000e d'un principe amer qui semble le plus actif, se montre toxique chez le chien, à raison de 0 millig. 2 par kilog. et par voie veineuse. Il s'agit d'un poison appartenant vraisemblablement au groupe digitalique et qui amène la mort en hyperdiastole, après avoir excité l'oreillette, la paralyse tandis que le ventricule, après s'être ralenti temporairement, devient anarchique à la période terminale. Quant à la pression artérielle, avant de s'effondrer au moment de l'arrêt cardiaque, elle subit une élévation notable.

Le choix de la température d'inactivation des sérums. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Steeg et J. Dufour. On doit choisir pour inactiver les sérums, la température qui fait disparaître l'alexine, sans développer le pouvoir anticomplémentaire. Cette température n'est pas la même pour toutes les espèces animales. Elle varie, pour l'homme suivant l'âge et l'état normal ou pathologique des sujets.

Les caractères du pouvoir anticomplémentaire naturel. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Steeg et J. Dufour. Le pouvoir anticomplémentaire naturel est thermolabile et résiste mal à l'action du vieillissement. Ses propriétés permettent de le rapprocher du pouvoir anticomplémentaire qui se développe dans le sérum humain conservé à la glacière.

Action du bromure de sodium sur la conservation de l'alexine de cobaye. — M. L. Steeg. On peut obtenir la conservation de l'alexine pendant plus de trois semaines, en mélangeant le sérum de cobaye par partie égale avec une solution à 5 p. 100 de bromure de sodium dans l'eau physiologique.

Propriétés pathogènes et antigéniques des souches électropositives et électronégatives des bacilles paratyphiques B.

Relations entre la charge électrique et l'âge des germes d'une même culture. — M. R. Seigneurin.

Rôle des polypeptides dans la réaction sérologique du cancer. — MM. I. Grundland et H. Bulliard constatent que dans le cas du mélange sérum-extrait cancéreux (réaction sérologique du cancer M. Aron), la floculation est sous la dépendance de la présence des polypeptides dans l'extrait. L'adjonction de sels métalliques ne permet pas d'individualiser un principe spécifique du cancer dans l'extrait.

Sur le pouvoir œstrogène des protides (polypeptides). — MM. H. Bulliard et I. Grundland.

L'épreuve d'hyperglycémie provoquée chez les diabétiques. — MM. F. Rathery, M. Froment et P.-M. de Traverse effectuant plusieurs épreuves d'hyperglycémie provoquée chez des diabétiques divers, en un temps très court, ont observé des réponses fort variables, d'un jour à l'autre, sans rapport avec les glycosuries concomitantes.

Ils pensent que cette épreuve ne renseigne que sur l'état de réaction de l'organisme au moment où elle est pratiquée.

Passage de l'antitoxine tétanique à travers la barrière vasculo-méningée chez l'homme, au cours de l'immunisation passive. — MM. R. Sohier, Ch. Jaulmes et J.-F. Buvat.

Sort de la toxine colibacillaire dans l'organisme du lapin au cours du phénomène hémorragique de Sanarelli-Schwartzman. — M. Paul Boquet.

Lésions cérébelleuses consécutives à des accidents hypoglycémiques chez un chien dépancréaté traité par l'insuline-protamine-zinc. — MM. L. Hédon, A. Loubatières et J. Broussy.

Le taux du fer et du cuivre dans l'œuf. Les variations de ces deux métaux suivant l'âge de la poule. — MM. Edmond Lesné, Pierre Zizine et Sotorios Briskas. Le jaune d'œuf contient des quantités appréciables de fer et de cuivre.

Le blanc d'œuf ne renferme pas de fer, mais il est assez riche en cuivre, tout en l'étant sensiblement moins que le jaune d'œuf.

Avec l'âge de la poule, la richesse de l'œuf en fer et en cuivre diminue.

Ces résultats sont comparables à ceux que nous avons obtenus par des dosages dans le lait de femme et des différents mammifères.

Influence de l'ingestion de fer et de cuivre sur la teneur de l'œuf de poule en ces deux métaux. — MM. E. Lesné, P. Zizine et S. Briskas. L'ingestion de fer ne modifie pas la teneur du jaune d'œuf en ce métal et diminue sensiblement le taux du cuivre.

L'ingestion de cuivre diminue sensiblement le taux du fer et augmente le taux du cuivre dans le jaune d'œuf.

L'ingestion de fer et cuivre augmente la teneur du jaune d'œuf en fer et ne modifie pas le taux du cuivre.

Le blanc d'œuf contient de petites quantités de cuivre alors qu'il ne renferme pas de fer ; cette teneur en cuivre n'est pas modifiée par l'ingestion de fer ou de cuivre.

Ces expériences démontrent quelques modifications de la composition des œufs en rapport avec le régime des poules.

Disparition par sulfoconjugaison de l'action physiologique de la tyramine. — MM. M. et J. Loeper, A. Lemaire, J. Cottet et J. Parrod ont obtenu, par sulfoconjugaison, un acide tyramine-sulfurique qui a perdu les propriétés capitales de la tyramine.

Ces expériences ajoutent à nos connaissances sur la neutralisation de certains corps toxiques et de certaines bases aminées, un élément intéressant. Il est parfaitement possible qu'une telle sulfo-conjugaison ait lieu dans le foie et trouve son application en pathologie hépatique.

Influence comparée de la castration et des injections de folliculine, d'hormone mâle ou d'hormone gonadotrope du lobe antérieur de l'hypophyse, sur la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. Pierre Bourgeois et Mlle M. Boquet.

Action favorisante d'une colite toxique sur l'adaptation pathogène de l'amibe dysentérique. — MM. R. Deschiens et Ph. Decourt. La colite toxique provoquée par l'injection rectale d'huile de Croton favorise l'adaptation pathogène de l'amibe dysentérique. Cette action favorisante est inférieure aussi bien en ce qui concerne le taux infectieux qu'en ce qui concerne le taux pathogène à celle obtenue par le moyen d'une colite microbienne. Peut-être la sécheresse de la muqueuse provoquée par l'huile de Croton contrarie-t-elle en partie l'augmentation du pouvoir pathogène que la colite toxique provoque par ailleurs.

Influence des variations de la température sur la production de l'anesthésie par le bromure de propyle. Teneur de l'encéphale en substance anesthésique. Etude chez le poisson (goujon) maintenu entre 5° et 25°. — MM. Tiffeneau et R. Cahen. La vitesse de fixation de l'anesthésique dans l'encéphale croît en fonction de la température. La courbe représentative du phénomène est d'allure parabolique.

Influence de l'hyperthermie et de l'hypothermie : sur la production de l'anesthésie par le bromure de propyle chez le cobaye. Teneur de l'encéphale en substance anesthésique. — MM. Tiffeneau et R. Cahen. L'hyperthermie provoquée par un pyrétogène favorise l'anesthésie en accroissant la vitesse de fixation du bromure de propyle dans l'encéphale. L'hypothermie, provoquée par un antithermique (antipyrine) produit des effets inverses.

Contribution à l'étude des électroencéphalogrammes des épileptiques. — MM. Ph. Pagniez, W. Liberson et A. Plichet.

Sur le mécanisme de l'action peroxydasique de l'hémoglobine. MM. M. Polonovski, Max Jayle et Mlle Glotz étudient colorimétriquement et spectrographiquement l'action des peroxydes sur l'hémoglobine et mettent en évidence l'existence d'un dérivé d'oxydation supérieur de Hb obtenu par action d'une molécule de peroxyde sur une molécule de Hb (suivant la réaction *a*) : $\mathrm{Hb}\,(\mathrm{Fe^{II}}) \underset{b}{\overset{a}{\rightleftharpoons}} \mathrm{Hb}\,(\mathrm{Fe^{IV}})$.

Ils montrent que ce dérivé est responsable de l'action peroxydasique de Hb. Dans un système peroxydasique, il est en équilibre avec la forme réduite (réactions *a* et *b*).

Dosage de l'activité peroxydasique. —M. Max Jayle présente une méthode nouvelle de dosage de l'activité des systèmes peroxydasiques, basée sur un dosage en retour par l'acide ascorbique de l'iode libéré par un système « peroxy-

dase-peroxyde-iodure ». Les quantités d'I. N/100 libérées au bout de trois minutes sont exprimées en U.I. (unités d'iode). Cette méthode permet, également, d'exprimer en unités précises et définies l'activité peroxydasique de l'hémoglobine.

Sur l'étude deux systèmes peroxydasiques sanguins. — MM. Michel Polonovski et Max Jayle mettent en évidence dans le plasma sanguin une peroxydase différant de l'hémoglobine par la cinétique de son action et ses propriétés physiques. Etudant comparativement l'action peroxydasique de l'héméglobine, de la peroxydase du plasma et celle du lait, ils montrent la spécificité de Hb et de la peroxydase du plasma vis-à-vis des hydroperoxydes d'alcoyles (R-OOH) et celle de la peroxydase du lait vis-à-vis de H^2O^2. Il existe ainsi deux systèmes peroxydasiques dans les tissus animaux : les hydroalcoyloperoxydases et les hydroperoxydases.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 25 juin 1938

Les causes d'échecs dans le traitement antisyphilitique prénatal. — MM. Marcel Pinard et P. Montagne insistent sur ces causes : syphilis anciennes méconnues avec lésions viscérales artérielles ou nerveuses. Syphilis héréditaires méconnues avec hypertension ou lésions rénales ou nerveuses. Syphilis héréditaires, le traitement ayant seulement porté sur la mère, en laissant le père de côté, quand celui-ci est également hérédo. L'idéal est de traiter la mère pendant la grossesse et l'enfant après la naissance et de commencer le traitement chez les deux procréateurs avant la procréation.

Rhumatismes chroniques et injections anesthésiantes. — M. R. Massart étudie la question du traitement des algies rhumatismales, par les injections anesthésiques. Suivant les cas, il emploie : 1° les infiltrations des ganglions sympathiques, stellaire pour le membre supérieur, deuxième lombaire pour le membre inférieur ; 2° les infiltrations périarticulaires, en certains points déterminés pour chaque articulation, généralement des insertions ligamentaires ou tendineuses ; 3° les injections intra-artérielles sur l'efficacité desquelles l'auteur insiste tout particulièrement et qui ne présentent aucun danger, à condition d'employer des produits rigoureusement purs.

A propos des pseudo-cancers de l'œsophage. — M. Guisez.

Les brides vestibulo-alvéolaires. Reconstruction plastique du sillon gingivo-jugo-labial. — M. Claoué.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 juin 1938

A propos de l'hystérectomie vaginale. — M. P. Séjournet constate que si l'hystérectomie vaginale garde une certaine faveur parmi les chirurgiens qui la connaissent et l'ont vu pratiquer, ce n'est, pour ainsi dire, qu'à titre d'exception chez des sujets présentant une déficience de leur état général. Pourquoi se demande-t-il le bénéfice de cette intervention, reconnue plus bénigne que l'abdominale, serait-il refusé aux autres malades ? En présence d'un utérus « facile » et lorsque l'indication chirurgicale se borne à l'exérèse totale de cet organe, l'auteur estime, en conclusion, que l'abord direct de l'utérus par voie basse doit être le procédé de choix, car plus simple, mieux adapté et offrant le moins de risques.

Hématome géant de la rate. — MM. H. Burty et Goude.

Traitement du cancer du rectum par voie périnéale avec conservation du sphincter et sans anus iliaque. – M. Duhail.

Supériorité du forage de la prostate à sec sur la résection prostatique dans l'eau. — M. Georges Luys.

La résection des grands abcès résiduels migrateurs du mal de Pott greffé. — M. Raphaël Massart.

Sur les infections « post-abortum ». — M. Bovier.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

Séance du 21 juin 1938

Fracture du maxillaire inférieur traitée par transfixion de l'angle et traction sur appui crânien. — MM. Ginestet et Paoli (du Val-de-Grâce). Le malade présentait une fracture de la branche horizontale au niveau de la dernière molaire. Le fragment postérieur comportant la branche verticle du maxillaire et le gonion était déplacé en haut et en dehors. L'absence de point d'appui postérieur a conduit les auteurs à exercer une traction en sens contraire, par l'intermédiaire d'une anse transfixant l'angle du maxillaire.

Gomme du Masseter révélatrice d'une syphilis tertiaire méconnue à localisations multiples. — MM. Bozo et Friez. Cette lésion ayant entraîné une asymétrie faciale marquée avec trismus a conduit, à propos de l'examen général, à la découverte d'une lésion spécifique de la troisième articulation sterno-costale droite et d'une périostite claviculaire. Sérologie extrêmement positive. Amélioration clinique manifeste après huit injections de Bivatol.

Note préliminaire sur l'emploi de l'association histamine-histidine dans le traitement des alvéolites. — MM. Cadenat et Boisnière. Après avoir brièvement résumé les hypothèses pathogéniques proposées et rappelé combien est décevante la thérapeutique de l'alvéolite, les auteurs exposent les raisons qui les ont amenés à essayer dans cette affection l'association Histamine-Histidine, dont l'action trophonévrotique et vaso-dilatatrice a été dernièrement utilisée avec succès en chirurgie générale.

Ils préconisent l'injection dans le derme gingival d'un centimètre cube de la solution suivante :

Bichlorydrate d'histamine	0 gr. 01
Monochlorydrate d'histidine	4 gr.
Eau	100 gr.

Pour une ampoule N° 100

Les douleurs intolérables de l'alvéolite disparaissent le plus souvent immédiatement, et il semble que le processus de cicatrisation soit considérablement accéléré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les hépatites, un volume de 262 pages, avec 47 figures. Prix : 60 francs, par Maurice Loeper. Chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1937.

Insufflation tubaire kymographique par la méthode de Rubin, par Louis Bonnet, ancien chef de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 96 pages, avec figures. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les spasmes de la face et leur traitement, par Th. Alajouanine et R. Thurel. Un volume de 88 pages. Prix : 12 fr. Chez Masson et Cie, Paris.

LIVRES NOUVEAUX

La lutte antituberculeuse, par le docteur Denoyelle et Mlle Sirand (avec la collaboration de Mlle Laire). Paris, Amédée Legrand, 1938.

Dans ce manuel à l'usage des infirmières visiteuses conçu dans un but essentiellement pratique, se trouvent condensées l'histoire de la tuberculose, l'étude de sa bactériologie et des principales recherches expérimentales, depuis que le laboratoire a entrepris l'étude de cette infection. Les notions touchant l'hérédité et la contagion, y sont également résumées, préludant à un substantiel chapitre clinique concernant les manifestations de la tuberculose aux divers âges et leur dépistage.

La lutte préventive, la prophylaxie dans la première et la seconde enfance, telles qu'elles peuvent couramment s'exercer ; une étude générale des dispensaires et des établissements de cure, les conditions dans lesquelles la cure libre doit se dérouler pour donner des résultats, forment avec l'étude des divers problèmes d'assistance et de propagande, la partie principale de ce remarquable manuel didactique. Visiteuses et médecins y trouveront en même temps que l'indication de la méthode générale, de nombreux renseignements d'organisation pratique et la solution de menus problèmes matériels, dont l'importance pratique est souvent considérable.

L. B.

Le Livre Blanc. Formulaire médical. Spécialités pharmaceutiques classées par indications. Edition 1938. (Henri Perrier, éditeur-fondateur, 3, rue Aubriot, à Paris (4e).

Voici parue la 8e édition annuelle de ce précieux ouvrage qui, en près de 900 pages, sous un format resté cependant pratique et maniable, condense les renseignements que le médecin a besoin d'avoir toujours à portée de la main.

Les principales caractéristiques qui ont placé le *Livre Blanc* au premier rang des formulaires de spécialités pharmaceutiques ont été maintenues et développées. C'est ainsi que nous retrouvons :

— *La classification des spécialités par indications.* — Il faut, une fois de plus, souligner l'originalité de ce classement, qui groupe les spécialités par action pharmaco-dynamique, ou par principes actifs, ou par formes pharmaceutiques. Cette méthode répond parfaitement aux besoins les plus immédiats de la prescription et aux recherches les plus systématiques. De nombreuses spécialités nouvelles sont venues, cette année, grossir ce chapitre.

— *La liste des spécialités inscrites au Laboratoire national de contrôle des médicaments.* — Elle s'est, elle aussi, enrichie de tous les apports survenus depuis le 1er janvier 1937, soit de près de 200 préparations. Le *Livre Blanc* est seul à publier ces renseignements relatifs aux productions de plus de 1.750 laboratoires divers.

— *Les renseignements généraux*, que chaque édition du *Livre Blanc* renferme, documentent utilement le Corps médical sur les établissements médicaux, les stations thermales et les principales constantes de l'organisme.

En outre, et successivement, les éditions précédentes du *Livre Blanc* ont publié en préface des articles sur :

La Chirurgie, de MM. les professeur J.-L. Faure et Leriche.

Les Médications biologiques, du professeur Arthus.

Les Agents physiques, du docteur Monod.

La Chimiothérapie, du professeur Leulier.

L'Hydrologie thérapeutique, du professeur Piéry.

Etc., etc...

Cette année, les lecteurs trouveront un exposé des : « Acquisitions organothérapiques de 1937 », du docteur A. Arthus, et une mise au point sur la « Curiethérapie » du docteur P. Degrais, qui souligne ce qu'on est en droit d'attendre de cette méthode.

En librairie chez Le François, 91, boulevard Saint-Germain, à Paris (5e). Prix : 30 francs.

Immune-Blood Thérapy of tuberculosis with special references to latent and masked tuberculosis, by Joseph Hollos, M. D., New-York, 1938. (En anglais.)

L'auteur a essayé de faire dans ce livre la somme de ses observations relatives au traitement spécifique de la tuberculose s'étendant à une période de trente années.

Ce travail est en réalité un développement de ses premières publications sur ce sujet dans lesquelles il proposait une conception nouvelle de la tuberculose. La thèse principale en est que la tuberculose apparaît non seulement dans ses manifestations bien connues, mais que sa présence peut être masquée par une grande variété de symptômes complexes ou par des maladies apparemment indépendantes comme la neurasthénie, le rhumatisme, le thyroïdisme, l'épilepsie, etc...

Suivant une méthode indépendante de recherches, Hollós est arivé aux mêmes conclusions que le grand chercheur français Antonin Poncet.

Hollós a employé la méthode de la « dual-tuberculine » de Spengler pendant peu de temps, puis pendant les vingt-neuf dernières années il a travaillé presque exclusivement avec l'hémothérapie spécifique de Spengler.

Le but principal de ce livre est de soumettre à l'attention du monde médical cette méthode de traitement que l'auteur considère comme la plus effective que nous possédions à l'heure actuelle.

Annuaire médical des stations hydro-minérales climatiques et balnéaires de France, sanatoriums et maisons de santé. Edition 1938. Direction : 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

L'édition pour 1938 de cette importante publication comprenant 650 pages, et abondamment illustrée, vient de paraître. Comme dans les précédentes éditions, on trouvera une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur le plus grand nombre de sanatoriums et maisons de santé.

L'ouvrage comprend d'importants chapitres scientifiques : Crénothérapie et climatothérapie (prof. Carnot, Villaret, Chiray, M. Justin-Besançon) ; Thalassothérapie (prof. Giraud) ; Climatologie des côtes de France (prof. Duhot, MM. Barraud et Mercier des Rochettes) ; Organisation antituberculeuse (docteur Louis Guinard).

On y trouvera aussi tous renseignements utiles concernant l'administration des stations et les différents groupements économiques ou scientifiques de caractère thermal ou climatique (M. Chaleix).

Cet ouvrage *sera remis gratuitement*, dans un but d'intérêt général, à tous les médecins et à tous les étudiants en fin de scolarité qui voudront bien le faire prendre aux bureaux de l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Pour ceux qui désireraient *le recevoir par poste*, joindre à la demande d'envoi la somme de *cinq francs pour la France et de quinze francs pour l'étranger*, pour frais d'expédition et d'emballage. — Il sera perçu 9 francs pour les expéditions demandées contre remboursement.

Gestes et procédés techniques de chirurgie générale, par Jean Berger. Un volume de 138 pages avec 124 figures. Prix : 32 fr. Chez Masson et Cie, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

MALADIE DE BASEDOW (1)

Signes — Diagnostic — Indications thérapeutiques

Deux types sont particulièrement fréquents :

1. *Les complications cardiaques :*

Particulièrement étudiées ces dernières années ; seraient plus fréquentes chez les sujets âgés, sans que ce soit une notion absolue.

Il faut distinguer :

a) *Les troubles du rythme cardiaque*, que précisent les électrocardiogrammes réalisant des degrés variables : tachycardie paroxystique, tachyarythmie complète, fibrillation, pouvant conduire, lors d'une poussée, à un état d'*asystolie aiguë* secondaire.

Le déséquilibre vago-sympathique joue le rôle majeur dans la survenue de ces accidents.

b) *L'asystolie basedowienne proprement dite*, où, au trouble neuro-végétatif, s'ajoute (pour le dominer d'ailleurs) la *thyréo-toxicose.*

C'est un état d'*insuffisance cardiaque fonctionnelle*, s'installant en règle après plusieurs à-coups péniblement réduits par les toni-cardiaques, où s'associent : *des troubles du rythme*, généralement tachyarythmie complète ; *des troubles profonds de la circulation périphérique*, avec dyspnée et cyanose, œdèmes, oligurie, hépatomégalie, chute tensionnelle.

Le caractère majeur de cette asystolie basedowienne est de se montrer *rebelle aux toniques du cœur*, et de *ne guérir qu'à condition qu'on ait préalablement réduit l'hperthyroïdie :* c'est pourquoi, loin d'être une contre-indication au traitement chirurgical, elle peut devenir la raison majeure d'intervenir au plus tôt.

2. *La tuberculose pulmonaire.*

Elle apparaît tardivement — et plus comme une complication de la déchéance organique totale que comme une complication propre à l'hyperthyroïdie.

Mais, ces réserves faites, sa fréquence relative explique le soin avec lequel il faut suivre, cliniquement et radiologiquement, l'état pulmonaire des basedowiens.

Quant à l'évolution simultanée d'un syndrome de Basedow et d'une tuberculose pulmonaire (qui peut lui préexister), il faut souligner qu'il s'agit là de *faits rares* — au cours desquels il semble se produire un phénomène de bascule entre les deux affections, généralement d'ailleurs dans le sens d'une aggravation de la tuberculose.

FORMES CLINIQUES

1. *Evolutives.* Essentiellement : la *forme aiguë :* syndrome installé rapidement avec, souvent d'emblée, insuffisance cardiaque grave. Son pronostic est variable. Le plus souvent, elle passe à la chronicité.

2. *Suivant l'âge.*

Le Basedow de l'enfant est rare. C'est surtout chez lui que se voit la forme aiguë.

La symptomatologie est atténuée, mis à part le tremblement parfois choréiforme.

La guérison est habituelle, réserve fait de rechutes à la puberté.

Le retentissement sur la croissance est variable (souvent dans le sens de l'avance).

C'est à son propos qu'on discute de l'*hérédité* du Basedow. Son rôle paraît incontestable, mais doit être cependont restreints (M. Labbé).

Le Basedow de l'homme, beaucoup plus rare que chez la femme, mais infiniment plus grave. Les symptômes génitaux et surtout *psychiques* y sont particulièrement intenses.

Le Basedow chez la femme enceinte.

Rappeler le peu de fécondité des basedowiennes.

Poussées fréquentes. Danger d'hémorragies ou de troubles cardiaques.

3. *Les formes atténuées.*

Formes de transition avec les états hyperthyroïdiens *purs.*

Goitre visible seulement de profil, tête en arrière.

Tremblement à mettre en évidence par les procédés habituels.

Le signe le plus constant est la *tachycardie.*

Grosse valeur également d'un *amaigrissement* associé ou non à un éréthisme cardio-vasculaire anormal.

Elles sont en général le début d'un syndrome qui va se compléter et évoluer.

On peut en rapprocher les ébauches de Basedow que l'on peut voir à l'occasion d'un R.A.A., d'une poussée tuberculeuse, d'une étape génitale.

4. *Les formes étiologiques.* Classiquement, on isole deux grands types :

a) *Le Basedow vrai*, d'étiologie très imprécise.

On incrimine successivement : une infection aiguë (R.A.A. surtout, typhoïde), une infection chronique (tuberculose ou syphilis), une intoxication (iode, opothérapie thyroïdienne exagérée).

En fait, ces facteurs semblent avoir un rôle minime et toujours très secondaire.

Savoir surtout que, dans les Basedows vrais, tel ou tel symptôme peut avoir la prédominance et donner lieu surtout :

1. *Soit à des troubles nerveux* du type sympathicotonique (tachycardie, tremblements, troubles vaso-moteurs, ROC diminué, réaction forte à l'adrénaline).

Du type vagotonique (sueurs, ROC exagéré), ou plus souvent d'un type *amphotonique*, l'exagération du tonus du vague et du sympathique prédominant dans tous les organes sur le groupe *excitateur* (comme le prouve l'épreuve à l'atropine).

2. *Soit à des troubles toxiques de la fonction thyroïdienne* avec amaigrissement très marqué, métabolisme basal très augmenté.

b) *L'adénome thyrotoxique.*

Soit *primitif :* adénome thyroïdien nodulaire des sujets jeunes donnant parallèlement à son apparition et à son développement des signes d'hyperthyroïdisme avec M.B. allant s'augmentant.

Soit *secondaire : goître basedowifié.* Transformation d'un goitre ancien, marquée par l'apparition d'un ou plusieurs signes de la série basedowienne (surtout signes cardio-vasculaires et amaigrissement) avec augmentation du M.B. (qui reste d'ailleurs modéré : 30, 35 %).

Cette transformation peut être, dans certains cas, le signe d'une transformation maligne : c'est dire son intérêt pronostique.

Telle est la théorie dualiste classique (P. Marie — Plummer). Les travaux récents (M. Labbé) lui opposent une *théorie uniciste :* les troubes observés au cours du Basedow et de l'adénome reconnaissent une seule et même cause : l'hyperthyroïdie et il n'y aurait lieu de les distinguer ni théoriquement, ni surtout pratiquement, en particulier au point de vue thérapeutique (chirurgie).

(A suivre.) G. Le Sueur.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938 n° 60, du 27 juillet, p. 974 ; n° 62, du 3 août, p. 1006 ; n° 64, du 10 août, p. 1038.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 68. — MERCREDI 24 AOUT 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — La première séance du concours pour la nomination à deux places de prosecteur, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, aura lieu le mardi 18 octobre 1938, à 16 h. 30, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Dejean, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1938, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire de la chaire: M. Villard).

Faculté de médecine de Nancy. — La chaire d'urologie (dernier titulaire : M. André) de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée, à compter du 1er octobre 1938 en chaire de médecine légale.

M. Mutel, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1938, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

La chaire d'oto-rhino-laryngologie (dernier titulaire : M. Jacques) de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée, à compter du 1er octobre 1938, en chaire de pathologie générale et médecine expérimentale.

M. Simonin, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, à compter du 1er octobre 1938, professeur de pathologie générale et médecine expérimentale à la même Faculté.

Par arrêté du ministre de l'Education nationale en date du 9 août 1938, la chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Toulouse. — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est conféré à M. Moog, professeur de chimie et toxicologie à cette Faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Ecole de médecine de Grenoble. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie interne et de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, s'ouvrira le lundi 27 février 1939 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Guerre. — *Mutations.*

Les Médecins colonels.

Théobalt (E.-F.), médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart, est affecté à l'hôpital militaire Louis-Vaillard, à Tunis.

Gauthier (M.-M.-J.), professeur agrégé da Val-de-Grâce, chargé d'enseignement à l'école du service de santé militaire de Lyon, est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart.

Le Médecin lieutenant-colonel.

Voizard (F.-F.-E.), médecin des hôpitaux militaires, salles militaires de l'hospice mixte de Rouen, et président de commission de réforme, est affecté à l'hôpital militaire Gaujot, Strasbourg.

Le Médecin capitaine.

Albouze (G.-M.-E.), des troupes du Maroc, est affecté au 8e rég. d'artillerie.

Les Médecins lieutenants.

Moniatte (M.-C.), du 1er bataillon de chasseurs à pied, est affecté au 166e rég. d'artillerie, Sarre-Union.

Boquet (H.-A.-G.), du 8e rég. d'artillerie, est affecté au 18e rég. du génie.

Ministère de la Santé Publique. — Il est institué une *commission d'étude* chargée de rechercher et proposer toutes mesures administratives, financières et techniques, pour la réalisation et le fonctionnement de l'*Institut national de la tuberculose*, créé par un décret du 16 juillet 1938.

Cette commission présidée par M. le Recteur Roussy a pour vice-présidents M. Henri Sellier et le professeur F. Bezançon.

Parmi les membres : MM. les docteurs Dezarnaulds, Cavaillon, Evrot, Leroux et Troisier, le secrétaire est le docteur Lestocquoy, l'archiviste le docteur Braun.

Inspection départementale d'hygiène : M. le Dr Jouvelet, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Haute-Garonne, est nommé inspecteur départemental d'hygiène de l'Ille-et-Vilaine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INSPECTEUR HYGIÉNISTE

M. André Parmentier, député, rappelle à M. le ministre de la Santé publique la réponse qu'il a faite sous le n° 6118 à M. Radulph, au sujet de l'activité médicale des inspecteurs départementaux d'hygiène et demande s'il faut conclure de la réponse faite que par voie de conséquence, les médecins inspecteurs départementaux d'hygiène et inspecteurs départementaux adjoints ne peuvent exécuter des examens de laboratoires et analyses diverses à titre onéreux : 1° pour la clientèle ordinaire ; 2° pour des organismes tels que : hôpitaux, dispensaires, hospices, etc. (*Question du 28 avril* 1938.)

Réponse. — L'arrêté du 12 août 1937 fixant les attributions des inspecteurs départementaux et de leurs adjoints prévoit que ces derniers fonctionnaires hygiénistes peuvent être chargés des fonctions de chef des laboratoires de bactériologie et d'hygiène. Les inspecteurs départementaux d'hygiène adjoints peuvent donc exécuter, au compte du laboratoire dont la direction leur est confiée, les travaux que comporte la destination de cet établissement.

J. O. 10 juin 1938.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Bigler (de Bâle), victime d'un accident de montagne.

— Le docteur Ernest Decloux, ancien maire de Néris-les-Bains.

— Le docteur Pierre Dupuy, conseiller général de Noailles (Oise).

— Le docteur Fernand Bergier, à Marrakech.

— Le docteur René Darras (région du Gharb-Maroc).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE HANOÏ

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938

Doctorat d'Etat. — 32. Dang Vu Giac. — Sur le traitement médical de la poradénite inguinale et de ses formes associées.

30. Dinh Van Kinh. — Le typhus murin en Indochine.

40. Hoang Xuan Man. — Recherches sur les amputations de la cuisse, de la hanche et du bassin dans la contiguité et la continuité.

42. Nghiem Xuan Tho. — Contribution à l'étude de la pathogénie des infections du post-partum et de leur prophylaxie.

36. Nguyen Huu Thu. — Contribution à l'étude des ulcérations phagédéniques génitales et périgénitales.

37. Nguyen Tuong. — Considérations cliniques sur la sprue tropicale.

44. Nguyen Tu Van. — Contribution à l'étude de la cure radicale de la hernie inguinale.

38. Nguyen Van Buu. — Contribution à l'étude des ulcères gastro-duodénaux en milieu tonkinois et essai de traitement médical.

28. Nguyen Xuan Ba. — L'ulcère phagédénique dit des pays chauds.

35. Pham Huy Sinh. — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires au Tonkin.

31. Phung Van Cung. — Contribution à l'étude de la paralysie générale chez les Indochinois.

33. Ton That Hoat. — Contribution à l'étude de la sparganose oculaire en Indochine.

26. Tran Cong Trieu. — Contribution à l'étude des syndromes médullaires syphilitiques chez les indigènes du Tonkin.

27. Tran Huu Nghiep. — Contribution à l'étude des anémies graves à ankylostomes au Tonkin.

41. Tran Kiem Phan. — L'endémie goitreuse en Indochine française.

43. Trinh Van Tuat. — Les lésions de l'artère fessière dans la pratique coloniale.

29. Trinh Xuan Tru. — Contribution à l'étude des rapports entre le paludisme et les hépatites chroniques avec sclérose observées en Indochine.

34. Vu Cong Hoe. — Du suicide dans la société annamite.

39. Vu Ngoc Huynh. — Le laquage des dents en Indochine

EXISTE-T-IL UN SYNDROME D'HYPERFONCTION RÉTRO-HYPOPHYSAIRE?

ESSAI DE SYNTHÈSE

Par le docteur M. SCHACHTER (de Bucarest)

Il est assez curieux de remarquer que la connaissance sur la physiologie du lobe postérieur est en quelque sorte plus âgée que celle qui concerne le lobe antérieur, car des trois (ou quatre selon Böttger) hormones de ce lobe : l'orasthine fut découverte encore en 1906 (Dale) et l'anti-diurétine en 1913 (Van den Velden).

Mais la pathologie de ce lobe semble s'être épuisée, dès l'établissement sur des bases anatomiques et expérimentales indiscutables actuellement, de seul syndrome d'insuffisance, qu'est le diabète insipide.

Est-on vraiment, dans cette direction, sur une voie finie ? Ne doit-on pas envisager, l'expérience clinique aidant, l'existence à priori possible de syndromes ou bien de groupements symptomatiques flous encore. mais traduisant un hyperfonctionnement post-hypophysaire ?

Il paraît que la recherche en cette direction a été retardée non pas par le manque de hardiesse ou d'inattention des observateurs, mais plutôt par la crainte de ne pas céder facilement à la tentative « schématisante » qui veut voir *du moins* là où il y a *du plus*, et *vice-versa*. En ce qui concerne tout particulièrement l'endocrinologie, Gley avait vu avec un certain mécontentement cette tendance schismatique en quelque sorte, qui oppose les syndromes hyper- aux syndromes hypofonctionnels.

S'il est vrai comme on l'a dit que l'Endocrinologie est une science en quelque sorte révolutionnaire, dans le sens qu'elle veut rompre avec certaines façons de penser « dogmatiques », il faut voir le fait que justement des endocrinologistes posent actuellement les premières pierres d'un syndrome d'hyperfonctionnement post-hypophysaire, comme étant tout naturel.

C'est, en effet, en Roumanie, qu'en 1930 d'abord, mais trois ans plus tard, et de façon plus précise, notre Maître, M. le Professeur C. I. Parhon, a tracé les contours d'un syndrome d'hyperfonctionnement post-hypophysaire, qu'il appela, nous verrons pourquoi, « syndrome hyperhydropexique » (1933).

Ce syndrome, l'opposé du diabète insipide, se caractérise par l'ensemble des symptômes suivants : *a*) diminution de la quantité d'urine éliminée en un intervalle de 24 heures ; *b*) l'augmentation de sa densité ; *c*) diminution de la sensation de soif, avec rétention tissulaire d'eau et œdèmes, d'où augmentation pondérale de ces malades, et *d*) une tendance nette à l'augmentation de la durée de résorption de la boule d'œdèmes (test de Mc Clure et Aldrich).

Comment se sont présentés les cas observés par M. Parhon et ses collaborateurs ?

Il s'agissait de malades se présentant comme des obèses, dont les tissus semblaient distendus par suite de l'infiltration aqueuse. Dans un cas, concernant une femme, on a noté des ulcérations cutanées qui laissaient sourdre le liquide d'infiltration. Une autre malade avait des œdèmes, qui lui donnaient une apparence presque monstrueuse, une forte oligurie et des crises lypothymiques. Chez elle aussi, apparurent des ulcérations cutanées laissant s'écouler le liquide d'infiltration. L'infiltration œdémateuse est cause de troubles fonctionnels comme : la dyspnée, nervosité, insomnie, cyanose même. Souvent, l'association avec un certain degré de polyglobulie, fait penser au premier regard au syndrome de Cushing.

Dans un cas que nous avons vu aux consultations endocrinologiques (Hôpital « Iubirea de Cameni » avec M. Parhon) il s'agissait d'une jeune servante, de constitution acromégaloïde, qui est venue se plaindre pour des céphalées, troubles des règles (dans le sens d'une légère insuffisance quantitative), mais chez laquelle nous fûmes frappés par l'existence de tissus sous-cutanés bouffis, distendus et mous par suite de la rétention probable d'eau. En effet, nous avons pu nous convaincre que la diurèse de cette jeune malade était basse, qu'elle avait rarement soif, et enfin, qu'elle souffrait assez souvent, sans raison plausible, de lésions ulcératives de la peau avec issue de liquide d'infiltration.

La pléthore des téguments aurait pu faire songer à un syndrome de Cushing, mais il s'agissait d'une fausse obésité, répartie de façon homogène et non segmentaire. Elle s'est montrée ne pas être polyglobulique, sa tension artérielle était dans les limites physiologiques.

Les examens complémentaires ont montré que le cœur et l'appareil rénal étaient indemnes et que l'on pouvait exclure une infection syphilitique. Nous avons fait quelques épreuves qui nous montrèrent, en effet, que le taux des urines pour 24 heures ne dépassait pas 700 grammes et que la boule d'œdème de Mc Clure et Aldrich se résorbait très lentement. Les autres recherches concernant le métabolisme des lipides et lipoïdes furent impossibles, étant données les circonstances dans lesquelles nous pûmes voir cette malade. La seule confirmation de notre diagnostic fut de savoir que les injections d'un diurétique mercuriel prescrit par nous provoquèrent à deux reprises des importantes éliminations d'eau (la malade nous dit qu'elle avait éliminé des quantités qui, d'après sa description, dépassaient 1.500 grammes).

Mais l'examen attentif de la littérature médicale a montré à M. Parhon que des faits analogues à ceux qu'il avait notés furent mentionnés par certains auteurs.

Ainsi le pathologiste C. Sternberg avait étudié le cas d'un malade qui succomba après avoir présenté pendant la vie un état d'anémie et d'œdèmes généralisés et dans le lobe postérieur de l'hypophyse duquel il trouva un amas de cellules névrogliques monstrueuses. Avec raison Sternberg se posa la question de la relation qui pouvait exister entre les modifications hypophysaires trouvées et la perturbation du métabolisme hydro-salin qu'avait présenté son malade.

Simien (cité par M. Parhon) aurait observé, lui aussi, deux cas où des tumeurs de l'hypophyse avaient

coïncidé avec des perturbations du métabolisme hydrique, se manifestant pendant la vie par des œdèmes généralisés.

Mais parfois on peut réaliser ce syndrome de façon presque expérimentale, comme cela arriva, sans le vouloir, dans une observation de Lesné, Lièvre et Boquien (1932) qui surdosant probablement, chez un petit malade souffrant de diabète insipide, l'extrait rétro-hypophysaire, virent en même temps avec la disparition de la soif et de la polyurie, s'installer un œdème du visage et une notable infiltration cutanée et viscérale. Ce syndrome d'hyperhydropexie réalisé quasi expérimentalement, n'a duré qu'une vingtaine d'heures, mais sa signification pathogénique ne peut pas échapper à l'endocrinologiste.

Dans le même ordre d'idées, Thomas (Chicago) a considéré les œdèmes généralisés qu'il rencontra dans un cas concernant une femme, chez laquelle ces troubles de rétention hydrique se répétaient lors de chacune des règles.

Enfin E. Lévy et M. Laudat (1935) considérant du point de vue endocrinologique le problème des œdèmes de la grossesse et des décharges aqueuses post-gravidiques, pensent aussi à la possibilité de l'intervention d'une exagération fonctionnelle du lobe postérieur de l'hypophyse.

En somme, dans tous ces cas énumérés, ce qui attire l'attention sur un hyperfonctionnement rétro-hypophysaire, c'est la présence de phénomènes qui plaident en faveur d'un *excès de l'hormone anti-diurétique*. C'est donc un syndrome hyperfonctionnel *uni-hormonal* du lobe postérieur, comparable aux syndromes uni ou pauci hormonaux (ou encore dissociés) du lobe antéro-hypophysaire. Et, comme il s'agissait dans ces cas d'une phénoménologie de rétention hydrique (opposée à celle de diurèse excessive du diabète insipide), M. Parhon a employé la dénomination de « *syndrome hyperhydropexique* ».

Mais les choses ne devaient pas rester limitées à ce stade, et les hasards de la clinique n'ont pas tardé de nous montrer des complexus symptomatiques plus variés, d'hyperfonction du lobe postérieur.

C'est ainsi que tout récemment E. I. Jones du point de vue clinique, et L. R. Noble, H. Rinderknecht et P. C. Williams (1938) du point de vue pharmacodynamique et expérimental, ont relaté le cas d'un jeune sujet (26 ans) qu'ils ont vu pour une hypertension (19/11), une anémie hyperchrome (=Hb. 78 %, Gl. r. 3.400.000) avec une achlorhydrie totale, et qui leur a suggéré quelques faits ayant abouti à des conclusions inattendues.

En effet, cette association symptomatique chez leur malade leur a rappelé que l'on avait pu produire une anémie hyperchrome par des injections de préparations de lobe postérieur (Dodds, Robb) et que, dans les mêmes conditions, l'on a pu réaliser une achlorhydrie (Cutting, Dodds).

Dès lors, l'association symptomatique d'hypertension, achlorhydrie et anémie hyperchrome chez leur malade, qui ne présentait rien pouvant plaider en faveur d'une infection ou intoxication, a éveillé l'idée qu'on pouvait se trouver en face d'un hyperfonctionnement du lobe postérieur de l'hypophyse. C'est ce que ces auteurs s'efforcèrent de démontrer.

En effet, l'injection chez l'animal d'expérience (le chat) tant du sérum que des urines de leur malade, a permis de noter une élévation notable de la tension sanguine, ce qui démontra *l'existence indiscutable du principe presseur* (ou la vaso-pressine), à un taux important, car seul l'effet hypertensif produit avec l'extrait de 70 cc. d'urines fut apprécié comme étant égal à 0,2 u. pitressine.

L'injection des mêmes produits a donné, d'autre part, un effet *anti-diurétique* des plus nets, démontrant ainsi son excès dans les humeurs du malade.

Enfin, quoique cela n'est pas admis à l'unanimité, l'expression d'un hyperfonctionnement rétro-hypophysaire, l'injection à la grenouille (rana temporaria) de petites quantités (0,1-0,5 cc.) d'un extrait des urines, du malade, a donné un effet mélanoforo-dilatateur des plus intenses.

Il s'est donc ainsi démontré l'existence de l'hormone vaso-pressive, de l'hormone anti-diurétique et mélanoforo-dilatatrice, chez un individu dont la symptomatologie avait permis de poser le diagnostic de probabilité d'hyperfonctionnement rétro-hypophysaire.

En somme, voilà un nouveau tableau clinique, très différent de celui que nous avons décrit plus haut, et qui démontre sa vraie nature endocrinienne dans le sens de l'hyperfonction rétro-hypophysaire.

On n'a pas fait, dans ce dernier cas, des investigations bio-chimiques concernant les divers métabolismes, aussi est-il impossible d'avoir plus de détails.

Cette lacune est par contre, non pas comblée, mais au moins l'on a essayé de la combler, en ce qui concerne le syndrome hyperhydropexique.

En effet, étudiant un nombre plus important de cas, L. Ballif avec I. Gherscovici (1935) relatent avoir noté dans le syndrome hyperhydropexique, en dehors de la rétention d'eau, une rétention de chlore, de sodium et de cholestérol, donc il s'agirait d'un véritable syndrome lipo-hydro-chlorosodique, comparable à ce que H. Zondek avait décrit comme étant une obésité (ou plutôt fausse obésité) hydro-saline, par rétention de sel.

Il est, certes, prématuré de tirer des conclusions à caractère définitif. Les documents sont insuffisants. Mais ce qui importe pour le moment, c'est la suggestion et les perspectives que des observations et constatations expérimentales de ce genre apportent pour l'étude future de *la pathologie hyperfonctionnelle du lobe postérieur*.

Les possibilités de *traitement hormonal des syndromes hyperfonctionnels* du lobe postérieur sont actuellement réduites, pour ne pas dire inexistantes, malgré certaines suggestions clinico-expérimentales qui indiquent la possibilité de l'intervention du lobe antérieur hypophysaire dans la sécrétion d'une hormone diurétique (v. Hann, Fodor et Jankovitch).

Pour le moment, *l'administration de diurétiques* (surtout les diurétiques mercuriels, recommandés par M. Parhon) avec toute la prudence qu'un pareil traitement doit comporter, est suffisante dans le syndrome

hydropexique pour obtenir quelques résultats intéressants.

BIBLIOGRAPHIE

Ballif (C.) et Gherscovici. *Bull. Soc. Roum. Neurol.*, 1935, n° 3, p. 180-185.

Bergmann (G. V.. *Funktionnelle Pathol.*, Berlin, 1936.

Jones (E. J.). *The Lancet*, n° 1, 1938.

Noble (L. R.), Rindenknocht (H.) et Williams (P. C.). *The Lancet*, n° 1, 1938.

Parbon (C. I.).*Bull. Soc. méd. Hôp. Paris*, 13 juin 1933.

Parbon (C. I.) et Barbon (J.). *Bull. Soc. Endocr.* déc. 1935.

Parbon (C. I.), Goldstein (M.) et Milco (St. M.). *Manual de Endocrinologie* (en rom.), Vol. I, 1937, Bucarest.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PAR LE STOVARSOL SODIQUE

par M. L. Babonneix,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

La paralysie générale résiste, on le sait, aux traitements antisyphilitiques les mieux conduits, et, en particulier, aux arsenicaux trivalents, représentés par les arsenobenzènes. Les chercheurs devaient, naturellement, être amenés à se demander si, avec les arsenicaux pentavalents, ils auraient les mêmes échecs. C'est ce qu'ont pensé, entre autres, MM. Sézary et Barbé. Ils ont supposé, de plus, que, si les arsenicaux trivalents ne donnaient pas grands résultats dans le traitement de la neuro-syphilis cérébrale, c'est parce qu'ils n'agissent qu'après avoir été oxydés, et que le tissu nerveux, jouissant de propriétés réductrices marquées, ne peut remplir ce rôle, auquel peut — *a priori* — prétendre un arsenic ayant déjà subi une réduction, comme c'est le cas pour les arsenicaux pentavalents. Quoiqu'il en soit de cette hypothèse, les savants français et américains ont montré l'efficacité, dans la paralysie générale, de ces agents, dont il faut connaître aujourd'hui le maniement. C'est ce que nous explique, avec sa coutumière clarté, M. A. Sézary, dans son livre sur *La syphilis du système nerveux* (Paris, in-8°, 1938, Masson et Cie, p. 222).

Le stovarsol est l'acide acétyl-oxyamino-phénylarsénique (Fourneau et M. et Mme Trefouel, 1921). Il n'est utilisable que par voie digestive. Par voie parentérale, la seule qu'aient employée les auteurs, on ne peut injecter que son sel de soude.

Le sel de soude se présente sous la forme d'une poudre blanche, délivrée dans des ampoules scellées. Les solutions peuvent se conserver plusieurs semaines à l'abri de la lumière, mais il est préférable de les préparer extemporanément : il suffit, pour cela, de verser dans l'ampoule qui contient la poudre 10 cm^3 d'eau bidistillée stérilisée pour 1 g. de stovarsol disodique.

La dose, par injection, est de 1 g. Mais il est préférable de commencer par 0 g. 50.

La solution est injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les masses musculaires. L'injection, indolore, est répétée trois fois par semaine, jusqu'à un total de 21, correspondant à 20 g. 50 de produit. Le traitement est alors interrompu un mois — repris au cours d'une seconde série — interrompu un mois et demi — repris au cours d'une troisième série — interrompu un mois et demi — repris au cours d'une quatrième série. La deuxième année, les séries sont espacées de deux mois. Les années suivantes, si le liquide céphalo-rachidien est normal, elles sont reprises, avec, entre chacune d'elles, des intervalles de trois mois ; s'il n'est pas normal, l'intervalle est réduit à deux mois.

Le traitement de consolidation doit être poursuivi plusieurs années — de 3 à 10 — jusqu'à réduction des anomalies du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Tel est le schéma général du traitement. Quelques points sont encore à préciser.

La dose de 1 g. ne doit pas être dépassée : avec 1 g. 50, on risque de léser gravement le nerf optique.

La voie intra-veineuse est à rejeter, comme dangereuse.

Répétées plus de trois fois par semaine, les injections risquent de provoquer de l'atrophie optique. Moins fréquentes, elles perdent de leur activité thérapeutique.

En ce qui concerne leur nombre total, il ne peut être inférieur à 21 ; mais, si l'amélioration ne se fait sentir qu'à la vingtième injection, il faut poursuivre jusqu'à 30 injections.

Pendant toute la durée du traitement, le malade doit être surveillé très attentivement, car il peut donner, exceptionnellement, des accidents analogues à ceux que donne l'arsenic trivalent : crise nitritoïde, névrite, érythème, érythrodermies ; plus souvent, s'il est mal employé, des troubles graves de la vue. Aussi celle-ci doit-elle être explorée avant chaque injection : existe-t-il des phosphènes ? Le champ visuel est-il rétréci ? L'acuité visuelle n'a-t-elle pas baissé ? Dès que l'on soupçonne le moindre trouble visuel, le traitement doit être suspendu. Si les soupçons se confirment, il doit être interrompu aussitôt.

Le médicament n'est contre-indiqué que chez les sujets qui, ayant un foie et un rein insuffisants, sont exposés au purpura et à la polynévrite, et chez ceux dont le nerf optique se trouve déjà lésé par une atrophie, par le tabes, par l'alcoolisme. Inversement, le stovarsol est indiqué chez ceux pour lesquels on a une raison de redouter la malariathérapie.

Quels sont les résultats du traitement ? Les voici, d'après le dépouillement des 500 observations de MM. Sézary et Barbé.

1° *Résultats neuro-psychiques.* Ils varient selon les formes de l'affection.

Chez les agités, donnant des signes d'excitation psychique ou de délire mégalomaniaque, l'action favorable se fait sentir dans les 2/3 des cas. Elle est plus ou moins complète. Tantôt, en effet, ces malades donnent l'impression d'une guérison totale, tantôt, quoique très améliorés, ils conservent une symptomatologie fruste qui ne trompe guère un observateur averti, tantôt l'amélioration n'est que partielle, les malades sont incapables de reprendre leur ancien métier et doivent en choisir un où les facultés d'attention sont moins grandes et leur responsabilité nulle.

Chez ceux qui souffrent surtout d'affaiblissement intellectuel, l'amélioration ne s'observe que dans la moitié des cas. La dépression nerveuse s'accompagne-t-elle d'idées mélancoliques et surtout d'idées de négation, les améliorations sont encore plus rares.

Enfin, dans la paralysie générale démentielle, les succès ne s'observent que dans un quart des cas.

2° *Résultats physiques.* Ils sont constants : augmentation de poids, reprise des forces, alors même que l'état psychique n'est pas amélioré, et à cette amélioration correspond une prolongation de la survie, de 6 à 10 ans, au lieu de 2 à 3.

3° *Résultats biologiques.* L'action du stovarsol sur le liquide céphalo-rachidien est presque constante, mais plus lente, sans qu'il y ait un rapport constant entre les modifications cliniques et les modifications biologiques. C'est généralement la leucocytose et l'hyperalbuminose qui diminuent les premières, et ce n'est que beaucoup plus tard que

les réactions de B.-W. et de benjoin deviennent négatives. En 2 à 8 ans, le liquide redevient normal.

Mêmes réflexions en ce qui concerne le sang, plus lent à être « négativé », toutefois, que le liquide céphalo-rachidien.

Ces résultats favorables du stovarsol dans la paralysie générale ont été retrouvés par Vurpan, Marchand, Decourt, Mlle Pascal et de nombreux autres psychiatres. Aussi peut-on dire, avec ses parrains, MM. Sézary et Barbé, que ce médicament a aujourd'hui acquis droit de cité en France dans l'arsenal thérapeutique de la paralysie générale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 25 JUILLET 1938

Sur l'action vaso-dilatatrice secondaire de l'adrénaline. — M. Raymond-Hamet.

Influence de la structure des acides aminés sur l'ammoniophanérèse. — MM. Michel Polonowski et P Boulanger.

Etude expérimentale d'un virus isolé du liquide céphalo-rachidien d'un cas de méningo-encéphalite post-vaccinale. — MM. J. Caminopetros, D. Comminos et Mlle Dervou.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 9 juillet 1938

Traitement des traumatismes ostéo-articulaires par les infiltrations de novocaïne. — M. Delaye rappelle les bases physio-pathologiques de la méthode de Leriche : tout traumatisme crée des troubles vaso-moteurs, par déclenchement d'un réflexe né au niveau des extrémités nerveuses de la zone lésée, et réfléchi au niveau du ganglion spinal vers la priphérie par les voies sympathiques. L'infiltration de novocaïne est destinée à rompre l'arc réflexe et, partant, à en supprimer les conséquences. Après avoir rappelé les règles techniques, l'auteur envisage les indications d'abord en général, puis suivant les différentes régions, et il rappelle les règles édictées par Leriche : la méthode doit rester dans des limites précises, fixées par la physiologie pathologique des traumatismes.

MM. Guillermin et Coudane rapportent un seul cas type de guérison de rhumatisme généralisé par amygdalectomie au cours d'un phlegmon péri-amygdalien fistulisé mal drainé. Ils insistent sur la fréquence de cette étiologie rhumatismale dans les services de spécialité. En présence d'un rhumatisme, au lieu du réflexe thérapeutique médical habituel (salicylate), ils s'efforcent toujours de découvrir le foyer responsable qu'ils rencontrent souvent au niveau de l'amygdale, parfois ailleurs (sinus, oreilles, dents). Ils pensent bien qu'il n'y a pas identité absolue entre les rhumatisants des services de médecine et ceux qu'ils ont l'habitude d'observer, mais ils se demandent, si parmi la masse de ces malades médicaux, il n'y aurait pas assez souvent des sujets susceptibles de bénéficier d'une cure chirurgicale du rhumatisme par action sur un foyer d'origine, qu'il ne suffirait que de bien mettre en évidence.

La fièvre bilieuse hémoglobinurique observée en France. A propos de deux cas récents. — MM. Le Bourdelles Boide et Paraire ont observé récemment à Paris, deux cas mortels de fièvre bilieuse hémoglobinurique. Ils signalent, à ce sujet, que la recherche de l'hématozoaire est en France fréquemment négative dans cette affection (5 fois sur 11 observations publiées) ; de même, la malariafloculation peut être entièrement négative. Ces faits permettent d'écarter le paludisme en tant que facteur direct dans la pathogénie de la bilieuse ; bien que le rôle du « terrain palustre » demeure probable, le climatisme tropical paraît intervenir et provoquer chez certains sujets un déséquilibre humoral durable. L'influence saisonnière apparaît nulle dans les observations recueillies en France, et le rôle de la quinine est inconstant.

La contagion trachomateuse chez l'adulte. — M. Canis signale combien la contagion du trachome chez l'adulte a été discutée dans ces dernières années, et souligne l'importance de cette question en ce qui concerne, non seulement le recrutement de nos effectifs coloniaux, mais les possibilités de contamination des effectifs indemnes et de la population civile de la Métropole.

L'acrodynie dite infantile chez le jeune soldat. — MM. Charlin et Klotz rapportent deux cas d'acrodynie, observés chez deux jeunes soldats du contingent. Ces malades présentent la symptomatologie classique de l'acrodynie dite infantile, et leurs observations sont superposables à celles rapportées dans la thèse de Boutet. La pathologie du soldat est très proche de la pathologie infantile, et on ne peut s'étonner de voir apparaître dans l'armée cette affection, de réapparition récente. L'épidémiologie militaire eut déjà à connaître l'acrodynie au siècle dernier, et de nombreux cas furent alors observés au Val-de-Grâce par Coutençaux. Il est intéressant de comparer ces deux cas d'acrodynie avec ceux de l'épidémie de 1830 à 1840.

Remorque pour radioscopie ambulante. Remorque légère pour évacuation de grands malades et blessés. Lanterne transportable pour projection fixe. — M. Sieur. Un lien commun unit les trois appareils et maquettes présentés par l'auteur : *la radioscopie systématique des collectivités.* La radioscopie systématique, pour atteindre sa pleine efficacité, doit remplir trois conditions : *être collective, périodique, ambulante.* Le bloc radioscopique mobile de MM. Andrieux, Clénet, Sieur, répond aux besoins et charges ainsi accrus du radiologiste. Véritable cellule opaque, roulante, il comporte deux réalisations originales, un levier de commande à distance, qui facilite et active le défilé des sujets à examiner ; *un train de roulement amovible.* De ce modèle, en service depuis un an, est sorti le projet d'une remorque légère capable de transporter, même au moyen d'une touriste de série, 3 blessés couchés, et de les amener proprement jusqu'à leur lit d'ambulance ou d'hôpital, voire même à l'étage. Enfin, l'auteur, après avoir éprouvé pendant *cinq ans* au cours de ses missions de radioscopie systématique, l'utilité, la maniabilité et la robustesse d'une lanterne à projection, préconise l'emploi du *stop-film* en combinaison avec le *cinéma*, muet ou sonore.

Guérison de méningite post-traumatique à streptocoque hémolytique par la chimiothérapie associée à la sérothérapie. — MM. Ricard, Larget et Giraud.

Empoisonnement d'une famille par l' « Entolome livide ». — M. Brousses.

Un cas de phlegmon périnéphrétique antérieur droit faisant suite à deux poussées de furonculose. — MM. Martinaud et Charlanne.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

SÉANCE DU 3 MARS 1938

Le réflexe d'extension du gros orteil dans la poliomyélite antérieure aiguë. — MM. BOURGUIGNON et LAIGNEL-LAVASTINE, à l'occasion du procès-verbal, ont repris l'examen électrique du malade présenté à la dernière séance de la Société. Leurs nouvelles constatations, qui s'appuient sur la détermination précise des chronaxies motrices et sensitives, leur ont permis de constater que, dans le cas considéré, comme d'habitude, le réflexe d'extension du gros orteil était lié à une lésion du faisceau pyramidal et constituait bien un signe de Babinski véritable.

Deux cas de syndrome d'Addie. — M. PORRO (d'Alger) présente deux cas de syndrome d'Addie. Le premier est celui d'une femme de quarante-six ans, chez laquelle, à l'occasion d'un simple syndrome de dépression mentale, on constata l'abolition de tous les réflexes tendineux et des troubles pupillaires : inégalité, irrégularité et absence de réaction à la lumière ; ces troubles existaient déjà vingt ans auparavant. Le second est celui d'une jeune femme de trente-deux ans, chez laquelle un syndrome analogue d'une pupille tonique s'associait à un peu de tremblement et à une légère scansion de la parole, qui avaient fait leur apparition dix ans auparavant, pendant une grossesse, au cours d'un épisode fébrile. L'auteur discute, dans ce second cas, l'hypothèse d'une sclérose en plaques fruste, arrêtée dans son évolution. Le liquide céphalo-rachidien était normal chez les deux malades.

M. ALAJOUANINE a observé un cas de pupille tonique dans lequel le liquide céphalo-rachidien, normal par ailleurs, donnait une réaction de Bordet-Wassermann positive, et un benjoin colloïdal subpositif. Sur 8 cas suivis avec M. Rochon-Duvigneaud, on relevait dans 3 des signes de probabilité de syphilis héréditaire.

MM. WELTER et ANDRÉ THOMAS ont pu constater, dans un cas, une réaction tonique localisée à un secteur de l'iris. Grâce à la lampe à fente, on pouvait se rendre compte qu'il existait une atrophie irienne localisée. La contracture pupillaire s'était déterminée par l'excitation d'un point limité du globe oculaire.

Hypotonie et aréflexie tendineuse des quatre membres, nystagmus, troubles cérébelleuxx et dissociation syringomyélique scapulohumérale survenus, à titre épisodique, au cours d'une paraplégie spasmodique par tumeur dorsale éxtradurale. — MM. J.-A. BARRÉ et A. CHARBONNEL (de Strasbourg) présentent l'observation d'un homme de cinquante-neuf ans qui est atteint de paraplégie spasmodique sérieuse par tumeur extradurale. Avant qu'on l'opère, se développent, sans cause apparente, de l'hypotonie et de l'aréflexie tendineuse, non seulement aux membres supérieurs, mais aux membres inférieurs, qui font de la paraplégie antérieure une paraplégie flasque, la motilité volontaire et la sensibilité n'étant nullement modifiées. De plus se développent des troubles cérébelleux des membres supérieurs et une hyperréflexie vestibulaire bilatérale, avec nystagmus horizontal giratoire. La tumeur est enlevée : les troubles paraplégiques s'amendent, ceux des membres supérieurs s'aggravent ; puis le cortège des troubles surajoutés à la paraplégie disparaît rapidement et presque au complet, en même temps qu'on applique la radiothérapie sur la région cervicale. L'hypotonie a présenté les caractères de l'hypotonie cérébelleuse, sans hyperextensibilité.

Parmi les hypothèses faites sur la cause de ces troubles passagers, celle qui a été soutenue par P. Van Cohuchten, et qui met en cause un action hypotonisante et hyporéflexique des voies cérébelleuses, leur paraît la meilleure.

M. Barré émet l'idée qu'il pourrait y avoir intérêt à provoquer la disparition des contractures chez d'assez nombreux paraplégiques spasmodiques, et que des cas comme celui qu'il vient de rapporter peuvent aider au choix de l'intervention chirurgicale qui conviendrait.

Il rappelle les travaux récents de Putnam (de Boston) sur le traitement neuro-chirrugical de l'athétose, et souhaite que l'on reproduise ce qu'un processus pathologique, soit de dilatation épendymaire suslésionnelle, soit de congestion veineuse passive Alajouanine), a pu réaliser chez son malade, en intervenant sur certains faisceaux, des cordons antérieurs, opération à laquelle les progrès de la neurochirurgie récente permettent de penser.

Un cas de névraxite à évolution subaiguë mortelle accompagnée de crampes et d'atrophie musculaire. — M. Th. ALAJOUANINE rapporte l'observation clinique d'un homme qui a été pris de crampes dans les membres supérieurs, puis d'engourdissements et de maladresse des mains et des doigts. Dix mois après le début de l'affection, la moindre opposition à un mouvement volontaire déterminait une crampe accompagnée d'une vive douleur ; on notait, de plus, des secousses fibrillaires et une légère atrophie musculaire sur les deux bras, surtout dans le territoire radiculaire supérieur du côté gauche, et des réflexes musculaires plus vifs à gauche qu'à droite. L'atrophie musculaire augmenta peu à peu, en même temps que cessaient les crampes. Quinze mois après le début apparut la fièvre, qui s'éleva peu à peu pendant les trois derniers mois de l'évolution, avec anémie modérée, sueurs cutanées, desquamation de la paume des mains et sécheresse intense du pharynx. La mort se produisit par phénomènes bulbaires et asphyxie. Les cultures du sang et des urines sont restées constamment négatives. L'auteur ne croit pas, à cause de l'intensité et de la persistance des crampes provoquées, pouvoir rattacher cette observation à la sclérose latérale amyotrophique.

M. LHERMITTE évoque les lésions striées qu'il a constatées dans la maladie de Charcot et aussi les cas de Patrikios, dans lesquels de prétendues scléroses latérales amyotrophiques, diagnostiquées cliniquement, se révélaient anatomiquement comme des myélites infectieuses.

MM. GUILLAIN, BOURGUIGNON estiment que les crampes sont un symptôme fréquent dans la période de début de la sclérose latérale amyotrophique.

M. ALAJOUANINE a vu un malade qui, pendant une blennorragie, a présenté des crampes provoquées multiples, comme celui qu'il présente, en même temps qu'un léger état fébrile et une insomnie rebelle. Le tout a complètement guéri au bout d'un an.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Infirmière hospitalière, guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale, Bordeaux. 2 volumes avec figures. Tome I : organisation de la profession d'infirmière ; soins généraux aux malades ; médecine. Prix : 32 fr. Chez J.-B. Baillière et Fils, Paris (6e). 1938.

Radiothérapie gynécologique, curie et roentgenthérapie, par R. MATHEY-CORNAT. Un volume de 370 pages avec 81 figures. Prix : 60 francs. Chez Masson et Cie, Paris (6e), 1936.

Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone du follicule ovarien, par le docteur GUY DE BERMINGHAM (thèse). Un volume de 50 pages, à la Librairie E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

CONGRÈS

IIe Congrès de l'Insuffisance rénale. — Le IIe Congrès de l'Insuffisance rénale se tiendra à Evian, du 21 au 24 septembre 1938. Ce Congrès, organisé par la Société médicale d'Evian, aura pour Président le professeur F. Rathery, et pour Vice-Président le professeur M. Chevassu.

La question à l'ordre du jour est celle de l'Insuffisance rénale dans ses rapports avec les diverses maladies d'organes. Les rapports suivants y seront présentés : *Diurèse aqueuse dans l'insuffisance rénale* (par les professeurs L. Ambard et F. Schmid, de Strasbourg). — *Sécrétion rénale et appareil respiratoire*, par le prof. Léon Binet, de Paris). — *L'insuffisance rénale, comment on doit la concevoir et la rechercher en clinique* (par le professeur J. Castaigne, de Clermont-Ferrand). — *Les azotémies extra-rénales d'origine mécanique dans les hypertrophies prostatiques* (par le professeur E. Chauvin, de Marseille). — *L'insuffisance rénale en chirurgie urinaire* (par le professeur M. Chevassu, de Paris). — *La lithiase oxalique expérimentale* (par le professeur M. Chiray, le professeur agrégé L. Justin-Besançon, et les docteurs Guy Albot et J. Dieryck, de Paris). — *L'insuffisance rénale dans la sclérose rénale chronique de l'enfance* (par le professeur R. Debré et les docteurs Julien-Marie et Marie-Louise Jammet, de Paris). — *La traversée de l'eau dans les maladies du foie* (par le professeur Noël Fiessinger, de Paris). — *Le mécanisme de l'insuffisance rénale au cours des néphrites* (par le professeur Paul Govaerts, de Bruxelles). — *De l'influence d'un rein malade sur le rein du côté opposé. Etude clinique* (par le professeur C. Lepoutre, de Lille). — *L'insuffisance rénale dans les intoxications d'origine industrielle* (par le professeur L. Michaud, de Lausanne). — *Rein et carences alimentaires* (par le professeur G. Mouriquand, de Lyon). — *Climats et affections de l'appareil urinaire* (par le professeur M. Piery et le docteur Milhaud, de Lyon). — *Les reins et la peau* (par le professeur Louis Rimbaud et le professeur agrégé Pierre Rimbaud, de Montpellier). — *L'insuffisance de l'anémie sur les fonctions rénales d'élimination* (par le professeur M. Roch et les docteurs E. Martin et R. Junet, de Genève). — *L'insuffisance rénale dans les maladies nerveuses et mentales* (par les professeurs Henri Roger, de Marseille, et Y. Poursines, de Beyrouth). — *L'insuffisance rénale et la chirurgie* (par le professeur A. Valerio, de Rio-de-Janeiro). — *Les cures de diurèse dans l'histoire thermale* (par le professeur agrégé E. Chabrol, de Paris). — *Insuffisance cardiaque et insuffisance rénale* (par le professeur agrégé C. Lian et le docteur F.-P. Merklen, de Paris). — *Le syndrome hépato-rénal aigu* (par le professeur agrégé Pasteur-Vallery-Radot et le docteur Maurice Derot, de Paris). — *Insuffisance rénale et glandes endocrines* (par le docteur I. Daniel, de Bucarest). — *L'insuffisance rénale chez les diabétiques* (par les docteurs P. Froment et Bachmann, de Paris).

Chaque séance de rapports sera suivie d'une discussion, pour laquelle les orateurs devront se faire inscrire à l'avance auprès du Secrétariat général. Il est également prévu des communications se rapportant uniquement à l'objet du Congrès, et dont les titres devront parvenir au Secrétariat général au plus tard le 1er août 1938.

La seule langue officielle du Congrès est le français.

Le Congrès comprendra des membres titulaires (docteurs en médecine français et étrangers) et des membres associés. La cotisation des membres titulaires est fixée à 175 francs, et celle des membres associés à 100 francs. Les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine en fin de scolarité bénéficieront des mêmes avantages que les membres titulaires (y compris la remise du volume des rapports), tout en ne payant que la cotisation de membre associé.

Le séjour à Evian pendant la durée du Congrès, le banquet de clôture et une excursion sur le Haut-Lac par bateau spécial seront offerts par la Société des Eaux d'Evian.

Comme d'habitude, les congressistes bénéficieront d'une réduction de 40 0/0 sur les tarifs de chemins de fer français, et éventuellement de certains avantages sur les chemins de fer étrangers.

Pour toutes demandes de renseignements ou d'inscription, s'adresser au *Secrétariat général du IIe Congrès de l'Insuffisance rénale*, 138, avenue des Champs-Elysées, jusqu'au 15 juillet 1938, et, du 16 juillet au 15 août, dernière limite, à la Direction Cachat, à Evian-les-Bains (Haute-Savoie).

Journée du Rhumatisme du 8 octobre 1938
organisée par la Ligue française contre le rhumatisme

a) Le matin, à 10 heures, hôpital Cochin (47, faubourg Saint-Jacques), service de M. le professeur Mathieu : séance clinique avec présentation de malades, avec la collaboration du docteur F. Coste :

« Les résultats éloignés des opérations pour l'arthrite chronique de la hanche et le rhumatisme blennorragique. »

b) L'après-midi, à 16 heures, à la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine : séance scientifique consacrée aux « Formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique ».

Les rapports suivants seront présentés : 1° Formes cliniques: professeur Gougerot, docteurs F. Coste et Durel ; 2° Thérapeutiques médicales : docteur Layani ; 3° Thérapeutiques physiques : docteur Surmont, Mme Michon ; 4° Thérapeutiques chirurgicales et orthopédiques : docteur Boppe.

De courtes communications pourront être présentées par les membres de la « Journée du rhumatisme » sur le sujet mis à l'ordre du jour. Leur texte, ainsi qu'un résumé en cinq lignes pour la presse, devra être adressé au plus tard le 15 septembre au Secrétariat de la Ligue française contre le rhumatisme. Cette Journée du rhumatisme se terminera par un dîner qui aura lieu le soir même au restaurant de la « Reine Pédauque », 6, rue de la Pépinière, Paris.

Inscriptions (comprenant l'envoi des rapports et comptes rendus, et la cotisation au dîner), médecins français et étrangers : 120 francs ; membres de la Ligue française : 80 francs. Adresser toute la correspondance et les inscriptions au Secrétariat de la Ligue française contre le rhumatisme, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

IVe Congrès annuel des médecins électro-radiologistes de langue française (Paris, 5, 6, 7 et 8 octobre 1938), sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique.

PROGRAMME

A la séance d'ouverture, conférence de M. le professeur Joliot-Curie sur : Neutrons et radio-éléments artificiels ; applications biologiques ; hypothèses thérapeutiques.

RAPPORTS

1. *Radiodiagnostic.* — Les résultats des méthodes radiologiques d'examen en coupes de l'organisme. Rapporteur : Professeur Didiée (Val de Grâce).

2. *Electrologie.* — Les phénomènes bio-électriques du système nerveux. Etat actuel de la question ; applications possibles. Rapporteurs : Professeur Baudouin, de la Faculté de médecine de Paris, et Dr Fischgold, assistant d'électro-radiologie de l'Hôpital de la Pitié.

3. *Rœntgenthérapie.* — La Rœntgenthérapie anti-inflammatoire. Rapporteur : Dr Gaston Daniel (Marseille).

4. *Physiobiologie.* — Des lectures seront présentées au Congrès :

Professeurs Palmieri et Giovanni Giordano (Bologne) : Action biologique des rayonnements et des courants de haute et très haute fréquence sur les échanges.

Professeur Lamarque (Montpellier) : Les progrès accomplis en Histo-Radiographie.

Professeurs Soula et Marques (Toulouse) : Données nouvelles sur l'excitation neuro-musculaire.

Professeurs Strohl et Djourno (Paris) : Essai d'interprétation des phénomènes électrotoniques.

Inscriptions : s'adresser au Dr Morel-Kahn, trésorier, 45, rue Scheffer, Paris (16e). Membres actifs : 100 fr.; membres associés : 20 francs.

Adresser toute correspondance à M. le Dr Delherm, président, 1, rue Las-Cases, Paris (7e).

IVe Congrès international de pathologie comparée. — (*Rome, 15 à 20 mai* 1939). Président : M. le prof. Rondoni. Programme : I. *Médecine humaine.*

a) Maladies à ultravirus. Rapporteurs : MM. Di Vestea, Doerr, Haagen, Ledingham, Lépine, Stanley, Zironi.

b) Hérédité en pathologie. Rapporteurs : MM. Caulry, Chiarugi, Mohr, Roessle, Timoféeff-Ressowsky.

c) Fonctions des antigènes associés. Rapporteurs : MM. Castellani, Lanfranchi, G. Ramon.

d) Processus régressifs dans les plantes. Rapporteurs : MM. Nemec, Petri.

Cotisation prévue 150 lire. En seront exonérés certains délégués officiels, les membres du Comité permanent et des membres honoraires invités. Adhésions et cotisations reçues jusqu'au 31 mars 1939. Renseignements : Secrétariat du Congrès, Consiglio nazionale delle Ricerche. Piazzale delle Scienze-Roma.

LIVRES NOUVEAUX

Intoxications et carences alimentaires, par Maurice Lœper, E. Bioy, J. Cottet, M. Debray, R. Degos, L. Duchon, R. Garcin, E. Gilbrin, A. Lemaire, A. Lesure, G. Marchal, J.-L. Parrot, M. Perrault, P. Soulié, R. Turpin, A. Varay (1).

Cet ouvrage réunit les travaux et recherches faits depuis cinq ans dans le service du professeur Loeper. Ces questions sont de plus en plus à l'ordre du jour, elles intéressent le biologiste autant que le médecin ; elles orientent à la fois la pathogénie, la diététique et le traitement.

L'alimentation de l'homme sain souvent trop abondante, presque toujours hâtive et toujours compliquée, est une source fréquente d'intoxication. L'alimentation de l'homme malade souvent restrictive, et aussi l'insuffisance de ses organes font des assimilations incomplètes et des carences regrettables.

Les 16 chapitres qui composent ce livre se rapportent tous à ce sujet ; on n'y trouvera aucune considération sur les aliments altérés ou dont les livres d'hygiène et de pathologie ont déjà montré les dangers, mais des exposés sur les produits d'apparence saine et banale dont le risque dans certaines conditions et chez certains sujets n'est certes pas négligeable.

Chapitres de l'ouvrage :

I. L'hypersensibilité digestive, par M. Loeper. — II. Insuffisances sécrétoires et résidus alimentaires, par E. Bioy. — III. La défense et la protection du tube digestif, par G. Marchal. — IV. Les corps toxiques du milieu intestinal, par M. Perrault. — V. Les microbes du tube digestif. Leur élimination urinaire, par L. Duchon. — VI. Polypeptides et acides aminés de l'organisme (caractérisation et méthodes de dosages), par A. Lesure. — VII. Les défaillances hépatiques, par E. Gilbrin. — VIII. Le foie malade et la carence en vitamine C, par J. Cottet. — IX. Le milieu humoral et les troubles digestifs, par A. Lemaire et J.-L. Parrot. — X. L'oxalurie et l'oxalémie, par A. Varay. — XI. L'équivalent histaminique des milieux organiques. Sa mesure par un test biologique, par J.-L. Parrot. — XII. Les anémies des entéritiques, par P. Soulié. — XIII. Troubles vasculaires et nerveux d'origine digestive, par R. Garcin. — XIV. Les réactions cutanées d'origine digestive, par R. Degos. — XV. Les effets des avitaminoses sur l'appareil digestif, par R. Turpin. — XVI. Traitement local et général de l'insuffisance digestive, par M. Debray.

(1) Un volume de 260 pages. Prix : 60 fr. Masson et Cie, éditeurs.

BIBLIOGRAPHIE

Essais nouveaux de traitement spécifique de l'érisypèle. Dr Eduard Neuber. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 8 mai 1936.) — Le traitement consiste en injections de sérum de convalescent, seul traitement qui puisse être spécifique, puisque l'érisypèle peut ne pas être dû toujours au streptocoque, mais aussi à d'autres germes, et qu'il est souvent difficile par l'examen bactériologique de faire la part de ce qui est infection associée, surtout avec un érisypèle excorié. De plus, sauf dans des cas très graves, l'hémoculture est habituellement négative.

Il est nécessaire pour obtenir un bon résultat de disposer d'un mélange de sérums et de réaliser une polyvalence multiple ; de donner à la fois une quantité suffisante de sérum ; les doses de 50 à 80 cmc. ont une action favorable particulièrement nette surtout sur la température.

Il est indispensable pour obtenir de bons effets que le sérum ait été recueilli assez récemment ; pour sa conservation, la glacière seule est insuffisante, une basse température est nécessaire.

L'injection se fait dans les muscles de la fesse.

Le prélèvement de sérum doit être pratiqué sur des sujets qui n'ont pas reçu de sérum de convalescent, donc les cas légers. Pour ne pas observer de récidive dans les jours qui suivent la chute de température, il est utile de prolonger le traitement quelques jours après la guérison apparente, soit par le sérum de convalescent, soit par chimiothérapie.

Le traitement agit d'autant mieux qu'il est plus précoce et est pratiqué avant l'éclosion d'infections secondaires. Il peut sans surmenage de l'organisme se combiner avec tout autre traitement physiothérapique ou chimiothérapique.

R. Levent.

La psittacose et sa prophylaxie. K. F. Meyer. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1937, n° 52.) — La contagion est due à des poussières infectantes provenant des sécrétions respiratoires et des excréments de l'oiseau. L'infection a, en général, une porte d'entrée respiratoire ; son passage sur l'homme n'en diminue pas la virulence. L'incubation dure de 7 à 14 jours, mais a pu se prolonger jusqu'à 39 jours. Le début est d'apparence grippale, puis apparaissent des signes de bronchopneumonie avec parfois des in-

fections associées. Il existe de la leucopénie, qui cède en général au traitement par le foie. Les transfusions donnent de bons résultats.

L'agent infectieux est présent dans les crachats, dans le sang et peut être inoculé à la souris. Chez le perroquet il existe, en dehors des formes mortelles aiguës, des formes lentes, et certains oiseaux peuvent être porteurs de germes ; certaines espèces d'oiseaux peuvent, mêlés aux perroquets dans les mêmes cages, servir, en raison de leur sensibilité à l'infection, de témoins avertisseurs. Il semble que les corpuscules décrits par Levinthal-Cole-Lillie soient les agents infectants.

L'infection guérie engendre chez l'homme un certain degré d'immunité dont le mécanisme demeure inconnu.

R. LEVENT.

Méningo-encéphalite et rubéole. Charles F. Read. (*The Journal of the American Medical Association*, 28 août 1937.) — Malgré sa bénignité, la rubéole peut causer l'encéphalite ; quelques cas en ont déjà été rapportés (Brock, 129, cas mortel ; Merrick et Koskoff : 4 cas au cours de l'épidémie du Massachussets, 1935).

L'auteur en a dénombré 18 cas, dont un personnel qu'il relate. Il note la prédominance légère chez l'homme (10 fois sur 18) ; le début de 2 à 7 jours après l'infection. Symptômes habituels : céphalée (8 fois), convulsions (9 fois), confusion mentale ou stupeur ; des troubles oculaires (7 fois) ; nystagmus, strabisme en particulier ; des paralysies oculaires, soit 1 p. 100 ; 208 ont pu être retrouvés : 24 fois), nystagmus, strabisme en particulier ; des paralysies ou parésie (4 fois ; signe de Babinski (10 fois), signes cérébelleux (2 fois). En général, température pas très élevée. Liquide céphalo-rachidien : hypertension, 5 à 400 éléments au millimètre cube, hyperalbuminose (6 fois sur 7), glycorrachie toujours égale ou supérieure à la normale quand elle a été recherchée. Mortalité, 2 cas (11,1 p. 100).

R. LEVENT.

Prophylaxie et traitement de la rougeole par le vaccin. A. Hottinger. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 2 octobre 1937.) — En deux ans, l'auteur a observé 279 coquelucheux, dont seulement 5 adultes. 177 n'ont reçu aucune vaccinothérapie ; 53 ont reçu du vaccin à titre de traitement ; 49 en ont reçu à titre prophylactique. L'auteur en conclut que le vaccin est susceptible, dans la plupart des cas, d'abréger l'évolution, de diminuer la violence des accès et n'est guère inactif que chez une minorité de sujets, enfants ou adultes.

La vaccinothérapie doit être mise en œuvre aussitôt que possible, en tout cas avant l'acmé de la maladie. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez les grands nourrissons et pendant la première enfance. Les réactions au vaccin ne sont jamais que peu intenses et très passagères, sans aucun danger. Le nombre des complications est également diminué par le vaccin ; la convalescence est facilitée et l'état général se conserve meilleur.

R. LEVENT.

L'ultravirus tuberculeux ; son existence n'est pas démontrée. G. Petragnani. (*Annales de Medecine*, février 1938.) — En 1928, Calmette concluait le rapport à la VIe Conférence internationale de la tuberculose (Rome) en ces termes : « L'état actuel de nos connaissances sur les propriétés biologiques et pathogéniques du virus tuberculeux dans la phase évolutive, pendant laquelle il est invisible aux grossissements les plus forts que nous donne le microscope, en même temps que filtrable à travers des filtres de porcelaine, permet encore d'apercevoir de nombreuses lacunes que les expériences devront s'efforcer de combler. »

Rien n'est venu depuis dix ans, dit l'auteur, apporter de confirmation supplémentaire à la la théorie de l'ultra-virus tuberculeux ; les travaux de Valtis, d'Arloing, de van Deinze n'emportent pas à son avis la conviction. Les travaux personnels de l'auteur n'ont pas non plus levé ses doutes. On n'est même pas en accord absolu sur les processus cliniques dus à cet ultra-virus.

Les symptômes observés sont tout aussi aisément explicables par une infection pauci-bacillaire due à quelques bacilles comme on en trouve même dans les filtrats. D'autre part, les infections peuvent varier selon l'état de l'organisme et celui des tissus, selon la vieillesse, la diminution de vitalité ou de virulence du bacille lui-même ; invoquer un virus d'autre sorte est inutile.

Le fait d'une allergie existant chez le nouveau-né vis-à-vis du filtrat et non de la tuberculine est lui-même encore discuté.

Pour l'auteur, il est donc encore prématuré de parler du tableau clinique de l'ultra-virus tuberculeux ; toutes les tuberculines et tous les extraits — ou presque — du bacille peuvent renfermer le prétendu ultra-virus puisque, d'après Calmette, celui-ci imprègne tous les voiles bacillaires. Il y a encore à son avis trop de place pour les erreurs et les différences de techniques pour permettre encore de conclusion ferme.

R. LEVENT.

Une épidémie de dysenterie et de para-typhoïde sur un vaisseau-école. Edward R. Peirce. (*The British Medical Journal*, 29 janvier 1938.) — Le 18 septembre, 2 élèves se plaignant de malaise général et de fièvre sont hospitalisés, et le diagnostic établi est celui de dysentérie type Sonne. L'un d'eux a son exeat 10 jours plus tard, mais doit, la semaine suivante, être hospitalisé à nouveau ; il s'agit cette fois de paratyphoïde.

Le 19 septembre, 12 élèves présentent à leur tour de la diarrhée pendant vingt-quatre heures. Le 1er octobre, 1 élève, le 3 octobre 3 élèves sont à leur tour atteints de paratyphoïde.

Le premier cas était un élève nouveau ; on trouva dans ses urines du bacille paratyphique B à plusieurs reprises on n'en constata nulle part ailleurs.

Sur les 128 élèves du vaisseau-école, on observa 11 paratyphoïdes certaines et 4 cas douteux, parmi lesquels 2 eurent un séro-diagnostic positif et 1 autre une hémoculture positive.

L'épidémie de dysentérie semble pouvoir être attribuée à la présence d'un porteur de germes.

Des améliorations de certains locaux et la vaccination ont rapidement fait cesser l'épidémie.

R. LEVENT.

L'érythème infectieux aigu (cinquième maladie). Une épidémie à Bucarest en 1934. (*Revue française de Pédiatrie*, 1937, n° 4.) — Cette épidémie est la première jusqu'ici décrite en Roumanie, où l'on n'a signalé jusqu'ici que des cas sporadiques. Elle se compose de 15 cas. La période d'incubation a été ici 7 jours, donc la durée minima classiquement admise (7-14-17 jours). Aucun prodrome : l'éruption a été le premier signe, débutant au visage pour s'étendre ensuite aux membres et respectant le reste du corps. Dans 5 cas cependant, le visage même est resté indemne. Eruption discrète, sans prurit ni manifestation notable au niveau des muqueuses. Evolution bénigne et sans complications. La quasi totalité des cas a été observée entre janvier et avril.

R. LEVENT.

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MÉDICAMENTS CAMPHRÉS : LE CAMPHOSULFONATE D'HEXAMÉTHYLÈNE TETRAMINE (CAMFORMINE)

par le docteur A. Kaswin, ancien élève de l'Institut Pasteur (1)

Depuis de longues années, les chimistes et les biologistes se sont efforcés de remplacer l'huile camphrée, très active, mais souvent mal résorbée par les tissus, et d'un maniement peu facile, par des dérivés solubles du camphre.

Malheureusement, ceux-ci se sont montrés d'une activité moindre que le camphre lui-même ; tel n'est pas le cas du Camphosulfonate d'urotropine, auquel le docteur Kaswin consacre une étude très documentée et très complète. Ce remarquable travail est le résultat d'une longue expérimentation réalisée dans le laboratoire de physiologie du professeur Ag. Gautrelet, et d'applications cliniques faites dans les services des professeurs Aubertin et Chiray.

Le Camphosulfonate d'Hexaméthylène Tétramine, dont la synthèse a été réalisée par H. Cousin, s'obtient par la combinaison de l'acide de Reychler (B camphosulfonique) avec l'hexaméthylène tétramine à raison d'une molécule d'hexaméthylène tétramine pour une molécule d'acide camphosulfonique. Il se présente sous forme de cristaux très solubles dans l'eau, l'alcool et l'acétone. Il est désigné dans le commerce sous le nom de Camformine.

Dans une longue série d'expériences, Kaswin a recherché l'action du camphosulfonate d'urotropine sur le cœur de grenouille et de tortue, sur le cœur du chien intoxiqué par le chloral et la nicotine, sur les vasomoteurs rénaux et la diurèse. Il a constaté que la Camformine a sur le cœur de la grenouille et du chien une action ino- et bathmotrope positive très marquée, lorsque ce cœur est fatigué ou lésé par une intoxication par le chloral hydraté : son action est supérieure à celle du camphre naturel.

La Camformine augmente la pression artérielle du chien normal. Elle augmente la pression dans la veine pulmonaire sans influencer celle de l'artère pulmonaire. Le débit de circulation pulmonaire est de ce fait activé. La Camformine protège le chien contre le choc peptonique, sans relever sa pression.

La Camformine a toutefois sur le camphre cette supériorité d'avoir une action diurétique remarquable, ainsi qu'un effet tonique sur l'intestin isolé du lapin. La toxicité du C.S.H.T. est à peu près nulle, très éloignée de ses doses actives. Ces expérimentations sont accompagnées de tracés graphiques très démonstratifs.

Kaswin a ensuite employé la Camformine en thérapeutique humaine. Il a constaté une action puissante sur le cœur ; elle renforce le tonus de la systole et le myocarde lui-même, ce qui se traduit par un relèvement de la tension artérielle dans les déficiences cardiaques aiguës ou chroniques. En l'absence de déficience cardiaque, elle est sans action sur la tension artérielle. Cet effet se prolonge pendant au moins une heure et demie.

La Camformine est particulièrement active dans les maladies infectieuses, par l'action combinée du camphre et de l'urotropine : cardiotonique et antiinfectieuse.

Plus active que l'huile camphrée, plus facilement maniable, la Camformine est un cardiotonique d'urgence remarquable, agissant vite et longtemps.

Elle peut être administrée par voie intraveineuse, intramusculaire ou buccale, suivant la rapidité de l'effet à obtenir.

Kaswin insiste sur l'action remarquable de la Camformine dans les pleurésies, la pneumonie du vieillard et la fièvre typhoïde. Il conseille de ne pas dépasser par voie intraveineuse et en une fois, la dose correspondant à 0 gr. 70 de camphosulfonate d'hexaméthylène tétramine. Toutefois, ces doses peuvent être répétées dans la journée à intervalles de 2 à 3 heures au moins, et Kaswin ajoute : « Vu l'écart entre ses doses actives et toxiques, la vitesse de sa destruction dans l'organisme et de son élimination, elle est très maniable. »

Sa présentation en ampoules de 2 et 5 cc. permet de l'administrer aux enfants comme aux adultes, de fractionner autant que l'on veut les doses utilisées. La dose variera entre 2 et 30 cc. par 24 heures. La solution à ingérer sera précieuse aux cardiaques chroniques, aux déprimés, aux convalescents, aux vieillards, aux infectés chroniques, etc.

Elle présente un incontestable progrès thérapeutique.

La Camformine se diffuse, nous l'avons dit, avec une grande rapidité, d'où son action immédiate ; elle s'élimine sous forme d'acide camphosulfonique, d'aldéhyde formique et d'urotropine.

(1) *Thèse de Paris*, 1936.

NOTES POUR L'INTERNAT

MALADIE DE BASEDOW (1)

Signes — Diagnostic — Indications thérapeutiques

5. *Les Formes Associées.*

— Sans insister sur l'association d'un syndrome de Basedow à un *syndrome neurologique* : syringomyélie — épilepsie — tabès — faits rares, dont certains ont cependant tiré argument de cette dernière association, pour prouver l'origine syphilitique du Basedow.

— On aura surtout en vue l'association du G.E. avec un *autre syndrome endocrinien.*

a) Qu'il s'agisse d'*insuffisance ovarienne*, de syndrome *hypophysaire* ou *surrénalien* (acromégalie — Addison).

Dans ces cas, le syndrome basedowien revêt généralement une forme *atténuée* (c'est dire qu'il faut la rechercher avec soin toujours).

b) Qu'il s'agisse surtout d'un *syndrome diabétique* — faits sur lesquels on a récemment insisté.

Des travaux et constatations publiés sur cette question, on peut tirer les conclusions suivantes : le trouble glycorégulateur parfois observé chez les basedowiens peut être le fait :

1. *De la dysfonction thyroïdienne seule*, les réactions d'hyperglycémie *fréquentes* et *transitoires* (avec ou sans glucosurie d'ailleurs) sont les témoins appréciables du trouble de la *glycogénolyse hépatique* — qu'on améliore en traitant le Basedow.

2. *D'une dysfonction insulo-pancréatique associée*, réalisant un diabète ordinaire avec toutes ses formes, et réagissant au traitement habituel au diabète, le traitement

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938 n° 60, du 27 juillet, p. 974 ; n° 62, du 3 août, p. 1006 ; n° 64, du 10 août, p. 1038 ; nos 66-67, des 17-20 août, p. 1070.

anti-basedowien ne parvenant qu'à *atténuer légèrement* le trouble glyco-régulateur.

Il va de soi que cette association aggrave d'autant le pronostic de Basedow.

DIAGNOSTIC

1. *Il se discute à peine dans le Basedow typique.*

a) Eliminer le goître simple, symptôme isolé.

b) Reconnaître l'exophtalmie d'un myope ou l'exophtalmie pulsatile d'un anévrysme du sinus caverneux, ou celle d'une tumeur de l'orbite.

c) Distinguer le tremblement basedowien :
— Du tremblement sénile ;
— Du tremblement parkinsonien — ou de la sclérose en plaques ;
— D'un tremblement *toxique* surtout : alcoolisme et plus accessoirement caféïsme : il prédomine aux extrémités mais s'accompagne de signes digestifs très particuliers ;
— D'un simple tremblement *émotif* enfin, transitoire.

d) C'est le symptôme *tachycardie* qui prêterait le mieux à des erreurs : savoir reconnaître une crise de tachycardie paroxystique essentielle — une tachycardie fébrile, ou toxique (tabac — café).

2. *Il se discute essentiellement dans les formes frustes.* Ce sont ces malades qui se présentent :

Comme des tuberculeux : ils maigrissent — ont de la fièvre, sont fatigués — sont gênés pour respirer...

Comme des cardiaques : ils ont des palpitations douloureuses, des crises de tachycardie, de la danse des artères, et souvent des souffles cardiaques.

Comme des nerveux surtout : leur état mental, leur émotivité, joints à ces troubles vaso-moteurs, dyspeptiques ou endocriniens (génitaux) les fait prendre facilement pour des névropathes.

La difficulté majeure consiste à distinguer ces Basedows, à symptomatologie réduite au minimum, des cas de dystomie vago-sympathique pure, dont on sait la multiplicité d'aspects (*syndromes para-basedowiens*).

D'où la nécessité :

1. D'un examen clinique approfondi — répété au besoin après une cure de repos et de traitement banal.

2. D'une mesure aussi exacte que possible du chiffre du métabolisme basal.

3. D'une recherche soigneuse des tests pharmacodynamiques qui prennent ici toute leur valeur.

Test à l'adrénaline : la réaction d'hyperglycémie, assez considérable, est en faveur du Basedow. Elle se montrerait normale dans les dystonies pures.

Test à l'atropine : montrant dans la majorité des réactions d'*amphotomie*, et non de dystonie.

Tests à l'administration de corps thyroïde, à la quinine — ou à la nitro-pituitine convergeant tous dans le même sens.

Et, à la longue, le syndrome para-basedowien se reconnaît à ce que :

1. Il est insensible aux médications anti-thyroïdiennes et s'atténue par les sédatifs nervins.

2. Il évolue sans aucune modification du M.B. et sans aucune des complications thyro-toxiques.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

1. *Le traitement médical :*

Sa base : le *traitement iodé.*

Iode sous forme de solution *de lugol* ou ses dérivés : diiodotyrosine.

Ses compléments :
— Sérum d'animaux éthyroïdés ;
— Quinine — bromure — digitale ;
— Alcalins — calcium + ergostérol ;

En même temps que : *cure de repos et d'isolement.*

Actuellement : tous les auteurs s'accordent pour le considérer comme *un traitement d'attaque — d'urgence — ou de préparation : il ne saurait être exclusif :* ce n'est qu'une médication adjuvante.

2. *Les Agents Physiques* ou *la Chirurgie* sont les compléments indispensables.

Leur discrimination est souvent une question d'école.

A la lumière des travaux et des statistiques récents, on peut dire que :

1. *Relèvent de préférence du traitement chirurgical :*
— Les goîtres toxiques et adénome basedowifiés (le plus souvent radio-résistants) ;
— Les goîtres à évolution maligne.

2. *Relèvent de préférence du traitement radiothérapique :*
— Les goîtres avec état général très mauvais ;
— avec altérations viscérales graves ;
— avec manifestations psychiques très importantes.

3. *Tous les cas moyens, intermédiaires, prêtent à discussion*

Tenir compte de l'importance de l'hypertrophie thyroïdienne comparée à celle des désordres physiologiques — de l'état cardiaque...

Et en fait ne pas s'acharner à poursuivre le traitement par les agents physiques si celui-ci ne se montre pas actif après 5 ou 6 semaines.

3. *Les Traitements de complément.*

Traitement médical à continuer longtemps sous surveillance médicale attentive.

Certains auteurs ont préconisé récemment :

Radiothérapie sur l'hypophyse.

Radiothérapie surrénale, et dans certains cas :

Ablation du thymus.

Sans exagérer l'importance de ces notions, il est incontestable qu'elles ont une réelle valeur dans les syndromes glandulaires associés — dont on sait l'extrême fréquence.

En conclusion :

Indications thérapeutiques éclectiques — fonction de chaque cas particulier.

Mais qui n'auront de la valeur qu'à condition d'être réalisées en des mains expérimentées, précédées et suivies d'une surveillance médicale très attentive.

Guy Le Sueur.

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. La pathologie du colonial rapatrié, par F. Blanc et L.-A. Bordes, médecins commandants, professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — 1 vol. in-16 de 244 pages. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Les anémies pernicieuses. Contribution à leur traitement par un extrait opothérapique en ampoules buvables ; combinaison des méthodes de Whipple et de Castle, par le docteur Bernard Mouras. In-8° de 83 pages, de l'Imprimerie Fano-Emonet, 16, rue du Grand-Prieuré, Paris (11e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 69. — SAMEDI 27 AOUT 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Légion d'honneur. — Affaires étrangères. — *Officier :* le docteur Pfléger.

Chevalier : le docteur Vergely (à Saô Paulo).

— Guerre. — *Grand-officier :* le docteur Henri Odinot, ancien médecin commandant au 27e R. I.

Ministère de la Santé publique. — *Inspection départementale d'hygiène.*

Première Liste

Par arrêté en date du 20 juin 1938, sont maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 :

I. — *Inspecteurs départementaux d'hygiène*

M. le docteur Albertin, inspecteur départemental d'hygiène des Pyrénées-Orientales.

M. le docteur Aublant, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Oise.

M. le docteur Barrelle, inspecteur départemental d'hygiène de Saône-et-Loire.

M. le docteur Bataillon, inspecteur départemental d'hygiène du Jura.

M. le docteur Duvic, inspecteur départemental d'hygiène de Charente-Inférieure.

M. le docteur Fuminier, inspecteur départemental d'hygiène du Lot.

M. le docteur Izard, inspecteur départemental d'hygiène de Haute-Garonne.

M. le docteur Lassus, inspecteur départemental d'hygiène de Savoie.

M. le docteur Lesbroussart, inspecteur départemental d'hygiène du Calvados.

M. le docteur Lévi, inspecteur déparmental d'hygiène du Loiret.

M. le docteur de Peretti, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ariège.

II. — *Inspecteurs-adjoints départementaux d'hygiène*

Mme le docteur Berchon-Delos, inspectrice adjointe départementale d'hygiène du Loiret.

M. le docteur Brousse, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Corrèze.

Mlle le docteur de Cambiaire, inspectrice adjointe départementale d'hygiène de l'Aude.

M. le docteur Colleye, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados.

M. le docteur Coulon, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Corse.

M. le docteur Dorvault, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Aude.

Mme le docteur Genevoix-Montrozier, inspectrice adjointe départementale d'hygiène du Loiret.

M. le docteur Grégoire, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Isère.

M. le docteur Imbert, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Saône-et-Loire.

M. Jehanin, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Orne.

Mlle le docteur Jourdanet, inspectrice adjointe départementale d'hygiène de l'Isère.

Mme le docteur Juillet-Chassary, inspectrice adjointe départementale d'hygiène de Saône-et-Loire.

M. le docteur Lambolez, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Aisne.

III. — *Directeur de bureau d'hygiène dont la population est comprise entre* 50.000 *et* 100.000 *habitants*

M. le docteur Altenbach, directeur du bureau d'hygiène de Versailles.

Par arrêté en date du 20 juin 1938, M. le docteur Canal, directeur du bureau d'hygiène d'Albi, est maintenu en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 dans les conditions prévues au premier paragraphe de l'article 17 dudit décret.

DEUXIÈME LISTE

Par arrêté en date du 4 août 1938, sont maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 :

I. — *Inspecteurs départementaux d'hygiène*

M. le docteur Basse, inspecteur départemental d'hygiène des Vosges.

M. le docteur Gelly, inspecteur départemental d'hygiène de la Meuse.

M. le docteur Grehaut, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Marne.

M. le docteur Guerriero, inspecteur départemental d'hygiène du Tarn-et-Garonne.

M. le docteur Lamy, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Marne.

M. le docteur Lévy, inspecteur départemental d'hygiène de Meurthe-et-Moselle.

M. le docteur Mans, inspecteur départemental d'hygiène de la Somme.

M. le docteur Magimel-Pelonnier, inspecteur départemental d'hygiène de la Dordogne.

M. le docteur Martin, inspecteur départemental d'hygiène de l'Aisne.

M. le docteur Merle, inspecteur départemental d'hygiène des Deux-Sèvres.

M. le docteur Montus, inspecteur départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône.

M. le docteur Moreau, inspecteur départemental de la Haute-Loire.

M. le docteur Olieu, inspecteur départemental d'hygiène des Hautes-Alpes.

M. le docteur Petit, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ardèche.

M. le docteur Picard, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Saône.

M. le docteur Poncet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Ain.

M. le docteur Poty, inspecteur départemental d'hygiène de la Mayenne.

M. le docteur Vidal, inspecteur départemental d'hygiène de l'Isère.

M. le docteur Vidy, inspecteur départemental d'hygiène de la Drôme.

II. — *Directeurs de bureau d'hygiène de villes de plus de* 100.000 *habitants*

M. le docteur Benech, directeur du bureau d'hygiène de Nancy.

M. le docteur Cremieu, directeur du bureau d'hygiène de Lyon.

M. le docteur Depierris, directeur du bureau d'hygiène de Bordeaux.

III. — *Inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène*

M. le docteur Gazet du Châtelier, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Aisne.

Mlle le docteur Lacroix, inspectrice adjointe départementale d'hygiène de la Vendée.

M. le docteur Leclaire, inspecteur adjoint départemental d'hygiène d'Ille-et-Vilaine.

M. le docteur Mitelette, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Aisne.

M. le docteur Nordman, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de Saône-et-Loire.

M. le docteur Panou, inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Deux-Sèvres.

IV. — *Directeurs de bureau d'hygiène dont la population est comprise entre* 50.000 *et* 100.000 *habitants*

M. le docteur Lemoyne, directeur du bureau d'hygiène de Brest.

M. le docteur Moncenix, directeur du bureau d'hygiène de Grenoble.

Par arrêté en date du 4 août 1938, sont maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937, dans les conditions prévues au premier paragraphe de l'article 17 dudit décret :

Mlle le docteur Forgeot, directrice du bureau d'hygiène de Saint-Dizier.

M. le docteur Persoz, directeur du bureau d'hygiène de Grasse.

Médecins présents à Paris pendant les vacances :

Biologie médicale. — M. le docteur B. Ginsbourg, 7, rue de Bucarest, sera présent à Paris pendant toutes les vacances.

Chirurgie générale. — M. le docteur Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille (8e), sera présent pendant les mois d'août et septembre.

Dermato-vénéréologie. — M. le docteur Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, sera présent, comme chaque année, en juillet, août et septembre.

Gastro-entérologie. — M. le docteur Le Noir, 156, rue de Rivoli, sera présent à Paris jusqu'au 31 août.

Médecine générale. — M. le docteur Maurice Bariéty, médecin des hôpitaux, 77, rue de Monceau, sera présent à Paris jusqu'au 16 septembre. — M. le docteur Jean Antonelli, 62, rue Violet, sera présent jusqu'au 30 septembre. — M. le docteur Marcel Perrault, 8, rue Perronet, sera présent à Paris en août et septembre.

Médecine générale et pédiatrie. — M. le docteur Emile Gilbrin, 260, boulevard Saint-Germain, sera présent à Paris pendant les grandes vacances.

Médecine infantile. — M. le docteur Maurice Kaplan, médecin des hôpitaux, 12, rue César-Frank, sera présent jusqu'à fin septembre.

Neuro-psychiatrie. — M. le docteur Schaeffer, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, 170, rue de la Pompe, sera à Paris pendant les mois d'août et septembre.

Ophtalmologie. — M. le docteur Paul-J. Petit, 19, rue de Bourgogne, sera présent à Paris jusqu'au 10 septembre.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le docteur Louis Leroux, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, sera présent à Paris à partir du 1er septembre.

LA SPÉCIFITÉ DU VIRUS DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par M. RYOKICHI INADA

Président du Comité de l'encéphalite épidémique au Japon
Membre de l'Académie Impériale (Tokyo)

I. Question de la spécificité du virus de l'encéphalite épidémique du Japon. — L'encéphalite épidémique apparaît chez nous en général vers la fin de l'été, dans les mois d'août à septembre. En dehors de cette épidémie d'été, il est des cas sporadiques durant toute l'année, même en hiver. Il est vrai que dans ces dernières années, les cas d'encéphalite hivernale sont devenus rares ; mais de 1919 à 1923 dans les mois de janvier à mars et d'octobre à décembre, c'est-à-dire pendant l'hiver ou les mois voisins, on peut dire sans exagération que les cas d'infection furent extrêmement nombreux.

C'est pourquoi certains auteurs pensent qu'il vaudrait mieux distinguer deux espèces d'encéphalite épidémique. Futaki classe ces encéphalites en encéphalites estivales et encéphalites léthargiques. Les encéphalites épidémiques d'hiver seraient selon lui des encéphalites léthargiques type Economo. Kaneko (membre du comité) distingue deux types d'encéphalites A et B. Le type A ne serait autre chose que l'encéphalite léthargique type Economo, le type B serait l'encéphalite d'été.

Une toute autre manière de voir serait de considérer l'encéphalite épidémique du Japon comme une entité morbide, dont l'aspect clinique changerait avec la saison. En d'autres termes, c'est vouloir résoudre un problème assez complexe, celui de savoir si on n'avait pas affaire à une encéphalite léthargique type Economo, qui se serait introduite au Japon en 1919, après avoir sévi pendant les années 1917-1919 en Autriche, en Angleterre, en France, en Allemagne, en Italie et en Amérique, encéphalite qui est restée stationnaire dans ces contrées pendant toute l'année 1920.

Nous allons voir quels sont chez nous les différences d'aspect clinique et épidémiologique de l'encéphalite d'été et de celle d'hiver.

En premier lieu nous aborderons les *données historiques*. Selon Kaneko, l'encéphalite épidémique d'été aurait été observée à Okayama dès 1872 (6e année Meiji). Nous nous sommes arrêtés assez longuement déjà, dans un mémoire antérieur, sur les épidémies mentionnées depuis l'été 1924, pour ne pas y revenir. Nous allons passer maintenant en revue les encéphalites d'hiver ou para-hivernales, c'est-à-dire les cas d'encéphalites survenant de janvier à mars et d'octobre jusqu'à fin décembre. Comme nous l'avons dit précédemment nous ne possédons de documents exacts sur l'encéphalite épidémique que depuis la grande épidémie de 1924. Force nous est de recourir aux annotations des documents et rapports des journaux médicaux de l'époque pour étudier le caractère de ces épidémies.

C'est seulement à partir de 1919 que nous avons eu des cas d'encéphalite épidémique type Economo. Peut-être y en avait-il eu déjà antérieurement, mais ces cas ont dû passer inaperçus. Pour ma part, les premiers cas d'encéphalite léthargique que j'ai eu à traiter ont été au nombre de deux, l'un en février, l'autre en mars 1919. Onodéra de l'Université de Kinsyû a rapporté de même un cas en février de la même année. Entre le mois d'octobre 1919 et le mois de mars 1920, le total des cas rapportés d'encéphalite léthargique s'est élevé à 97, d'octobre 1920, à mars 1921 : 9 cas ; de janvier à avril 1922 : 31 cas. Ceci est le total des observations provenant des différentes régions de notre pays. Selon ces données, il est fort probable que l'encéphalite épidémique type Economo se soit introduite chez nous en 1919, et que de 1919 jusqu'au commencement de l'année 1920, ait eu lieu la première épidémie assez importante. Il est singulier que dans l'année 1921, cette maladie semble avoir presque disparu. Mais en 1922, de janvier à mars, elle se manifeste de nouveau avec une recrudescence manifeste. Les cas, ci-dessus mentionnés, ont été pour la plupart recueillis et observés dans les cliniques universitaires impériales.

Parmi ces cas, il est remarquable que dans l'année 1922 on en ait observé de nombreux dans le mois de janvier ; ceux-ci étant répartis comme suit : neuf cas dans le service d'Inada (Univ. de Tokyo), onze cas dans le service de Kato (Univ. de Sendaï), trois cas dans le service d'Arima. Les notes publiées datent principalement d'avant 1920. Il s'agit donc de publications portant sur le début de l'épidémie ; il est à présumer que les cas d'encéphalites non signalés ont dû être assez nombreux.

L'encéphalite épidémique type Economo a donc fait son apparition chez nous environ deux ans après les épidémies européennes et américaines, c'est-à-dire en 1919, et elle a depuis subi chaque année une légère recrudescence épidémique. Jusqu'à cette époque, la majorité des cliniciens était parfaitement d'accord sur cette manière de voir.

Peut-être, cependant, l'hypothèse que l'encéphalite épidémique serait apparue au Japon venant d'Amérique ou d'Europe est-elle erronée. Quoiqu'il en soit, il est certain qu'une épidémie d'encéphalite léthargique type Economo a sévi pendant les années 1919-1923, et qu'après cette épidémie les cas d'encéphalites léthargiques devinrent rares.

Pourtant, dans l'été 1924, une grosse épidémie d'encéphalite épidémique éclate et comme le diagnostic posé fut celui d'encéphalite léthargique, la question de ces encéphalites d'hiver et d'été se compliqua.

La différence du syndrome clinique permettait-elle de différencier ces deux encéphalites ?

Prise chacune à part, il semble difficile d'affirmer si telle encéphalite appartient à l'encéphalite d'été et telle autre type hivernal. En effet, on voit quelquefois des encéphalites d'hiver débuter brusquement comme dans les cas des encéphalites d'été, avec une fièvre élevée et affecter une allure aiguë. Vice-versa, il y a en été, bien que rarement, des encéphalites épidémiques qui ressemblent à celles d'hiver. Néanmoins, dans l'ensemble et en se basant sur l'observation de

nombreux cas cliniques, on peut pourtant dire qu'entre les encéphalites d'hiver de 1919-1923 et celles d'été des mêmes années existe une différence de modalité assez nette.

Dans les encéphalites d'hiver 1920-1922, les formes avec mouvements choréiques furent nombreuses. La ptose de la paupière supérieure (40-80 %) et la diplopie (50-80 %) ont été bien plus fréquents que dans l'encéphalite d'été ; la léthargie contrastant avec l'encéphalite d'été a été bien plus typique et constante (90-100 %). Dans le service d'Irisawa on a vu, parmi 18 cas d'encéphalite léthargique, sept cas avec état léthargique pendant un mois. Hormis une légère variation annuelle, les symptômes de ces encéphalites d'hiver ont été les mêmes que ceux décrits par Economo. Enfin, si on réunit tous les rapports des autres universités du Japon sur les cas d'encéphalites épidémiques des années 1919-1923, on se rend compte de la grande fréquence des cas de ces encéphalites dans la saison d'hiver et de la bonne concordance des symptômes cliniques entre eux.

Une vue d'ensemble nous donne donc l'impression que ces encéphalites d'été et d'hiver appartiennent à des formes différentes d'encéphalite. Si l'on admet que l'encéphalite épidémique, type Economo, se soit introduite au Japon en 1919, les divers faits que nous avons passés en revue deviennent bien plus compréhensibles. C'était même à cette époque une opinion acceptée de la part des cliniciens.

Malheureusement on n'avait pas réussi à isoler et à confronter les virus, en d'autres mots : la différence des caractères allégués à ces deux formes d'encéphalites n'était pas assise sur des bases solides. Il en était de même dans l'encéphalite épidémique d'été de Saint-Louis, où, bien qu'il fût fort difficile de les diagnostiquer isolément, il était par contre assez aisé de les différencier d'avec les cas d'encéphalites type Economo en jetant un regard d'ensemble sur l'épidémie.

Il existe entre ces encéphalites une différence saisonnière. Si nous avions en main une liste statistique complète, donnant la courbe mensuelle des cas d'encéphalites à partir de l'année 1919, elle serait un document d'une grande valeur ; mais, comme nous l'avons dit, les seules données statistiques exactes commencent à partir de 1924. C'est pourquoi nous ne possédons pas une bonne statistique durant les années où précisément l'encéphalite sévissait en hiver.

Dans ces derniers temps, si l'on suit la courbe statistique mensuelle de l'encéphalite épidémique, on est frappé du petit nombre de cas d'encéphalite hivernale (4 à 7 cas par mois, constituant le nombre total des cas pendant cette période). C'est là un fait essentiel qui s'oppose au grand nombre de cas d'encéphalite que nous avons eu en hiver, pendant les années 1919-1924. Mais comme nous l'avons dit, nous ne possédons pas de statistique précise, aussi n'y insisterons-nous point.

Une autre manière d'envisager la question serait de se demander s'il serait possible à un seul virus, certaines conditions étant remplies, de pouvoir déclencher une épidémie même en hiver. Ce que nous pouvons répondre à une telle question, est qu'il semble tout au moins douteux que le même virus de l'encéphalite d'été ait pu produire exceptionnellement une épidémie en hiver dans les années 1919-1923, puisque les cas d'encéphalite, selon la statistique mensuelle, n'ont plus été fréquents en hiver de 1924 à 1934.

Relation entre l'encéphalite épidémique et le parkinsonisme. — Le mot de « parkinsonisme » a été employé pour la première fois en 1920 par Sicard et Paraf. Le parkinsonisme peut apparaître chez les malades comme une séquelle de l'encéphalite d'été. Kaneko, cependant, qui possède une longue expérience clinique de l'encéphalite épidémique, a soutenu que l'encéphalite d'été n'occasionne jamais de parkinsonisme. Takeno, Kakinuma (membre du comité) ont vu par contre des cas de parkinsonisme survenir à la suite d'une épidémie d'encéphalite. Naka et Kuroïwa ont pu dépister un cas de parkinsonisme en réétudiant 23 malades diagnostiqués auparavant comme encéphalite épidémique dans l'épidémie d'été 1932-1933. Une année après l'épidémie d'été 1924 (département de Kagawa), Takaki (membre du comité) découvrit un cas de parkinsonisme parmi 19 individus ayant été atteints dans l'épidémie.

S. Inada, frère cadet de celui qui écrit ces lignes, a entrepris en 1934, suivant une méthode dont il sera reparlé tout à l'heure, une recherche sur le même sujet. Il ressort de cet examen qu'avant même l'introduction probable de l'encéphalite épidémique type Economo, c'est-à-dire avant 1919, on peut se convaincre que quelques cas de parkinsonisme avaient été cependant déjà observés : un cas en 1910, un cas chaque année de 1914 et 1916, puis 3 cas en 1917, 2 cas en 1918 ; au total de 1910 à 1918, 9 cas dans toute l'étendue du Japon. Il est vrai qu'avant 1920, l'on ne connaissait pas bien l'aspect clinique du parkinsonisme, c'est pourquoi les diagnostics ont été faits, par la suite, rétrospectivement.

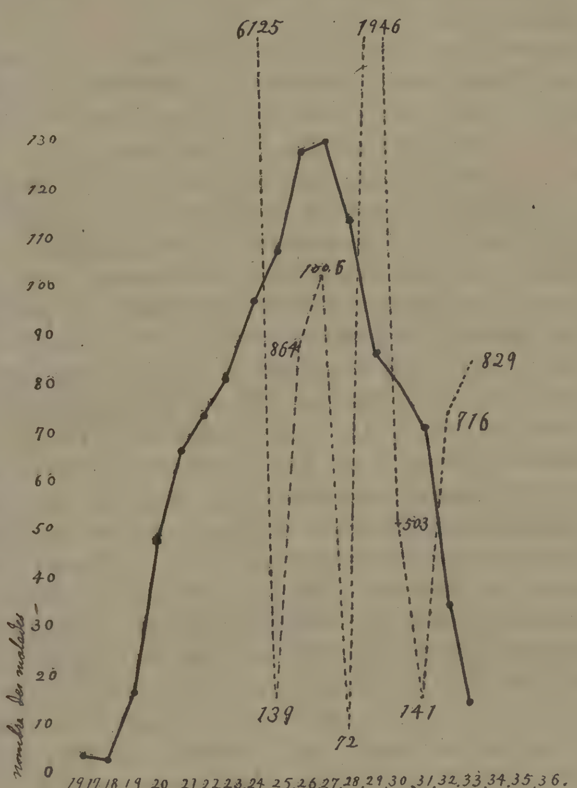
Il est donc certain que l'encéphalite épidémique du Japon laisse parfois à sa suite le parkinsonisme comme séquelle. Dans le diagnostic différentiel, seule la paralysie agitante prête à confusion avec le parkinsonisme. L'auteur de ce rapport, examinant attentivement les protocoles de onze cas de paralysie agitante observés dans le service du regretté baron Aoyama, n'a pu dépister aucun cas de parkinsonisme. Il faut avouer cependant que maintenant que nous connaissons bien l'aspect clinique du parkinsonisme, il nous est difficile de ne pas nous convaincre que, même dans l'encéphalite épidémique du Japon, le parkinsonisme apparaît quelquefois à la suite de la phase aiguë. La topographie des lésions dans cette maladie rend d'ailleurs très plausible l'apparition du parkinsonisme tardif. Le parkinsonisme peut donc apparaître à la suite de ces deux affections, mais ici se pose la question de savoir si la fréquence de son apparition serait la même dans les deux cas.

Dans le but de jeter un peu plus de clarté dans ce problème du parkinsonisme, Inada (Susumu) a eu l'idée de se renseigner auprès de toutes les cliniques universitaires et auprès des grands hôpitaux, afin de réunir et de classer systématiquement sous forme de

fiches tous les cas de parkinsonisme datant des années 1917 à 1933. Durant ces 17 années, le nombre des cas s'est élevé à 1272. En réalité, le total des malades a dû excéder ce taux, néanmoins ce chiffre garde sa valeur.

Comme nous venons de le préciser ci-dessus, de 1910 à 1918 on a vu seulement neuf cas de parkinsonisme.

En 1919 on a eu 16 cas, dès 1920 le nombre des malades a augmenté progressivement. Il faut cependant avouer qu'avant 1919 l'on ne connaissait qu'imparfaitement la forme amyostato-akinétique et le parkinsonisme. Alors même que le nombre réel des malades eut de beaucoup dépassé celui indiqué, il est fort probable que ces cas fussent passés inaperçus. Les



statistiques exactes ne datent que de l'année 1919. Se basant sur cette statistique nous pouvons voir que du chiffre 16, qui était le nombre des malades en 1919, les cas de parkinsonisme n'ont fait qu'augmenter chaque année, pour atteindre en 1925, avec 105 cas à peu près, son maximum. Durant les quatre années consécutives, c'est-à-dire de 1925 à 1928, le nombre annuel des malades est resté stationnaire aux environs de cent, puis à partir de 1929 le nombre a baissé progressivement pour atteindre 23 en 1933.

Comme ces recherches ont été effectuées en 1934, la statistique s'arrête à la fin de l'année 1932. On a l'impression qu'à partir de 1919 une maladie nouvelle pouvant engendrer le parkinsonisme a fait son apparition au Japon et qu'elle est devenue rare dans ces toutes dernières années. On a d'ailleurs souvent l'occasion d'observer de telles hausse et baisse dans la courbe d'une affection épidémique. Si on considère la longueur de cette courbe en forme de colline comme équivalente à la durée de l'épidémie, celle-ci serait de quatorze ans.

Une autre étude comparative intéressante serait d'opposer à la courbe des cas de parkinsonisme la courbe du nombre total des malades atteints d'encéphalite épidémique.

Dans ce nombre global des encéphalitiques on trouvera non seulement les cas d'encéphalites épidémiques d'été qui constituent la grande majorité, mais aussi tous les cas épars dans le reste de l'année. A vrai dire, ceux-ci étant rares, on peut grosso modo les négliger complètement. Le nombre annuel des cas d'encéphalite épidémique avant 1924 n'étant pas exactement recensé, c'est le nombre annuel des encéphalitiques après 1924 que l'on trouvera inscrit sur le tableau. Les chiffres étant trop élevés pour pouvoir être inscrits sur le tableau, nous avons, par besoin de commodité, opéré de manière à ce que la courbe représente le dixième du nombre réel et que l'on puisse trouver inscrit à côté de la courbe le nombre annuel réel des malades.

Etant donné que le nombre total annuel des cas d'encéphalite varie beaucoup avec les années, et que le nombre des cas de parkinsonisme suit une marche plus régulière, on aurait de fortes raisons de croire que ces deux maladies sont de nature différente. Cependant comme le parkinsonisme apparaît, après un certain intervalle, à la suite de l'encéphalite épidémique, il serait bon de vérifier dans notre statistique le temps écoulé entre l'accès d'encéphalite jusqu'à l'apparition du parkinsonisme. Parmi ces 1272 cas de parkinsonisme, 888 cas se sont déclarés après une encéphalite à accès fébrile. Le reste, soit environ un tiers des cas, ont eu un début incertain. Dans le premier groupe, 261 cas, soit le tiers de l'ensemble, le parkinsonisme s'est déclaré, moins d'un an après le début de l'encéphalite ; plus de la moitié des cas se sont déclarés moins d'un mois après l'accès d'encéphalite ; seulement dans un quart des cas le parkinsonisme a fait son apparition après un intervalle de deux ou de trois ans, les autres ont évolué d'une manière plus chronique encore, après un laps de plus de trois ans. En se basant sur ces données statistiques, il semble que ce serait injuste de mettre en cause à l'origine du parkinsonisme seulement l'encéphalite épidémique du Japon. Si l'un était la cause et l'autre l'effet, ces deux courbes devraient avoir une forme plus semblable. Le début insidieux du parkinsonisme dans le tiers des cas serait aussi plus compréhensible si l'on envisageait ainsi les choses.

Voyons maintenant quelle est la statistique annuelle du parkinsonisme chez nous. Kaneko et celui qui rédige ce rapport ont publié jadis, chacun séparément, une note sur la répartition mensuelle du parkinsonisme sur un total de 46 malades. Les cas étaient plus nombreux de janvier à mars et d'octobre à décembre. Cependant, si l'on regarde le rapport d'Inada (Susumu) concernant un nombre beaucoup plus élevé de cas, où précisément le début du parkinsonisme avait pu être noté avec soin, on peut s'apercevoir que bien que l'on ait légèrement plus de malades de janvier à avril et d'août à octobre, il ne peut être question d'une grosse différence d'un mois à l'autre de l'année.

Janvier 63, février 45, mars 55, avril 56, mai 36,

juin 31, juillet 26, août 47, septembre 47, octobre 41, novembre 29, décembre 25.

Il est intéressant de noter qu'il existe pour le parkinsonisme une certaine prédisposition dans l'âge des malades. Les cas de parkinsonisme sont les plus fréquents entre 20 à 40 ans ; ils constituent au total 62 % des cas. Viennent ensuite les individus entre 10 à 20 ans et ceux entre 40 à 50 ans, les deux groupes groupent ensemble 27 % des cas. Le lieu où le parkinsonisme s'est déclaré ne doit pas non plus être négligé. On a vu au Hokkaïdo, c'est-à-dire dans une région où l'épidémie d'encéphalite d'été est des plus rares, survenir relativement beaucoup de cas de parkinsonisme. Or, au Hokkaïdo pendant dix ans, il n'y a eu que huit déclarations faites, concernant l'encéphalite épidémique. Les districts où les malades atteints de parkinsonisme ont été les plus nombreux sont : les départements d'Osaka, de Hyôgo, de Tokyô, de Nara, de Kyoto, de Fukuoka et d'Okayama. A part le département de Nara, comme tous les autres départements ont à leur proximité des hôpitaux universitaires, il se peut bien que les malades aient pu être plus facilement dépistés, et que le nombre total des cas dans toute l'étendue de l'empire soit encore supérieur à celui du recensement.

En Amérique, Webster et Fite ayant observé que les sérums de 16 malades de parkinsonisme, individus tombés malades de un à treize ans à la suite d'une encéphalite chronique, s'étaient trouvés impuissants à neutraliser les virus prélevés dans les épidémies de Saint-Louis et de Kansas City, ont conclu que le virus de cette encéphalite chronique devait être différent de celui de l'encéphalite épidémique d'été. Malheureusement, comme j'ai déjà eu l'occasion d'insister dans un rapport antérieur, la méthode du pouvoir de neutralisation du sérum de convalescent envers le virus étant encore à l'heure actuelle à l'étude, on ne peut se baser sur la réaction virulicide pour déterminer la nature de l'encéphalite d'été et de celle d'une autre saison.

L'opinion des auteurs n'est pas encore univoque quant à la distinction des lésions anatomo-pathologiques du névraxe dans les deux maladies. Tandis que pour Keigo Uchiyama, Tomomichi Hayashi, etc., la différence des lésions serait assez nette ; pour d'autres, tels que : Nagayo, Wake, Nishino, etc., cette différence n'existerait pas. Ashizawa en novembre, puis en décembre 1919, à l'autopsie de quatre cas diagnostiqués comme encéphalite léthargique, reconnut que les lésions prédominaient dans le tronc de l'encéphale (Hirnstamm). Mais bientôt la question se complique quand Wake ayant eu l'occasion d'autopsier, d'une part dans les années 1924-25-26-28-29, 6 cas d'encéphalites épidémiques à allure subaiguë et, d'autre part en 1925, deux cas d'encéphalite hivernale, put se rendre compte que, malgré la différence des saisons, les lésions prédominantes étaient toutes dans le tronc de l'encéphale (Hirnstamm) et qu'elles étaient assez bien localisées. Yasushi Uchiyama a fait aussi un rapport du même ordre : il n'a pu trouver de différence dans les lésions d'encéphalite, que ce fût en hiver ou en été.

***

Jetant un regard d'ensemble sur les faits mentionnés, nous avons bien l'impression que l'encéphalite type Economo a fait son apparition au Japon en 1919. Tout laisse présumer qu'en dehors de l'encéphalite d'été, nous avons eu une épidémie d'une autre nature. Comme le montre la courbe du parkinsonisme et comme l'ont mis déjà en relief Futaki et Kaneko, cette encéphalite léthargique est devenue très rare dans ces dernières années. Nous-même sommes du même avis ; c'est-à-dire que les cas d'encéphalite hivernale que nous avons encore vus ces temps derniers semblent être d'une autre nature que ceux qu'on a observés de 1919 à 1923, la nature de cette encéphalite hivernale se rapprochant plutôt de l'encéphalite d'été.

Comme dans tant d'autres maladies épidémiques, on en décèle quelques cas épars dans toute l'année, mais c'est en été que survient l'épidémie ; cette manière de voir nous semble la plus rationnelle. Ainsi, bien que l'encéphalite épidémique du Japon, dans ces dernières années, semble due à un seul virus, beaucoup de faits font présumer qu'une encéphalite épidémique du type Economo a réellement existé dans le passé. Une solution directe et décisive du problème serait d'avoir si possible deux cas d'encéphalites, d'isoler leurs virus respectifs et de les comparer l'un avec l'autre. Nous sommes déjà en possession du virus de l'encéphalite d'été, mais l'étude du virus de l'encéphalite d'hiver n'est pas si avancée actuellement. C'est tout juste si nous-même, ayant posé le diagnostic d'encéphalite épidémique typique dans un cas fébrile, au mois de janvier 1935, que nous avons eu l'occasion de voir, il nous a été possible d'isoler du liquide céphalo-rachidien du malade, suivant la technique préconisée par Mitamura (membre du comité) et ses collaborateurs, le même virus que dans l'encéphalite d'été. Comme c'est encore le seul cas d'encéphalite épidémique hivernale où le virus a pu être isolé et étudié on doit avouer que c'est encore une base très insuffisante pour la solution du problème de l'unité ou de la dualité du virus. Il faudra dans l'avenir s'attacher à travailler davantage cette question.

L'année dernière (1934), Mitamura ayant démontré que l'isolement du virus était possible non seulement à partir de la matière cérébrale, mais aussi par prélèvement du sang ou du liquide céphalo-rachidien, à condition qu'elle soit faite au début de la maladie, nous sommes maintenant en possession d'une méthode d'investigation qui promet dans un avenir prochain de jeter un peu plus de clarté sur le problème de l'unité de virus de l'encéphalite épidémique du Japon. Il est regrettable néanmoins que l'encéphalite d'hiver jadis si fréquente dans les hivers ayant suivi 1919, soit devenue ces derniers temps excessivement rare.

II. Comparaison de l'encéphalite épidémique d'été du Japon avec l'encéphalite épidémique type Economo. — Comme Futaki l'avait mis en relief dès 1924, il existe des différences assez remarquables entre ces deux types d'encéphalite. Je laisse de côté ici l'encé-

phalite épidémique d'été américaine, parce que, ainsi qu'il l'a été déjà précisé ailleurs, l'encéphalite d'été de Saint-Louis et de Kansas City est différente de l'encéphalite léthargique type Economo.

1° *Différence saisonnière.*

Entre l'encéphalite d'été japonaise et celle du type Economo existe une différence saisonnière. Ceux qui s'intéressent aux détails des conditions épidémiques de l'encéphalite épidémique japonaise trouveront cette matière traitée à fond dans le rapport d'Iimura (membre du Comité). L'encéphalite léthargique type Economo survient en hiver, pendant la saison froide ; il est vrai qu'en 1920, Economo l'a décrite comme une épidémie répartie dans presque toute l'année, mais il a reconnu pourtant que l'épidémie avait décru légèrement en été et en automne. Au contraire, chez nous, l'encéphalite épidémique d'été est une épidémie des mois chauds, d'août à septembre surtout. Excepté une épidémie d'encéphalite léthargique ayant frappé douze enfants de juillet à septembre 1928, et hospitalisés dans le service de pédiatrie de Leipzig, il n'y a pas eu d'encéphalite de type Economo en été.

2° *Age des malades.*

Selon Hoff, l'encéphalite type Economo frappe le plus souvent des individus entre 30 à 40 ans. Selon Economo lui-même la majorité des malades seraient âgés de 15 à 45 ans. Par contre, l'encéphalite épidémique d'été, chez nous, frappe de préférence des gens âgés ; viennent ensuite les cas de jeunes enfants, mais les individus dans la force de l'âge sont épargnés. On se souvient, comme il a été mentionné plus haut, que l'âge des cas de parkinsonisme était le plus souvent de 20 à 30 ans.

3° *Mortalité.*

La mortalité dans l'encéphalite léthargique est, selon Economo lui-même, de 40 p. 100 ; dans l'encéphalite épidémique de chez nous, la mortalité est plus élevée, elle atteint, dans la moyenne de ces dix dernières années, 64,8 p. 100, ayant comme maximum 77,8 p. 100 (1928) et comme minimum 49,6 p. 100 (1925). Même dans la petite épidémie d'encéphalite léthargique de Vienne (1916-1917), où la mortalité a été pourtant assez élevée, elle n'atteint que 50 p. 100.

4° *Epidémicité.*

Le caractère épidémique de ces deux encéphalites est assez différent. L'encéphalite léthargique type Economo, après avoir débuté en 1915-1916, a continué chaque année à subir des recrudescences épidémiques dans des contrées différentes, mais il est remarquable qu'après 1921, on n'a plus noté de grandes épidémies. Dans l'encéphalite épidémique d'été du Japon, nous avons chaque année une petite épidémie, puis tous les 6 à 7 ans en survient une beaucoup plus sérieuse. A cette règle générale on peut opposer des années exceptionnelles telles que les années 1925, 1928, 1931, 1934, où la morbidité a été minime, ne frappant au total que moins de 140 individus.

5° *Fièvre et acuité de l'infection.*

Dans l'encéphalite léthargique, la maladie peut avoir un début aigu, subaigu ou bien chronique. La fièvre n'est pas absolument obligatoire, et il n'y a point de courbe pyrétique caractéristique. C'est ainsi qu'Economo ne considère pas la fièvre comme un élément de grande valeur pour le diagnostic de cette maladie. L'existence de cas chroniques dans l'encéphalite léthargique type Economo doit aussi être retenue.

Au contraire, dans l'encéphalite épidémique d'été du Japon, l'allure de la maladie est aiguë et il y a toujours de la fièvre. Des cas sans fièvre sont totalement inconnus chez nous. Même dans les cas abortifs, il y a de la fièvre et quelquefois même elle est élevée. Il n'y a pas de cas chroniques dans l'encéphalite d'été japonaise. On doit se rappeler cependant que dans l'épidémie d'encéphalite type Economo de Paris, la pyrexie a été observée fort régulièrement.

6° *La léthargie et les troubles oculaires.*

J'ai déjà traité ailleurs la différence qui existe dans l'état de léthargie de ces deux encéphalites. Dans l'encéphalite épidémique d'été, la léthargie est de courte durée. La ptose palpébrale se rencontre dans les deux maladies. Pourtant, dans l'encéphalite léthargique type Economo, bien que le pourcentage de ce symptôme ne soit pas exactement connu, il est très fréquent. Dans l'encéphalite d'été japonaise, la ptose n'apparaît que dans 6-7 p. 100 des cas, et la diplopie est très rare. L'état mental des malades se ressemble dans les deux maladies. Le parkinsonisme vient à la suite de l'une comme de l'autre maladie, ainsi que nous l'avons dit.

7° *Distinction anatomo-pathologique.*

La différence des lésions anatomo-pathologiques dans l'encéphalite épidémique du Japon et dans celle d'Economo a été l'objet d'un rapport détaillé de la part de Kakinuma. Nous nous contenterons ici de résumer brièvement ce rapport.

Dans l'encéphalite léthargique, l'infiltration cellulaire est généralement minime, il y a des cas où elle fait totalement défaut ; la prolifération de la névroglie est plus diffuse que circonscrite. Par contre, dans l'encéphalite épidémique du Japon, l'infiltration cellulaire est extrêmement marquée ; d'autre part, la prolifération de la névroglie a souvent une tendance à s'amasser en masses agminées. La localisation des lésions anatomo-pathologiques est aussi différente ; dans l'encéphalite léthargique, ce sont les parois du ventricule cérébral moyen et ceux de l'aqueduc de Sylvius, c'est la région sous-optique et les régions avoisinant les ventricules qui sont les lieux de prédilection des lésions. Les lésions prépondérantes dans l'encéphalite épidémique du Japon siègent plutôt dans le thalamus et le locus niger, l'écorce cérébrale et cérébelleuse, le noyau rouge, le tronc de l'encéphale aussi ne sont pas épargnés. Dans la plupart des cas, les lésions de l'écorce cérébrale sont fort prononcées, contrastant avec les lésions de l'encéphalite léthargique, où les lésions du cortex ne se manifestent que par des dégénérescences des cellules nerveuses, la plupart sans infiltration cellulaire ; l'examen histologique, ici, fait reconnaître des lésions remarquables par leur intensité. Dans l'encéphalite épidémique de chez nous, les lésions siégeant dans les noyaux rouges, le tronc de l'encéphale, les noyaux centraux du cervelet, les noyaux lenticulaires sont cependant assez faibles.

Bien que l'on observe des lésions prononcées même dans le bulbe ou dans le voisinage des noyaux lenticulaires, on peut dire, qu'en général les parois ventriculaires et le mésocéphale ne sont pas très atteints. Dans l'encéphalite d'Economo, il est extrêmement rare d'observer des amas à allure nodulaire de cellules névrogliques dans l'écorce cérébelleuse, dans l'étage antérieur de la protubérance, dans le bulbe et surtout dans l'olive inférieure. Des lésions se retrouvent dans les deux encéphalites ; ce sont les lésions du locus niger de Soemmering. On voit bien que les lésions anatomo-pathologiques, dans les deux encéphalites, sont du point de vue histologique et topographique assez différentes. Mais il n'en est pas toujours de même ; c'est ainsi que dans l'encéphalite épidémique du Japon, on a eu des épidémies dans lesquelles les lésions du cortex n'étaient pas aussi accentuées que de coutume et dans lesquelles les parois du ventricule moyen étaient recouvertes d'éléments névrogliques. Des cas exceptionnels se rencontrent aussi dans l'encéphalite léthargique où, par exemple, l'on voit quelquefois, et surtout dans les cas aigus, les lésions du cortex acquérir une extrême intensité. On se rappelle que dans l'épi-

démie de 1916-1917, décrite par Economo, les lésions corticales étaient fort graves, fait contrastant avec les cas des encéphalites épidémiques européennes de ces dernières années et se rapprochant plutôt des lésions de l'encéphalite de chez nous.

Dans ces conditions, pour savoir si nous avons affaire à une seule encéphalite ou à deux espèces différentes d'encéphalite, il nous faudrait recourir à l'étude des virus, comme l'a judicieusement observé Kakinuma.

Il y a quelques années, S. Imamura a eu l'idée d'envoyer à von Economo les coupes histologiques faites dans des cas d'encéphalites épidémiques du Japon, et il a, dans la suite, publié dans une revue médicale les lettres échangées entre eux. Dans cette correspondance, Economo souligne la prédominance de la dégénérescence des tissus nerveux, l'atrophie des cellules nerveuses, l'infiltration périvasculaire dans l'encéphalite léthargique.

La transformation des cellules névrogliques, la prolifération de ces cellules en forme de rosette, seraient bien plus fréquentes dans l'encéphalite épidémique du Japon que dans celle d'Economo. La « mobilisation » des cellules névrogliques serait très prononcée dans les cas d'encéphalite épidémique du Japon ; on trouve dans ces cas, souvent dans le cervelet, une prolifération de la névroglie connue sous le nom de Gliastrauchwerk de Spielmeyer, ce qui est excessivement rare dans l'encéphalite léthargique. Les lésions, dans l'encéphalite léthargique, prédominent dans la substance grise ; par contre, dans l'encéphalite léthargique de chez nous, on trouve un tiers des lésions siégeant dans la substance blanche, et les lésions du cortex cérébral et cérébelleux sont beaucoup plus nombreuses que dans l'encéphalite d'Economo. Economo conclut d'après ces données que, vraisemblablement, bien que de nature très voisine, ces deux encéphalites ne seraient pas identiques.

Dans les cas de l'encéphalite épidémique américaine, on a observé que dans le début d'une épidémie, et surtout dans les formes graves, les lésions étaient plutôt diffuses et assez différentes de celles que l'on rencontre dans les cas d'encéphalite du type Economo, mais que, vers la fin de la même épidémie, les lésions appartenaient plus au type Economo.

Comme lésions anatomo-pathologiques spécifiques de l'encéphalite épidémique du Japon, K. Uchiyama a mis en relief les lésions nécrotiques que l'on constate dans le cerveau, surtout au moment où l'épidémie bat son plein. Ces lésions ont été retrouvées par Kaneko, Kawakami, Take, Uchiyama, Ogata et autres. L'hémorragie est aussi plus fréquente dans l'encéphalite du Japon que dans celle d'Amérique ou d'Europe. Bien que nous ayons considéré de divers points de vue l'aspect épidémiologique et clinique de ces deux encéphalites, il nous est pourtant aussi difficile de conclure à l'unité ou à la dualité de nature de ces deux affections.

***

De même que pour l'encéphalite d'été et d'hiver de nos contrées, cette question ne pourra être résolue qu'après avoir isolé et étudié comparativement les virus en question ainsi que l'a si justement remarqué Kakinuma. A vrai dire il ne nous est même pas encore permis d'affirmer que l'encéphalite léthargique type Economo s'est introduite en 1919 au Japon.

J'ai l'impression quant à moi, en me basant sur l'expérience acquise depuis 1919 dans la clinique de la faculté de médecine de Tokyo, que l'encéphalite léthargique type Economo s'est réellement introduite au Japon en 1919, et qu'elle a sévi en hiver durant quelques années.

VARIÉTÉS

LE CHOC ÉMOTIF PAR AUDITION MUSICALE

L'ayant éprouvé plusieurs fois aux Concerts Colonne de cette saison, j'ai tenté l'analyse de ses éléments constitutifs.

A mes propres impressions, s'ajoutent celles que de nombreux amateurs de musique ont bien voulu me communiquer ; elles varient suivant le tempérament de chacun et les dispositions du moment. La musique, écrit M. Cauet, « est l'art le moins contrôlable, la plus indépendante des émotions humaines ». Toujours, cependant, se retrouve un fonds commun, euphorie que procure la détente de tout l'être, agréable sensation de légèreté physique et cérébrale. Shelley considérait la musique comme un heureux équivalent de l'émotion ; comme toute émotion, le choc nerveux par audition musicale, avant toute réaction généralisée, se localise souvent au point de l'organisme où l'excitabilité nerveuse est particulièrement irritable. Mme de Noailles écrivait :

> Quel est ce point du cœur que vous venez toucher,
> Par qui tout l'édifice humain est chancelant,
> Musique conseillère et pardon des péchés,
> Vous, en qui le divin, au mal va se mêlant ?

Plus prosaïquement, H. Duparc disait : « Je juge de la musique à l'effet qu'elle me fait sur les tripes. »

Souvent, la première impression physique est une pression, une tension localisée, sur la ligne médiane, de l'ombilic au sternum, par congestion des tissus autour de l'aorte abdominale, avec excitation des plexus nerveux périvasculaires. Toute la force vitale semble brusquement concentrée sur ce point, causant une sensation intense, indéfinissable, agréable d'ordinaire, rarement pénible. Parfois, la congestion initiale se localise à la région abdominale inférieure, surtout en cas de congestion pelvienne habituelle. Ailleurs, une pénible constriction de la cage thoracique enserre, comme dans un étau, cœur et poumons, ou bien gorge et épigastre sont étreints d'un étranglement angoissant. La musique la plus gaie est, alors, cause de tristesse. Ailleurs, enfin, la détente des tissus et des muqueuses des cavités de la face, procure une exquise légèreté cérébrale. La musique, dit encore M. Cauet, « est le plus cher vertige ». Un flot de larmes, ou diverses perturbations des secrétions nasale et salivaire accompagnent, parfois, le choc émotif.

En quelques instants, cette première impression fait place à un véritable épanouissement de tout l'être. La détente des chairs les rend légères, immatérielles ; les traits expriment le bonheur, avec dilatation des narines, respiration ample, voluptueuse, la circulation sanguine est activée, mieux équilibrée ; tout semble bien fonctionner au physique comme au moral. L'euphorie ainsi réalisée absorbe toutes nos facultés : rien n'existe plus que cette divine émotion, véritable nirvâna, que viennent, parfois, peupler des sensations exquises, ou même de véritables hallucinations, réalisant un rêve dont le sujet jouit en pleine conscience.

A la musique, comme à toute excitation, chacun répond avec sa réflectivité personnelle. Ceux-là mêmes qui considèrent la musique comme une succession de bruits, n'éveillant en eux aucune émotivité, au son d'une marche entraînante, se redressent, tendent leurs muscles, et, oubliant leur fatigue, marquent allègrement le pas. Sans musique, la danse rythmée est sans mordant et fastidieuse ; bien peu d'entre nous échappent complètement à l'emprise d'une

musique gaie ou triste, ardente ou apaisante, sur chaque mode de notre émotivité. Quelques hypersensibles sont littéralement affolés par certains timbres vocaux, la vibration du violon ou du violoncelle, la plainte du saxophone. Dans le trac des artistes, se retrouvent les diverses modalités du choc émotif, mais il ne s'agit plus de la simple audition musicale. L'émotion que procure aux techniciens l'analyse visuelle ou mentale de la composition musicale s'écarte de notre sujet ; de même, la griserie de l'âme, qui, dans la musique « choisit sa divagation », n'est plus le choc purement physique.

« Cet art, plus qu'aucun autre, écrit Daunou, captive la pensée, fanatise l'imagination, fait bouillonner les passions humaines, imprime à des multitudes des affections simultanément unanimes, et met, pour ainsi dire, en accord, d'innombrables volontés. » La cause de cette émotion des foules par audition musicale est à rechercher à la fois dans l'interprétation et dans la composition de l'œuvre.

L'interprétation joue souvent le rôle principal : certains artistes émeuvent même par une musique banale et dénuée d'intérêt. Ne s'agit-il là que d'une question de vibrations vocales ou instrumentales ? Une voix émouvante procure le choc émotif, en dehors de toute compréhension des paroles : le jeune soliste de la manécanterie qui, chez Colonne, chantait en espagnol un vieux Noël de Cordoue, dut certainement son succès à l'émotion intense que son interprétation si pathétique provoqua dans l'auditoire entier.

La voix, si prenante de Mme Hoerner, était pour beaucoup dans l'émotion qui attendrissait jusqu'aux larmes la plupart de ceux qui entendaient l'air de l'Archange de la Rédemption de C. Franck. Le splendide contralto de Mme Renée Richard a laissé à tous ceux qui l'ont entendu le souvenir de poignantes émotions. Cette voix vous prenait aux entrailles, quoi qu'elle chantât.

Une audition orchestrale peut procurer le choc émotif, alors même que nous y relevons des fautes de goût ou de technique. Certaines exécutions fougueuses ont cet effet qui manque à une interprétation froide et correcte ; la chevauchée des Valkyries, donnée dans un concert à l'Opéra, fit haleter l'auditoire en remplaçant le léger galop classique par le piétinement écrasant d'une chevauchée de géants, alors que tous remarquaient cette entorse à la tradition de Bayreuth.

Dans quelle mesure l'art d'émouvoir dépend-il de la volonté de l'exécutant ? Un de nos virtuoses du violon confiait à des amis son plaisir de jouer des nerfs de ses auditeurs en sensibilisant certaines notes, juste asesz pour faire craindre un accroc que son impeccable habileté saura toujours éviter. Au cours d'une soirée intime, une de nos grandes cantatrices, Mlle S. C..., à qui je posais cette question, tint et gagna le pari de faire pleurer, en chantant les chansons de Miarka ; l'auditoire, cependant, en majeure partie composé de compositeurs, artistes lyriques et amateurs blasés d'auditions musicales. Mais, elle ne sut dire comment elle avait déterminé chez tous un aussi violent choc émotif.

Ignorant de la technique et de la composition musicales, je ne saurais dire ce que doit être l'œuvre, pour procurer l'émotion. Ma sensibilité personnelle est surtout éveillée par l'exécution souple et fondue d'une ligne mélodique que n'interrompt aucun heurt dans le rythme ou la sonorité. Ceci doit être ressenti par d'autres : dans le concerto en mi bémol de Beethoven, le pianiste Serkine, à l'attaque du second mouvement, après le prélude orchestral, déchaîna dans tout l'auditoire une émotion intense qui cessa semble-t-il, lorsqu'un accord brusque de l'orchestre vint interrompre la mélodie et rompre le charme de l'exécution pianistique. Suis-je seul à souffrir des à-coup qui brisent le rythme, par exemple, sous le fallacieux prétexte de faire attendre la note à mettre en évidence ?

Les techniciens pourraient-ils préciser les conditions capables de déterminer ce choc émotif, purement physique, et cette détente physique et morale, dont tant de nerveux auraient à tirer un si grand bénéfice ? La musique deviendrait, alors, un agréable agent de réflexothérapie, dont profiterait grandement la masse, toujours plus nombreuse, des amateurs de belles auditions.

Auditor.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psycho-physiologie sexuelle, étude biologique, clinique et sociale, par L. Strominger, avec une préface du professeur Laignel-Lavastine. Un vol. in-8° de 286 pages, chez Doin et Cie, 1938. Prix : 55 francs.

Tactique opératoire des glandes endocrines, par G. Jeanneney et P. Foucault. Un vol. in-8° de 190 pages, avec 126 figures, chez Doin et Cie, 1938. Prix : 65 francs.

Les fractures récentes, fermées, de l'extrémité inférieure du fémur chez l'adulte, par les docteurs J. Longuet et Ch. Mardrus. Un vol. de 170 pages, avec 136 fig. ou radios. A la librairie Maloine, 1938. Prix : 70 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938 (1)

Doctorat d'Etat. — 37. Ahr. — Anomalies mentales congénitales ou démence précoce au début en médecine légale.
19. Asch. — L'ankylose temporo-maxillaire. Son traitement.
32. Baumeister. — L'érythème noueux non tuberculeux.
8. Bernhardt. — Les fractures du sacrum au point de vue médico-légal.
5. Drouin-Sigwalt (Mme). — Contribution à l'histoire de l'ancien bain dit Waltsburger ou Kreutzad près d'Artolsheim.
23. Flesch. — Contribution à l'étude des cancers multiples. A propos d'un cas de cancer double primitif de l'estomac.
35. Gerber. — La radiographie en coupes du poumon.
22. Greiner. — La tomographie du larynx.
39. Grieseman. — Choix et classement suivant le système décimal des connaissances minima qu'un jeune médecin doit posséder.
25. Haessler. — Etude de la statistique du cancer en Alsace et en Lorraine.
36 (de 1937). Heckmann. — Du rôle de l'emphysème dans la tuberculose pulmonaire.
20. Heimendinger. — Otite catarrhale et trompe d'Eustache. Etude anatomo-clinique.
2. Hoch (Mlle). — Quelques précisions expérimentales concernant l'action de la vitamine C sur l'hématopoïèse.
31. Keller. — Contribution à l'étude des ulcères digestifs expérimentaux.
28. Krieg. — L'extrophie vésicale. Contribution à l'étude du traitement opératoire par la méthode de Maydl.
7. Kriegel. — Lésions croisées du cerveau à la suite de traumatismes craniens (lésions diagonales par contre-coup).
15. Kuhlmann. — Recherches sur la fonction uréo-secrétoire des reins dans l'insuffisance surrénalienne expérimentale.
36. Lévy (Mlle). — Contribution à l'étude de la diphtérie chez des enfants vaccinés par l'anatoxine de Ramon.
17. Mandicas. — Contribution à l'étude des chordomes. A propos d'un nouveau cas d'épithélioma chordal avec métastase.
41 (de 1937). Marx. — Conséquences médico-légales des fractures des côtes.
21. Noeppel (Mlle). — Contribution à l'étude des tumeurs hyperplastiques du système réticulaire et endothélial. Morphologie des épulis.
13. Palis. — La pleurésie primitive de l'adolescent.
37 (de 1937). Rodier. — Sur les troubles de la synthèse de la vitamine C chez le nourrisson et les modifications concomitantes dans l'excrétion urinaire de l'azote.
11. Scheuer. — Trois mois d'essais d'une méthode thérapeutique d'inhalation dite spécifique, contre les affections des voies respiratoires et la tuberculose pulmonaire.
24. Steimle. — Contribution à l'étude de l'épreuve rotatoire ou labyrinthologie.
29. Ueberschlag. — Un délirant chronique. Son langage. Diagnostic.
38 (de 1937). Ungerer. — Contribution au traitement des affections staphylococciques par l'anatoxine spécifique de Ramon.
38. Wurfel. — Contribution à l'étude des artérites oblitérantes dues au port de béquilles.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1938, *Thèses de Hanoï*, n° 69 du 24 août, p. 1074.

Doctorat d'Université. — 12. Ardila. — Contribution à l'étude des myases oculaires.
9. Frankel. — La pathogénie et le traitement médical de l'hypersthénie gastrique ; la médication par l'association papavérine-pantopon-atrinal.
16. Friedmann. — L'infiltration stellaire dans l'embolie pulmonaire.
26. Fudim (Mme), née Rempel. — Méningite tuberculeuse post-traumatique (étude médico-légale).
33. Gall. — Résultats éloignés du traitement des fractures de la rotule par le cerclage.
4. Grynberg (Mlle). — Contribution à l'étude de la lithiase rénale post-traumatique.
34. Helman (Mlle). — La médecine sociale du cancer. Centre anticancéreux de Strasbourg.
14. Jacobi. — Recherches sur la vitesse de sédimentation globulaire au cours de pleurésies tuberculeuses.
10. Karczag. — Cancers primitifs pleuro-pulmonaires observés à la clinique médicale A de Strasbourg, entre 1926 et 1936
3. Karo. — Traumatisme et néphroptose.
18. Kolsky. — L'urographie excrétrice dans la tuberculose rénale.
35 (de 1937). Lachowiecki. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la sclérose du col vésical.
1. Perel. — Contribution à l'étude médico-légale de l'intoxication par l'oxyde de carbone.
34 (de 1937). Scharf. — Contribution à l'étude des manifestations psychologiques de la puberté.
27. Taub. — Contribution à l'étude de la grossesse nerveuse.
40. Vivodtzev. — Les balles migratrices du système circulatoire. Considérations chirurgicales et médico-légales.
30. Warszawski. — La tuberculose du genou.
39 (de 1937). Wohlhueter (Mme), née de Loriol. — Les troubles de la syntaxe dans les aphasies en régression.
40 (de 1937). Zamaronieff. — Contribution à l'étude du vol morbide.
42 (de 1937). Zelcer. Tétanos et responsabilité médicale.
6. Zytin. — Contribution à l'étude des abcès du foie et de la rate, d'origine appendiculaire.

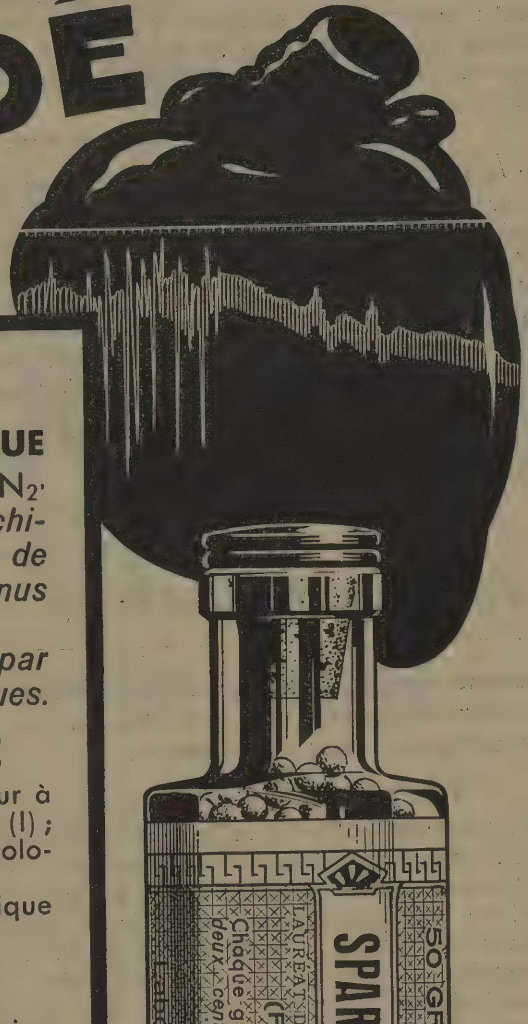
BIBLIOGRAPHIE

Nouvelle méthode de diagnostic de la dysenterie bacillaire. Daniel N. Silverman. (*The journal of the American Medical association*, 25 septembre 1937.) — Aux Etats-Unis, un très grand nombre de dysenteries bacillaires sporadiques sont dues au bacille de Duval, sinon le plus grand nombre ; c'est un bacille qui fait fermenter le lactose.

Le diagnostic de cette variété est souvent rendu possible, en particulier dans les formes chroniques, où la mise en évidence du bacille est souvent impossible, en employant le bacille acidophilus.

Le principe de la méthode est de modifier la flore intestinale où prédomine habituellement le coli et de la transformer en une flore où prédomine l'acidophilus. Dans ce cas, la culture des selles permet d'obtenir aisément des colonies de bacille dysentérique. On administre au malade du lait écrémé qui a été ensemencé 18 heures environ auparavant avec du bacille acidophilus ; on en fait prendre 1 litre environ par 24 heures. Durant cette cure, qui dure environ trois semaines, on fait de fréquents ensemencements de selles ; au bout de 3 semaines, le bacille dysentérique apparaît dans les selles et l'on peut en cultiver et isoler la souche.

SPARTÉINE HOUDÉ



FICHE
DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Sulfate de Spartéine : $C_{15}H_{26}N_2 \cdot SO_4H_2 + 5H_2O$, *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine :** *a)* soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;
c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur :** arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.
2° **Cardio-tonique :** maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ,** titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925). 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine.* Toulouse (1927)

VENTE EN GROS

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

On a pu de la sorte avec des cultures positives chez des malades cliniquement dysentériques avoir une certitude bactériologique impossible à obtenir auparavant. Les épreuves sérologiques étaient cependant elles aussi positives.

Il devient donc possible d'établir un traitement étiologique.

Il est quelquefois nécessaire de désensibiliser auparavant le malade au moyen de vaccins spécifiques à divers taux de dilution. Il est toujours difficile de traiter des malades allergiques sensibilisés vis-à-vis de la dysenterie chronique en utilisant des vaccins ou des sérums sans les désensibiliser auparavant ; on les aggrave au contraire parfois.

L'identification précise du germe au moyen du bacille acidophilus permet un diagnostic précis, la désensibilisation et ultérieurement l'immunisation.

R. LEVENT.

Diagnostic et traitement de la fièvre ondulante. Carl E. Erwin et Henry F. Hunt. (*The Journal of the American Medical Association*, 11 décembre 1937.) — Dans les formes aiguës ou subaiguës de fièvre ondulante, les auteurs ont injecté par voie intraveineuse un vaccin antityphoparatyphique et ont eu de meilleurs résultats qu'avec d'autres méthodes. Contre-indications : le rhumatisme cardiaque, les affections du système circulatoire, l'artériosclérose, l'atteinte profonde de l'état général.

Le vaccin agit sans doute comme médication de choc, mais également par ses anticorps particuliers.

R. LEVENT.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DU SYNDROME DE LA QUARANTAINE PAR L'ASSOCIATION THYROXINE SYNTHÉTIQUE ET FOLLICULINE CHEZ LA FEMME (1)

d'après le docteur Yves Pérès

Les quatre symptômes cardinaux de la quarantaine, âge critique de la femme, sont l'obésité, le dysfonctionnement glandulaire et surtout ovarien (hypoménorrhée ou aménorrhée), la déficience hépatique avec son cortège de migraines, d'eczéma, d'urticaire, de prurit, d'asthme, etc., et enfin la précipitation uréique avec ses localisations articulaires et nerveuses principalement. L'auteur, dans son travail très documenté, conseille un traitement qui lui a donné d'excellents résultats : 15 jours de thyroxine synthétique (Roche) à la dose de 6 à 10 gouttes matin et soir ou 1 à 2 comprimés et 15 jours d'hormone œstrogène (œstroglande) à la dose d'un comprimé par jour, en faisant coïncider ces jours avec la période post-menstruelle ; pour lui, cette association médicamenteuse doit être poursuivie sans arrêt pendant 4 à 6 mois en surveillant l'état cardiaque et la courbe du poids. M. Pérès insiste sur les excellents résultats qu'il a obtenus chez la femme au moment de la ménopause grâce à ce traitement rigoureusement poursuivi ; il fait d'ailleurs remarquer que l'œstroglandol, sous forme d'onguent, donne également les meilleurs effets dans la thérapeutique des acnés et du prurit vulvaire ou ano-génital car, depuis les travaux de Zondek, on sait que l'hormone œstrogène agit aussi bien, sinon mieux, par voie percutanée ou transépithéliale. Le mode d'emploi est simple : on enduit les parties malades matin et soir d'onguent d'œstroglandol, puis on masse légèrement. On laisse à l'air pendant un moment les régions ainsi traitées pour faciliter la résorption du médicament. On supprime toute autre médication pendant ce traitement local qui doit être continué au moins quinze jours.

(1) *Courrier médical*, Paris, n° 6, 7 février 1937.

COURS

Faculté de médecine de Paris. — Clinique gynécologique, Hôpital Broca, 111, rue Broca (professeur : M. Pierre Mocquot). — *Cours de vacances.* M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. R. Moricard, chef du laboratoire ; MM. Guillot et Filhoulaud, chefs de clinique gynécologique ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; M. J. Pulsford, assistant d'électro-radiologie ; Mlle Wolff, ancien interne des hôpitaux de Paris, feront ce cours du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre 1938.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études désirant acquérir la pratique des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement en gynécologie. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Le droit à verser est de 300 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine, au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 14 à 16 heures), ou bien tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la salle Béclard (A.D.R.M.).

— Clinique obstétricale Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal (professeur : M. A. Couvelaire). — *Cours élémentaire de pratique obstétricale*, du 6 au 17 septembre.

Ce cours, dirigé par M. Lacomme, agrégé, sera fait par M. Lepage, accoucheur des hôpitaux, et M. Coen, chef de clinique, assistés de M. Rouchy, chef de clinique, et de M. Mathieu, interne du service.

Ce cours comprendra des leçons cliniques et des exercices individuels conçus dans le sens de la pratique médicale journalière.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Baudelocque.

Droits d'inscription : 150 francs pour les étudiants ; 250 francs pour les docteurs en médecine.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, ou à la salle Béclard (A.D.R.M.), tous les jours, de 9 heures à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf samedi après-midi).

— Clinique médicale des enfants (professeur : M. Nobécourt), et Clinique de la tuberculose professeur : M. Troisier). — *Cours de vacances sur les tuberculoses ganglio-pulmonaires de l'enfance.* — Le docteur P.-F. Armand-Delille, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy, médecin-assistant, fera du lundi 26 septembre au samedi 9 octobre 1938, à l'Hôpital des Enfants-Malades, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire de l'enfant, le pneumothorax thérapeutique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

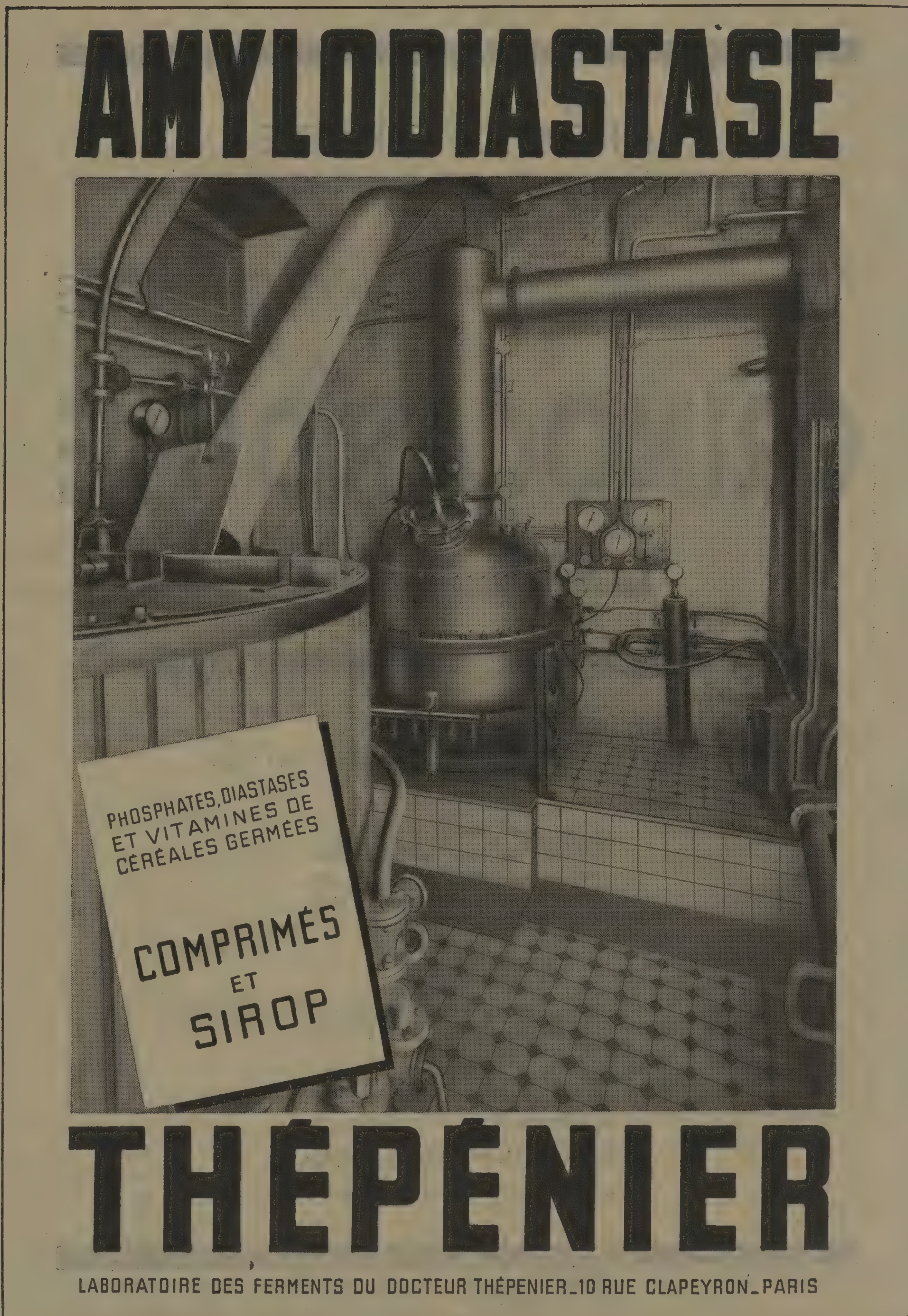
Chaque matin, à 10 heures: visite dans les salles Gilette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçons à 11 heures, dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale des enfants, Hôpital des Enfants-Malades.

Prix de l'inscription : 200 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.


AMYLODIASTASE
PHOSPHATES, DIASTASES ET VITAMINES DE CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS ET SIROP
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPENIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 70. — MERCREDI 31 AOUT 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le *concours de la médaille d'or* (*chirurgie et d'accouchement*), s'ouvrira le jeudi 19 janvier 1939, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

Se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du vendredi 4 au mardi 15 novembre 1938 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Le Mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le mardi 15 novembre 1938, à 17 heures, dernier délai.

Le *concours de la médaille d'or* (*médecine*), s'ouvrira le lundi 16 janvier 1939, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

Se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du vendredi 4 au mardi 15 novembre 1938 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Le Mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le mardi 15 novembre 1938, à 17 heures, dernier délai.

Hôpital et dispensaire français de Londres. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira en octobre ou en novembre prochain.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Robert Pierret, villa Ménival, La Bourboule (Puy-de-Dôme).

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Montredon (Haute-Loire), est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Suttel.

Distinctions honorifiques. — MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET DES SPORTS. *Médaille d'or :* MM. Bourguin (à Paris) et Girard (à Bordeaux.)

Médaille d'argent : MM. Ploye (marine) et de Butler (à Amiens).

Guerre. — Par décret du 10 août, les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire (section de médecine « troupes coloniales »), dont les noms suivent, sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales :

MM. Chastang Robert, reçu docteur en médecine le 16 juin 1938 ; Thibaux Pol, reçu docteur en médecine le 6 juillet 1938 ; Fagot André et Gaillardin Lucien, reçus docteurs en médecine le 8 juillet 1938.

Par décision ministérielle du même jour, ces officiers sont affectés à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

Marine. — Sont promus dans le Corps de santé :

Au grade de médecin principal : M. Lajat, médecin de 1re classe, en complément de cadres.

Au grade de médecin de 1re classe : M. Verd, médecin de 2e classe, en remplacement de M. Lajat, promu.

COURS

Faculté de médecine de Paris. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU (professeur : M. Paul CARNOT). — *Cours de vacances* (26 septembre-8 octobre 1938). Quinzaine de revision, clinique et technique, sur les maladies digestives (tube digestif, foie, pancréas et rate), pour les médecins français et étrangers et les étudiants en fin de scolarité, tous les jours, matin et soir, du lundi 26 septembre au samedi 8 octobre 1938.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (professeur : M. C. JEANNIN). — *Cours de pratique obstétricale.* Ce cours est réservée aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commence le lundi 19 septembre 1938 ; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à partir de 9 h. 30 et de 1 heure. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Tarnier. Le droit à verser est de 250 francs.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Pellet (de Nîmes), victime d'un accident d'automobile.

— Le docteur Salomon Lehmann, médecin commandant en retraite, à Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE DE LA MÉDECINE

M. Louis Linyer, sénateur, demande à M. le ministre de la Santé publique si, pour l'application de la loi du 26 juillet 1935, relative à l'exercice de la médecine en France, le fait du mariage d'une étrangère avec un Français équivaut à la naturalisation si, du moins, l'intéressée a, lors de la célébration, déclaré opter pour la nationalité française. (*Question du* 12 *avril* 1938.)

Réponse. — Les étrangères devenues Françaises par mariage ne sont pas soumises aux obligations dont sont frappés les médecins et dentistes naturalisés. En particulier, les délais d'attente de l'article 7 de la loi du 26 juillet 1935, relatifs à l'exercice de la médecine et aux emplois de médecine publique, ne sont imposés qu'aux étrangères naturalisées par décret.

J. O. 1er juin.

L'exercice de la médecine en Indochine par les médecins indigènes. — Un décret en date du 13 août (*J. off.* du 24 août 1938) dispose que les médecins indigènes, pourvus du diplôme de docteur de l'Université, mention médecine, d'une faculté française sont soumis, au point de vue exclusif de l'exercice de la médecine aux dispositions du décret du 16 avril 1924.

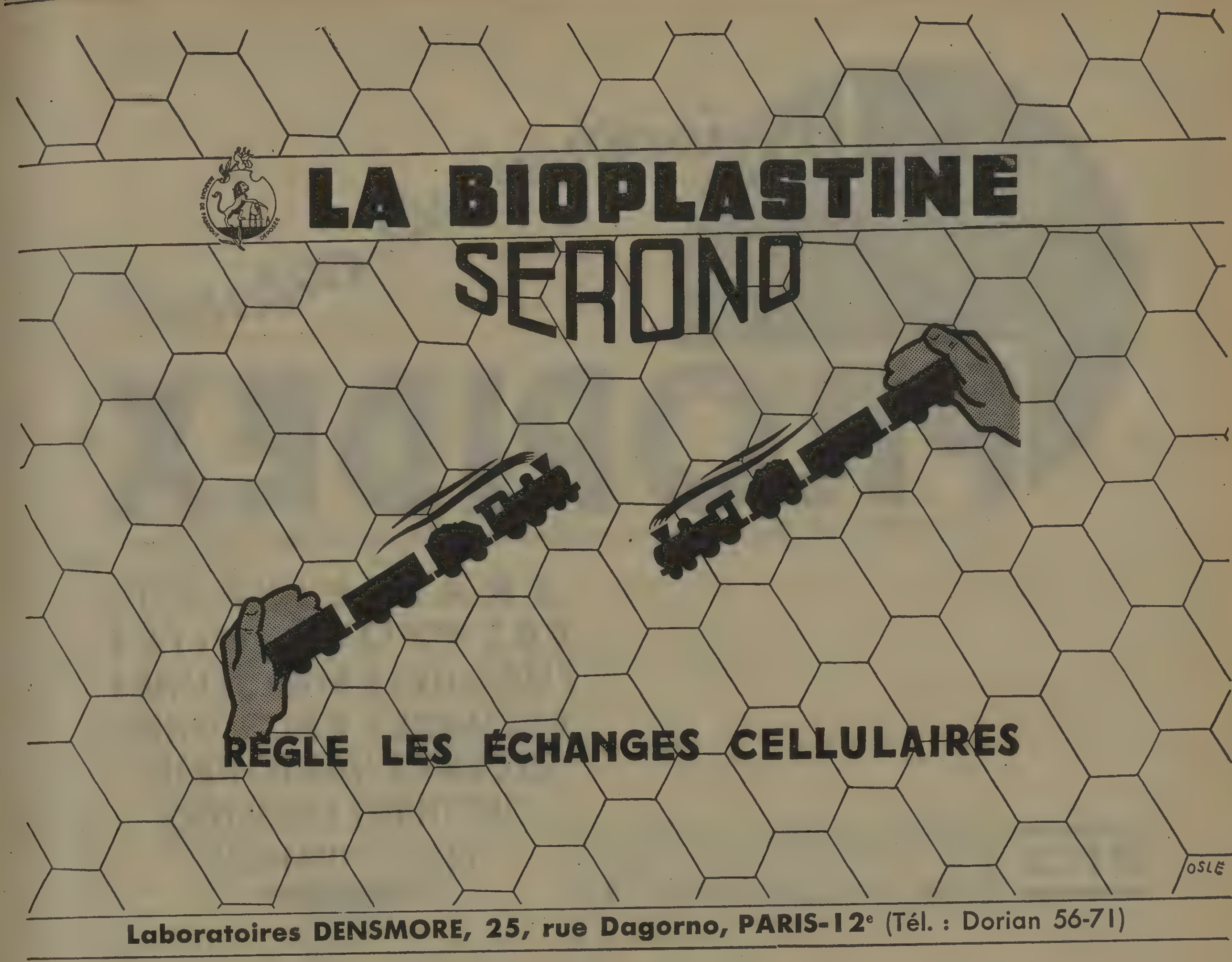
Toutefois, il pourra leur être accordé l'autorisation de procéder aux interventions de grande chirurgie s'ils sont admis, dans les conditions fixées par l'article 2 du décret du 16 avril 1924, à donner des soins médicaux aux Européens.

MÉDECINS HYGIÉNISTES

M. Costes, député, expose à M. le ministre de la Santé publique que le décret du 15 avril 1937 sur l'organisation de l'inspection départementale d'hygiène, dans son titre V, exige des médecins hygiénistes en fonction, s'ils désirent être maintenus dans leurs fonctions, une demande en vue de leur maintien et de leur classement. Et demande : 1° ces médecins ayant actuellement un contrat avec un département ou une commune, ce qu'il adviendra s'ils ne font pas cette demande ; si le contrat entre l'administration publique et le médecin intéressé sera rompu sans compensation ou indemnité ; 2° étant donné le changement de situation imposé à ces fonctionnaires, s'il n'est pas possible, pour ceux d'entre eux qui ont effectué des versements à une caisse de retraite pendant une durée suffisante, de leur ouvrir droit à une retraite proportionnelle à laquelle ils pourraient prétendre d'après leurs versements ; 3° dans quelles conditions, sous quelle forme, à qui et par quelle voie doit être adressée la demande de maintien en fonctions ; 4° au cas où cette demande est faite et au cas où le classement effectué ne convient pas au fonctionnaire qui a fait la demande (actuellement il n'existe aucune échelle de traitement, et aucune règle précise de classement n'a été arrêtée), quel recours il aura. (*Question du* 11 *janvier* 1938.)

Réponse. — 1° Il semble résulter des termes de l'article 17 du décret du 15 avril 1937 que les contrats passés entre les médecins et les départements ou les communes devraient être considérés comme rompus si les intéressés ne faisaient pas la demande de maintien en fonction ou si ce maintien leur était refusé ; cependant, pour tenir compte des situations particulières, l'administration pourrait éventuellement envisager des solutions aussi libérales que possible. En ce qui concerne le principe d'une indemnité en cas de rupture des contrats, seuls les tribunaux administratifs auraient qualité pour se prononcer à cet égard ; 2° le droit à la retraite proportionnelle est réglé exclusivement par les dispositions de la caisse de retraite à laquelle le médecin est affilié ; toutefois, l'administration envisage une modification du décret du 15 avril pour permettre, sous certaines réserves, aux inspecteurs d'hygiène frappés par l'âge de la retraite de prolonger leurs services de manière à remplir les conditions de temps requises pour l'obtention d'une retraite proportionnelle ; 3° la demande de maintien en fonction est adressée directement au ministre qui indique les documents à fournir et fait procéder aux enquêtes qu'il juge nécessaire ; 4° l'intéressé peut déférer la décision ministérielle au Conseil d'Etat.

J. O. 3 juin.


LA BIOPLASTINE
SERONO
RÈGLE LES ÉCHANGES CELLULAIRES
OSLE
Laboratoires DENSMORE, 25, rue Dagorno, PARIS-12e (Tél. : Dorian 56-71)


Hypertensions
ET TOUS ÉTATS
SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE
LISSE
BENZOATE DE BENZYLE
OLÉTHYLE-BENZYLE
Le seul en GÉLULES
CAPSULES
MOLLES
Littérature - Echantillons - Posologie.
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122 Rue du Faubourg Saint-Honoré Paris

L'HERÉDITE DE L'ÉPILEPSIE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

L'épilepsie « essentielle » est-elle héréditaire ? Question grosse de conséquences pratiques et à laquelle les auteurs n'ont pas manqué d'accorder toute leur attention. Ils distinguent généralement deux sortes d'hérédité : similaire et de transformation.

L'hérédité *similaire* a été étudiée par d'innombrables savants (Beau, Binswanger, Boerhave, Bourneville, Delasiauve, Doussin, Dubreuil, Echeveria, Esquirol, Foville, Lasègue, Maisonneuve, Moreau, Morel, A. Voisin, v. Swieten). Elle peut elle-même être directe ou indirecte, en passant par les chiffres de 14-15 % (Echeveria), 35 % (Gower), 61,7 % (Binswanger), 66,8 % (Déjerine).

L'hérédité *directe*, de parents à enfants, intervient dans 5 (Kneidel), 6 (Grenier de Cardenal) à 73 % (Finck) des cas, en passant par les chiffres de 14-15 % (Echeveria), 35 % (Gower), 61,7 (Binswanger), 66,8 (Dejerine). Pour M. M. Klippel et M.-P. Weill, elle peut apparaître au même âge dans deux générations successives (hérédité homochrome). Mais il y a, en général, anticipation chez les descendants, qui sont atteints à un âge moins avancé que les ascendants, si bien que la maladie peut survenir chez le fils avant de se manifester chez le père. Pour Demm, il lui arrive, dans 44 % des cas, de sauter une génération. Luxemburg et Rudin étendent à l'épilepsie leurs conclusions relatives à la schizophrénie, qui, pour eux, est d'origine héréditaire dans 9 à 10 % des cas. Cette hérédité directe explique, comme le fait remarquer Vollard (cité par Oppenheim), que la maladie puisse frapper des frères et des sœurs. D'après Peritz, les formes graves, nécessitant l'hospitalisation, sont assez souvent héréditaires, quoique la prédisposition nerveuse générale joue, dans tous les cas, le rôle capital.

L'hérédité *indirecte*, d'oncle ou tante à neveu, serait beaucoup plus fréquente, d'après Bourneville, Echeveria, Ferré.

Quant à l'*hérédité de transformation*, elle s'observerait dans 23 % des cas, d'après M. Grenier de Cardenal. Il est rare, en effet, que les ascendants des épileptiques n'aient pas souffert de quelque affection nerveuse organique : myélite spécifique, paralysie générale, tabes, ou d'une psychose plus ou moins définie : état circulaire, délire chronique, démence précoce (Gründler) ou sénile, hystérie, psychasténie, etc. Vogt ajoute que, dans les antécédents collatéraux des épileptiques, on trouve souvent signalées, soit des malformations graves, soit de la mortinatalité.

Les auteurs américains distinguent deux variétés d'épileptiques : ceux que leurs tares obligent à une surveillance continue, dans un asile ou dans un hospice (*E. institutionnels*) et ceux qui, en dehors de leurs crises, n'ont aucune tare nerveuse et peuvent vivre de la vie de tout le monde (*E. extra-muraux*). L'hérédité est naturellement beaucoup plus forte pour les premiers que pour les seconds.

***

Sur 344 cas personnels d'épilepsie essentielle, nous en avons 27 où, à un premier examen, l'hérédité directe semblait pouvoir être incriminée.

OBS. I. — A... Louise, 10 ans. Une tante paternelle aurait souffert de crises comitiales de 12 à 17 ans.

OBS. II. — A... René, 12 ans. Un oncle maternel a été atteint, vers la quatorzième année, de crises épileptiques.

OBS. III. — B... Pierre, 17 ans. Le père est comitial.

OBS. IV. — B... Roger. La mère et un oncle maternel sont épileptiques.

OBS. V. — B... Jean, 7 ans. La mère est sujette à des « syncopes », sur lesquelles il nous a été impossible d'obtenir des renseignements précis.

OBS. VI. — B... André. Deux frères sont épileptiques.

OBS. VII. — C... Une sœur est épileptique.

OBS. VIII. — C..., 17 ans. Le père a eu, dans sa prime jeunesse, des crises comitiales.

OBS. IX. — C... Jean, 17 ans. Le père a souffert de crises comitiales jusqu'à 6 ans, ainsi qu'une sœur plus jeune.

OBS. X. — D..., 3 ans. Le père est un ancien comitial.

OBS. XI. — E... Edith, 5 ans. Le grand-père aurait été atteint d'épilepsie.

OBS. XII. — Mlle F..., 17 ans. Un oncle paternel est comitial.

OBS. XIII. — Mlle H..., 16 ans. La mère est éthylique et comitiale.

OBS. XIV. — I... Ginette. Grand'mère paternelle épileptique.

OBS. XV. — J... Jean, 14 ans. Un frère jumeau est épileptique.

OBS. XVI. — L... Jacqueline, 8 ans. Deux tantes maternelles sont épileptiques.

OBS. XVII. — M. M..., 25 ans. La mère a été atteinte, jusqu'à 46 ans, de crises comitiales.

OBS. XVIII. — M... (Mlle). La mère, ainsi que deux frères, ont souffert d'épilepsie.

OBS. XIX. — N... (Mlle). Une tante paternelle est soignée pour épilepsie. Le père souffre de crises analogues attribuées au pouls lent.

OBS. XX. — P... L'arrière grand'mère maternelle a été atteinte d'épilepsie tardive.

OBS. XXI. — P... Andrée, 11 ans. Le grand-père est sujet à des « crises nerveuses ».

OBS. XXII. — P. Andrée, 11 ans. Le grand-père est sujet à des crises nerveuses.

OBS. XXIII. — P... Marguerite, 7 ans. Une tante maternelle est comitiale.

OBS. XXIV. — S. Jean, 14 ans. Une cousine paternelle a été atteinte d'épilepsie à la puberté.

OBS. XXV. — S... Le grand-père est un comitial tardif.

OBS. XXVI. — U. den B... André. Un cousin germain de la mère est épileptique. Le frère aîné aurait eu des convulsions.

OBS. XXVII. — U... Le père est comitial.

***

Avant de chercher à interpréter ces faits, voyons s'ils sont « recevables ».

Force est de convenir que, pour la plupart d'entre eux, le doute est permis, et ce, pour plusieurs raisons :

1° Les « syncopes » et « crises nerveuses » signalées chez les parents des petits malades ne peuvent être rattachées à l'épilepsie que sous les plus expres-

ses réserves. Comment ne pas penser que celles-ci étaient parfois liées au pithiatisme et que celles-là étaient d'authentiques syncopes, n'ayant rien à faire avec le mal comitial ?

2° Certains accidents ont été qualifiés épileptiques par l'entourage sans raison suffisante, sans qu'on ait la preuve qu'il y ait eu des symptômes pathognomoniques, dont, surtout, la perte de connaissance momentanée ;

3° D'autres se sont passés il y a trop longtemps pour que les descendants en aient gardé un souvenir net ;

4° Parfois, l'étiologie n'est pas simple. Dans plusieurs de nos cas, il y a eu des difficultés obstétricales : présence de circulaires du cou, accouchement prolongé et pénible, naissance en état d'asphyxie bleue ou avant terme (Obs. II, IV, VI, XII, XXVI) ; dans un (obs. XXII), il y avait eu, antérieurement aux premières crises, un traumatisme cranien, suivi d'un coma ayant duré 24 heures.

Est-ce à dire qu'aucun d'entre eux ne puisse être retenu ? Assurément non ! Nous avons, dans nos observations de ville, retrouvé des ordonnances signées de maîtres tels que Charcot, Brissaud, Dejerine, Gilbert Ballet, pour ne parler que des morts, rédigées pour les parents de nos malades, et de telle manière qu'elles imposent le diagnostic d'épilepsie. Concluons donc que, si la plupart de nos cas peuvent être discutés, il en est quelques-uns, toutefois, qui confèrent la certitude.

***

De leur lecture, ressortent quelques données, qui confirment, d'ailleurs, les théories classiques :

1. *L'hérédité directe, de parents à enfants, est exceptionnelle*, puisque nous ne la trouvons mentionnée que dans sept cas, et encore, tous ne sont-ils pas entièrement probants, puisque, dans l'observation VIII, si le père est un ancien comitial, le petit malade est né en état d'asphyxie bleue ; que, dans l'observation X, s'il en est de même du père, la grand-mère maternelle est tabétique ;

2. *L'hérédité de seconde génération n'est pas beaucoup plus fréquente ;*

3. *L'hérédité indirecte*, c'est-à-dire la transmission de l'épilepsie d'oncle et tante, *se retrouve plus souvent*, mais, ici encore, les cas ne sont pas simples et, dans un certain nombre d'entre eux, plusieurs causes pathogènes sont en jeu.

***

Comment donc interpréter nos cas ?

De différentes façons.

Dans un premier groupe de faits, il s'agit d'*épilepsie liée à l'alcoolisme*, comme dans notre observation IV, où l'éthylisme du grand-père maternel explique sans doute la production de crises épileptiques chez sa fille, chez son fils, chez son petit-fils. De tels cas sont connus, mais les auteurs ne sont pas d'accord sur leur fréquence : 4,6 % pour Müsken, 18,92 % pour Snull, 40 % pour Stroehlik (cités par Peritz).

Second ordre de faits : on se trouve en présence de sujets atteints de *syphilis congénitale*. Dans une de nos observations, la grand'mère est une tabétique évidente, avec aréflexie tendineuse, signe d'Argyll-Robertson, ataxie, réaction de B.-W. positive pour le sang.

Dans un troisième groupe, représenté par l'observation XIV, l'*hérédité vraie* joue seule, puisque les deux jumeaux sont épileptiques. Encore n'est-elle pas entièrement probante, puisque nous ne savons pas si ces jumeaux étaient ou non univitellins. Notons, en passant, que les généticiens n'admettent l'influence de l'hérédité que pour l'épilepsie-myoclonie, qui n'a rien à voir avec l'épilepsie essentielle.

***

Quoi qu'il en soit de ces interprétations, toujours quelque peu hypothétiques, concluons hardiment que, dans l'épilepsie « essentielle », *l'hérédité directe est exceptionnelle*. Conclusion sur laquelle nous nous sommes fondé pour laisser marier, non seulement des descendants d'épileptiques, mais encore les épileptiques eux-mêmes, sous réserves qu'ils ne soient porteurs d'aucune tare, que leurs crises ne soient ni trop fréquentes ni trop graves, et que, dès le début des pourparlers, la « partie adverse », mise loyalement au courant, se soit déclarée consentante. Cette pratique, nous l'avons adoptée il y a plus de trente ans et nous y sommes toujours restés fidèle, sans avoir jamais eu à regretter l'octroi, à nos clients, de cette « licence ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales, par Achille Urbain. 2e édition, révisée et augmentée. Un vol. de 146 pages. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 28 francs.

L'année thérapeutique, médicaments et procédés nouveaux, douzième année 1937, par le docteur A. Ravina. Un vol. de 202 pages. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 25 francs.

La tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains et la vaccination anti-tuberculeuse, par L. Sayé, professeur de phtisiologie à l'Université de Barcelone. Un vol. de 256 pages, avec 88 figures. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 60 francs.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infantiles, par Robert Debré, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 96 pages, chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 28 francs.

Les réactions d'équilibre chez l'homme, étude physiologique et clinique des réactions d'équilibre sur la table basculante, par Jules Zador, préface d'André Thomas. Un vol. de 256 pages, avec 214 fig., chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 80 francs.

Précis juridique à l'usage des professions médicales, par Jos. Kroell. Un vol. in-8° de 132 pages, aux Editions universitaires de Strasbourg, 1a, place de l'Université, à Strasbourg, 1938. Prix : 24 francs.

DÉMENCE PRÉCOCE

DEUX NOTIONS NOUVELLES

Par M. R. BENON,
Médecin de l'hôpital psychiatrique de Nantes.

Il semble que deux notions nouvelles se dégagent de quelques recherches entreprises sur la démence précoce, ou se précisent du fait de constatations relevées dans cette variété de maladie mentale : l'état psychique, certaines réactions d'origine émotionnelle paraissent plus clairs, considérés sous un jour spécial. Il ne s'agit pas de la question délire dans l'hébéphrénie ni de la question catalepsie, ni de la question indifférence émotionnelle (cependant nous en parlerons), mais de la question démence et de la question négativisme.

***

Le délire. — Une des formes les plus importantes de la démence précoce, d'après Kraëpelin, était la forme paranoïde, dite démence paranoïde. Cette démence paranoïde, chronique (il n'y a pas de démence sans chronicité), comprenait, englobait les délires mal systématisés chroniques et les délires systématiques chroniques, de Magnan, tous ou presque fondés sur des hallucinations ; Kraëpelin rangeait la mélancolie délirante dans la psychose maniaco-dépressive. Nous préférons la conception de Magnan à la conception de Kraëpelin ; tous les déments paranoïdes, si variés, sont des délirants, non pas des déments. En revanche nous croyons à l'unité nosologique de ces psychoses : les unes (délire chronique de Magnan) évoluent chez des sujets normaux au point de vue psychique, les autres (délires mal systématisés et chroniques) chez des individus porteurs d'anomalies mentales très diverses. La maladie est la même (délire hallucinatoire, à évolution chronique, bien ou mal systématisé, avec ou sans alternatives d'excitation et de dépression), mais la maladie revêt des formes multiples. Il y a des cas extrêmement complexes : on ne parvient à les comprendre, à les expliquer qu'à l'aide de la notion clinique de dégénérescence mentale (anomalies congénitales de l'intelligence, de l'émotivité, de la force nerveuse). Quand le délire mal systématisé hallucinatoire et durable évolue vers un état d'hypothymie nettement caractérisé (indifférence émotionnelle, hypoaffectivité, absence de désirs, d'appétits), alors seulement on peut affirmer la démence précoce, mais jamais avant plusieurs années (trois à cinq).

La démence. — La démence précoce n'est pas une démence, c'est-à-dire une variété d'affaiblissement intellectuel. Qu'est-elle alors, si elle n'est pas une démence ? — Un court historique semble utile et ajoutera peut-être à nos précisions. — Le mot démence est un mot latin comme le mot délire. Qu'ont signifié ces deux termes primitivement ? Délire, sans doute mélancolie d'Hippocrate, et démence, sans doute manie. Esquirol (1814), fait nouveau et capital, oppose la démence à la manie, et la démence pour lui, d'après les textes démonstratifs qu'il a laissés, est avant tout de l'asthénie. (Cette constatation a grand intérêt puisque, en 1911, Tastevin opposera l'asthénie à la manie.) La conception d'Esquirol à l'endroit de la démence n'a pas été suivie. La démence, pour les Français du moins, avec J.-P. Falret, Baillarger, est l'affaiblissement des facultés mentales, et on a distingué l'affaiblissement global des facultés dans la paralysie générale, de l'affaiblissement partiel des facultés dans les autres démences organiques. Qu'était exactement vers 1860 pour les auteurs cet affaiblissement des facultés ? Il est difficile de le dire jusqu'à Magnan : en tout cas, actuellement, l'affaiblissement intellectuel est la perte des souvenirs et des idées ; ce n'est pas seulement la perte des souvenirs (le concret), c'est essentiellement la perte des idées (l'abstrait), et cela est aussi net que possible dans la paralysie générale et encore, mais moins, dans la démence sénile. Au cours d'une affaire récente, où perversité et paralysie générale ont été confondues, si on avait eu une notion exacte de la démence globale, propre seulement à la paralysie générale, on n'aurait pas rédigé le certificat qui a été remis aux tiers. — La perte des souvenirs et des idées est très caractéristique dans la paralysie générale : l'est-elle autant dans les autres démences dites organiques ? Non, certainement, de sorte que la constatation d'un affaiblissement intellectuel partiel dans les démences qui ne sont pas de la paralysie générale, est fort délicat. Nous nous demandons même si dans la grande généralité de ces cas on ne confond pas l'affaiblissement intellectuel partiel avec l'asthénie nerveuse psychique.

Les psychiatres allemands ont certainement confondu démence et asthénie. D'une part Kraëpelin a fait de l'hébéphrénie la démence précoce (1892) ; d'autre part les Allemands font de l'asthénie traumatique séquelle une variété de démence, la démence traumatique. Ultérieurement Kraëpelin encore a déclaré curables un certain nombre de cas de démence précoce. Cela se conçoit puisque cette démence est très probablement de l'asthénie. — Bleuler a remplacé (1911) le mot démence par le mot schizophrénie (dissociation intellectuelle), mais cette dissociation intellectuelle est justement le fait de l'asthénie psychique. — Régis a exprimé l'idée que la démence précoce était un état de confusion mentale chronique, mais pour lui la confusion mentale est la confusion dans les idées, alors qu'elle est exactement et seulement la confusion dans les perceptions : la confusion dans les idées, aperçue par Régis dans la démence précoce, est de l'asthénie psychique. Et sont encore de l'asthénie psychique les troubles de l'auto-conduction étudiés par Toulouse et Mignard. — Notre conclusion formelle est que la « démence » de la démence précoce est de l'asthénie, psychique et musculaire, chronique, typique ou atypique, surtout atypique, compliquée ou non de délire.

Le négativisme. — Durant des années nous sommes passés devant des déments précoces, durant des années nous avons examiné des déments précoces, sans interpréter leur oppositionnisme (Morel), leurs réactions de négativisme, comme un signe d'énerve-

ment contenu. Quelques auteurs, Chaslin, Deny et Roy notaient l'entêtement de ces malades spéciaux, ou leur désir de vivre à l'écart et en paix, mais leurs notions sur les états émotionnels étaient trop pauvres pour qu'ils en comprissent le mécanisme intime. Des idées, pour nous, président à ces réactions spéciales à base d'énervement refoulé. Ce sont soit des conceptions délirantes, difficiles à mettre en évidence parce que le sujet est un type de caractère fermé (endotérisme), soit des sensations pénibles en relation avec l'asthénie chronique, soit les unes et les autres. De toute façon de tels sujets sont des anormaux constitutionnels complexes (anomalies à la fois de l'intelligence, de l'émotivité et de l'activité). Notons que les partisans d'altérations organiques dans la démence précoce ne semblent pas, jusqu'à ce jour, avoir trouvé de lésions des noyaux centraux chez ces négativistes invétérés, chroniques, incurables.

La catalepsie. — Comment concevoir la catalepsie dans la démence précoce ? Comment expliquer ces attitudes singulières, imposées d'abord au sujet, et si longuement conservées ? Comment comprendre qu'elles alternent parfois avec le négativisme ? Y a-t-il là un phénomène obscur de périodicité ? — Nous pensons d'abord que la catalepsie apparaît toujours chez des asthéniques, ordinairement atypiques. L'observation directe et indirecte semble bien l'établir. Mais comment un asthénique(affecté d'asthénie musculaire et psychique) peut-il conserver aussi longtemps les attitudes pénibles qu'on donne à ses membres ? — Mais d'abord l'asthénique, dans de nombreux cas, est parfaitement capable d'un effort, même prolongé (l'asthénique qui lutte et qui tue n'est pas exceptionnel) : tous les efforts aggravent son état, mais l'effort n'est pas impossible. En outre, une fois l'attitude imposée au sujet et adoptée par lui, on peut se demander si un effort personnel à accomplir pour changer d'attitude ne pèse ou ne déplait pas au sujet. Des physiopathologistes devraient éudier cette question. Enfin l'alternance de la catalepsie et du négativisme pourraient s'expliquer ainsi : la catalepsie coexisterait avec l'asthénie, le négativisme avec le délire ou un état d'asthénie aggravée. Cela est complexe sans doute mais la médecine mentale et les cas particuliers de cette médecine sont-ils simples ?

L'hypothymie chronique. — Le symptôme ou l'ensemble des symptômes, qui apparaissent dans la démence précoce comme caractéristiques, c'est l'indifférence émotionnelle, c'est l'indifférence affective, et pour cette raison nous avons désigné la démence précoce sous le nom d'hypothymie chronique (1916). Cette hypothymie n'existe jamais seule : elle coexiste avec de l'asthénie, avec de l'hypersthénie (manie), avc du délire, avec du négativisme, avec de la catalepsie, avec des stéréotypies. Mais c'est elle qui est essentielle. L'hypothymie et l'asthénie sont, de beaucoup, les deux états qui sont le plus fréquemment associés, puis l'hypothymie, l'asthénie et le délire, enfin l'hypothymie et l'hypersthénie. Sont-ce là des vues de l'esprit ? Il faudrait reprendre ces diverses données, et les reprendre dès la jeunesese, car ce travail sera long et maints auteurs le trouveront fastidieux parce que tous ces malades sont des chroniques. — En quoi consiste cette hypothymie chronique, pathognomonique de la démence précoce ? Trois émotions en particulier ne se produisent plus chez le dément précoce : le chagrin, l'anxiété, la joie. Ainsi on lui annonce le décès de son père, pour lequel il a eu l'affection la plus vive, l'état précaire de sa fortune en présence d'événements sociaux graves, l'arrivée d'un frère, d'une sœur, d'un ami, qui lui a été très cher, etc., il reste indifférent, impassible. Quand à ce moment quelques réflexes émotionnels se produisent chez lui, ils sont de durée si brève, ils sont si variables, que tous ceux qui ont connu le sujet sont étonnés de son attitude et impressionnés douloureusement. En vain cherche-t-on à lui faire exprimer des désirs, à réveiller des inclinations : toute vie émotionnelle ou passionnelle est morte. Toutefois, de temps en temps, on voit quelques sourires passer sur son visage, on entend des éclats de rire, mais il est impossible d'en connaître les motifs : cela ne veut pas dire que des images, des souvenirs ne président point à leur production. Une autre émotion reste commune chez le patient, c'est l'énervement, tantôt l'énervement exprimé (impulsions colériques, violences), tantôt l'énervement contenu (négativisme intense). — A propos de l'indifférence émotionnelle spéciale de la démence précoce, faisons observer combien il est difficile de l'apprécier directement et indirectement. Le praticien prend pour de l'indifférence ce qui n'est qu'un état d'asthénie voisin de la stupeur ou mutisme par énervement contenu. La famille voit dans un pauvre petit geste amical la conservation des sentiments affectifs. Il ne faut jamais affirmer le diagnostic de démence précoce avant trois à cinq ans, et quelquefois encore des erreurs seront commises. Dans l'armée, les médecins experts ne doivent jamais porter d'emblée le diagnostic d'hébéphrénie.

***

Conclusions. — Les deux notions, touchant la démence précoce, qui nous apparaissent nouvelles, sont : 1° La « démence » de la démence précoce est de l'asthénie psychique ; cela explique qu'on parle de démences précoces curables ; cela explique l'expression schizophrénie : la dissociation intellectuelle est due à l'asthénie psychique ; cela explique encore l'expression confusion mentale chronique que Régis a proposée à la fin de sa vie pour désigner l'hébéphrénie ; — 2° le négativisme de la démence précoce est une manifestation à base d'énervement contenu, manifestation extraordinairement développée chez certains patients sans doute prédisposés à cette réaction du fait de leur constitution émotionnelle, native ou acquise. Ajoutons que les délires mal systématisés et chroniques ne doivent pas être classés dans la démence précoce, que la catalepsie de la démence précoce se produit constamment chez des sujets qui sont des asthéniques, que l'indifférence émotionnelle est le signe essentiel de la démence précoce, d'où l'expression d'hypothymie chronique pour la qualifier spécialement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938 (1)

Doctorat d'Etat. — 20. Arsac. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'aminothérapie.
25. Blin. — Les incidents à la liberté surveillée. Contribution à l'étude de la délinquance juvénile.
7. Brabant. — De l'hypochlorémie et de l'azotémie dans les vomissements incoercibles de la grossesse.
42. Brichant. — Contribution à l'étude de l'hygiène dans les blanchisseries.
40. Carlier. — Etude anatomo-clinique et thérapeutique des épithéliomas des maxillaires.
47. Caron. — Les sarcomes de l'omoplate.
38. Chaix. — La mucine de la bile vésiculaire humaine.
32. Choain. — L'artériographie dans l'artérite des membres supérieurs.
22. Colpin. — Du traitement des épanchements pleuraux au cours du pneumothorax artificiel.
8. Coucke. — Contribution à l'étude de la pleurésie rhumatismale.
39. Crawford. — Les ostéotomies sous-trochantériennes.
5. Crouwy. — La sténose du pylore par hypertrophie musculaire pure chez l'adulte.
14. Debailleul. — Abcès du lobe frontal consécutifs aux sinusites frontales.
18. Debuirre. — Etude clinique et expérimentale de quelques produits abortifs d'origine végétale.
28. Dejoncker. — Contribution à l'étude des luxations de l'os coxal.
30. Delpierre. — L'hétérohémothérapie familiale dans le traitement des bronchopneumonies de l'enfant en clientèle.
50. Denoeux. — La sériescopie.
44. Derosne. — Les mastoïdites zygomatiques.
45. Desmons. — Contribution à l'étude du diagnostic de l'angine de poitrine vésiculaire.
2. Dessaint. — Contribution à l'étude des agénésies congénitales du fémur.
51. Devos. — La lobation et la zonation des poumons chez l'homme et les mammifères.
3. Ducloux. — Les sarcomes des maxillaires.
26. Dupret. — La gliofibromatose de Recklinghausen.
9. Elberg (Mlle). — Abcès de fixation chez l'enfant.
31. Flament. — Le traitement des fractures du plateau tibial.
4. Fournier. — Recherches sur la surface et le volume de l'écorce cérébrale.
54. Grignet. — Cholécystites aiguës.
21. Hocq. — La maladie de Lobstein.
46. Husson. — La pachydermie vorticellée du cuir chevelu.
27. Jacquemaire. — De l'inspection médicale dans les externats de l'enseignement du second degré.
19. Lacombe. — Le purpura au cours de la tuberculose infantile.
29. Latargez. — Etude statistique de 588 cas d'avortement.
13. Lecoq. — De la sarcomatose cutanée.
6. Legrand. — Le métabolisme glucidique chez les tuberculeux pulmonaires.
33. Liégeois. — Les formes anormales de contagion de la syphilis.
24. Monneveu. — Contribution au traitement des états anxieux.
23. Noclercq. — Tuberculose cutanée de primo-infection.
17. Peudecoeur. — Contribution à l'étude des méningites lymphocytaires d'origine sinusale chez l'enfant.
53. Plouviet. — Les altérations hématologiques au cours de la néphrite azotémique.
34. Pommier. — Recherches expérimentales sur l'élasticité des lobes pulmonaires chez le chien.
43. Poteau. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des paralysies cubitales.
1. Quiévreux. — A propos de cinq cas de pneumococcie prolongée chez l'enfant.
48. Ravaut. — Troubles de la circulation périphérique et cardiopathies.
16. Rogez. — Contribution à l'étude des thyroïdites aiguës suppurées.
11. Rollet (Mlle). — Contribution à l'étude de l'application de la loi des assurances sociales dans les asiles d'aliénés.
41. Rossignol (Mlle). — Etude statistique sur 74 observations de thoracoplasties.
49. Thibaut. — Les lymphangiomes kystiques des membres.
10. Tragan. — Etude sur la réaction de fixation dans la tuberculose.
52. Tremble. — Quelques observations de cas de sensibilisation au froid humide.
35. Vaincourt. — Contribution à l'étude des ruptures spontanées de l'utérus au cours du travail.
55. Vandenabeele. — Le centre collecteur de lait de femme.
56. Van Varseveld. — Les nerfs de l'œsophage chez l'homme et les mammifères.
36. Wargnier. — Les sarcomes et pseudo-sarcomes sur lupus.
37. Watel. — Etudes cliniques de pleurésie tuberculeuse chez l'adulte âgé.

Doctorat d'Université. — 12. Alexandroff. — Les conséquences médico-légales des ostéosynthèses mal conduites.
15. Cardenas. — Résultats de l'enquête familiale dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis de deuxième génération.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1938, *Thèses de Hanoï*, n° 68 du 24 août, p. 1074; *Thèses de Strasbourg*, n° 69 du 27 août, p. 1100.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de Thérapeutique clinique, par Paul Savy, professeur de Clinique médicale à l'Université de Lyon (1).

Il n'était pas paru en France, depuis de nombreuses années, de *Traité de Thérapeutique*, original, écrit d'une seule main, et présentant avec l'ampleur nécessaire, à la fois l'exposé de nos connaissances sur nos moyens techniques d'action — et sur l'emploi que nous pouvons et devons faire de nos méthodes de guérir.

Le Traité du Professeur Savy vient prendre une place qui a été brillamment occupée par des œuvres magistrales.

Mais tout ouvrage apporte avec lui une idée ou une méthode nouvelle, quitte à bénéficier, pour l'ensemble, des progrès réalisés par les œuvres antérieures. Ce qui caractérise le Traité actuel est que, loin d'être un ouvrage de cabinet, une compilation écrite à coup de bibliographies, c'est l'œuvre vécue d'un homme, d'un seul homme, d'un

(1) Masson et Cie, éditeurs, Paris. — Ouvrage complet en 3 vol. formant 2716 pages. — Brochés, 300 fr.; cartonnés toile, 360 fr.

clinicien occupé au soin des malades. Sans doute l'expérience d'autrui n'est-elle ni méconnue, ni oubliée, mais elle est incorporée dans une œuvre vivante, bien équilibrée et avant tout personnelle.

Le résultat en est que le Traité du Professeur Savy, à l'inverse de bien d'autres gros volumes, peut « se lire ». Le public jugera, mais nous serions très surpris si le caractère entraînant de l'exposé ne suscitait pas chez les acquéreurs un désir de *lecture* plus encore que de simple consultation. Peut-être la méthode originale, que le Professeur Savy s'est imposée pour écrire, est-elle pour beaucoup dans ce résultat. Peu pouvaient tenter d'opérer ainsi : l'auteur a, pour l'ensemble, fermé sa porte, fermé les livres, fermé les yeux et, concentré sur son expérience, a dicté *ce que lui-même savait.* Il a — et c'est ce qui fait l'originalité de fond du livre — se supposant un lecteur difficile ou ignorant, essayé de justifier les méthodes qu'il préconisait par tout ce que sa clinique personnelle, ses souvenirs directs, ses lectures, les remarques de ses élève, ses contrôles de laboratoire, lui avaient appris sur la valeur des actes thérapeutiques. Ainsi, sans professer un cours d'étiologie et de pronostic des maladies, le Professeur Savy a, partout où il était utile, appuyé l'exposé du traitement sur des indications pathogéniques, conservant à ces indications l'accent de la pratique, fuyant les données livresques ou seulement hypothétiques.

Ses chapitres écrits, il a confronté la rédaction faite avec ses notes, ses fiches, les livres de sa bibliothèque, bref avec tout ce que, dans sa carrière, il avait amassé de « matériel » ; il a tenu compte, largement, de ce que son premier mouvement avait négligé. Grâce à cette méthode, l'accent est resté sur ce qui est vivant, sur ce que vraiment il faut savoir pour appliquer un traitement. L'exceptionnel, le rare sont relatés, mais exposés à leur place comme rare et exceptionnel. La lecture de ce gros ouvrage paraîtra aisée, facilitée par le mouvement qui la parcourt comme une circulation bien réglée.

Thérapeutique implique formulaire.

Celui-ci se trouve dans l'ouvrage à chaque chapitre. Une disposition typographique heureuse le distingue du texte et permet une *consultation* d'autant plus rapide que des tables analytiques et alphabétiques font trouver le détail cherché d'une façon instantanée. Mais, là encore, on retrouvera la méthode constante de l'auteur : de même que la thérapeutique est associée à une description vivante de la pathogénie, — de même avant d'arriver au formulaire, le Professeur Savy a insisté sur les caractères *essentiels* et profonds de l'arsenal dont nous disposons.

Le mot « pharmacodynamie » est à la mode. Cette mode est heureuse, mais ce n'est pas pour sacrifier à un goût du public médical que l'action pharmacodynamique des médicaments a été ici largement traitée et que jamais une formule n'a été donnée sans que son mécanisme d'action n'ait été antérieurement expliqué. C'est pour obéir à une nécessité interne que le Professeur Savy a satisfait à cette exigence et lui a réservé sa large place dans l'exposé des faits thérapeutiques et de leur enchaînement.

Ajoutons que les formules retenues ont toujours été prises parmi les plus simples, les plus élémentaires, les plus éloignées de la polypharmacie.

Une importance toute particulière a été accordée au *traitement chirurgical.* C'est le médecin qui, le premier, est appelé à diagnostiquer un cancer du rectum, une occlusion intestinale, une péritonite par perforation, une appendicite, une cholécystite, un ulcère ou un cancer du tube digestif, une maladie de Banti, une pleurésie purulente, etc. Sa responsabilité est formellement engagée lorsque, de l'intervention chirurgicale, dépend la vie du malade. Encore faut-il qu'il sache à quel moment précis doit être pratiquée l'opération pour être curative plutôt que palliative. C'est près du médecin que le malade et l'entourage se renseigneront sur la nature de l'intervention, sa gravité, ses inconvénients immédiats, ses résultats éloignés ; et, de toutes ces particularités, il doit être instruit plus que superficiellement, comme il doit pouvoir, avec le chirurgien, discuter, en toute connaissance de cause, les avantages respectifs, dans tel cas particulier, de la cholécystostomie ou de la cholécystectomie, de la gastroentérostosmose, ou de la résection gastrique, etc.

Ce livre est donc bien un « Traité », une œuvre complète, embrassant la thérapeutique sous tous ses aspects, avec le souci de *toutes* ses applications.

CONGRÈS ET VOYAGES

Vacances de Noël sur la Côte d'Azur

Le XVIe Voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditeranéen, aura lieu, comme de coutume, du 26 décembre 1938 au 1er janvier 1939. La concentration se fera à Cannes (Hôtel Carlton, Promenade de la Croisette), dans la matinée du lundi 26 décembre. L'après-midi sera consacrée à la visite de Cannes et de Super-Cannes, et la réception inaugurale du Voyage aura lieu dans la soirée.

La matinée du 27 sera consacrée au Cannet et à Juan-les-Pins, où l'on visitera le Poste d'émission radiophonique Radio-Méditerranée. Dans l'après-midi, on verra la cité grecque d'Anipolis (Antibes) et l'on admirera, du haut du cap, le magnifique panorama des Alpes neigeuses. On reviendra à Cannes par le Golfe Juan, où se réunit l'escadre de la Méditerranée.

Le 28, on visitera Grasse, centre climatique de la zone intérieure, avec ses fabriques de parfums ; Vence et ses sanatoria ; Cagnes, la cité des peintres et des poètes ; et l'on arrivera le soir à Nice, métropole de la Côte d'Azur.

Le 29, les voyageurs parcourront l'ancienne Voie romaine (Grande Corniche) de Nice à Menton ; ils verront l'Observatoire de Nice, le Monument érigé par Auguste à la Turbie, le château médiéval de Roquebrune. Ils visiteront Menton, le Cap-Martin, le château de Grimaldi, les laboratoires et l'élevage du docteur Voronoff.

Ils seront, le 30 décembre, les hôtes de la Principauté de Monaco ; ils admireront le Musée océanographique, unique dans le monde, le Musée d'anthropologie préhistorique, le Palais des Princes, le Casino et ses jardins magnifiques.

Ils visiteront, le samedi 31 décembre, les jardins exotiques de Monaco ; la route de la Moyenne-Corniche ; Eze ; Beaulieu ; Villefranche ; le Mont-Boron. Ils seront de retour dans l'après-midi à Nice, où le Voyage prendra fin le 1er janvier.

Pour ceux qui pourront disposer d'un temps un peu plus long, une excursion facultative sera organisée au départ de Nice, le dimanche 1er janvier ou le lundi 2, pour permettre aux amateurs de montagne (altitude 1.500 à 3.000 mètres) et de sports d'hiver, de se transporter, en 3 heures, du bord de la mer à Beuil et à Valberg, par les fantastiques gorges de rochers rouges de Cians et de Daluis. Ils reviendront à Nice dans la soirée. Puis, ils pourront s'embarquer le mardi 3 janvier, au port de Nice, pour une excursion facultative en Corse (demander le programme spécial). Après la visite de l'Ile enchantée, ils reviendront à Nice le vendredi 6 janvier au matin.

Les parcours sur le littoral seront effectués dans de très beaux auto-cars Pullman, et le voyage en Corse par les pa-

quebots de la Compagnie Fraissinet. Les séjours seront assurés partout avec le large confort qui est traditionnel à la Société médicale du Littoral méditerranéen. Les visites et les promenades seront accompagnées de démonstrations scientifiques et de causeries historiques. Des permis de parcours à tarif réduit seront mis à la disposition des adhérents, avec arrêts autorisés en cours de route. Les membres de la famille des médecins seront admis, ainsi que les étudiants en médecine. L'Office climatique de la Société médicale donne, dès à présent, tous les renseignements complémentaires, indique les conditions du voyage et reçoit les inscriptions, 24, rue Verdi, à Nice.

INFORMATIONS

(Suite de la page 1106.)

Concours pour le recrutement des inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés. — Le concours pour le recrutement des inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés a lieu, en principe, chaque année.

L'arrêté fixant la date du concours est publié au *Journal officiel* deux mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

Les candidats doivent satisfaire aux conditions fixées par l'article 5 du décret du 15 avril 1937.

Ne pourra être prise en considération la demande d'inscription d'un candidat ayant déjà subi trois fois sans succès les épreuves du concours.

Les candidats adressent au ministère de la Santé publique :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et du diplôme d'hygiène) ;

5° Un résumé de leurs titres de toute nature et des fonctions qu'ils ont remplies, avec références à l'appui ;

6° Les état de services administratifs antérieurs certifiés par les administrations intéressées ;

7° Un état des services militaires ou, à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

8° Un exemplaire de la thèse et des études publiées ;

9° Une note de renseignements sur la situation de famille ;

10° Un certificat d'aptitude physique à l'exercice de la fonction, délivré par un médecin assermenté ;

11° Un engagement d'accepter le poste qui leur sera attribué.

Le ministre arrête la liste des candidats admis à concourir.

Le concours comprend trois séries d'épreuves : écrites, pratiques et orales.

I. — *Epreuves écrites* (anonymes)

Les épreuves écrites portent sur :

1° L'épidémiologie ;

2° L'hygiène publique et la technique sanitaire ;

3° L'hygiène sociale ;

4° Le droit administratif (notions générales), la législation ou la réglementation sanitaires et les lois d'assistance.

Il est accordé aux candidats deux heures pour chaque composition.

II. — *Epreuves pratiques*

1° Epreuve clinique : examen d'un malade atteint d'une maladie contagieuse, en vue du diagnostic (maladies épidémiques ou maladies infectieuses chroniques, tuberculose, syphilis, etc.).

Pour cette épreuve, chaque candidat dispose de 20 minutes : 10 minutes d'examen et 10 minutes pour un exposé oral sur l'établissement clinique du diagnostic, sur les recherches biologiques à effectuer, sur la conduite de l'enquête épidémiologique et sur les mesures de prophylaxie à prescrire ;

2° Epreuves de laboratoire, de parasitologie, de bactériologie ou de sérologie. Deux heures sont consacrées à cette épreuve, à l'issue de laquelle un compte rendu écrit sera remis au jury.

III. — *Epreuves orales*

1° Interrogation (10 minutes) sur l'organisation, l'administration, la législation et la technique sanitaires ainsi que sur l'hygiène publique ;

2° Conférence d'un quart d'heure sur une question d'hygiène.

Une demi-heure est accordée aux candidats pour la préparation, qui devra être effectuée sans l'aide d'aucun document.

Pour chacune des épreuves, il est attribué aux candidats un nombre de points variant de 0 à 20.

Pour déterminer le résultat des épreuves, le nombre des points obtenus par chaque candidat est multiplié par les coefficients ci-après :

I. — *Epreuves écrites*

	Coefficient
1° Epidémiologie	2
2° Hygiène publique et technique sanitaire	2
3° Hygiène sociale	1
4° Droit administratif, législation ou réglementation sanitaires et d'assistance	1
Total	6

Le candidat qui n'a pas obtenu 78 points pour l'ensemble des épreuves écrites ne peut être admis à subir les autres séries d'épreuves. Toute note inférieure à 7 pour l'une des épreuves écrites est éliminatoire.

II. — *Epreuves pratiques*

	Coefficient
1° Epreuve clinique	2
2° Epreuve de laboratoire	1
Total	3

III. — *Epreuves orales*

	Coefficient
1° Organisation, administration, législation et technique sanitaires, hygiène publique	2
2° Conférence	2
Total	4

Toute note inférieure à 7 pour l'une des épreuves orales est éliminatoire.

Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu pour les trois séries d'épreuves un minimum de 162 points

Pour le classement des candidats admis, il est ajouté au total des notes obtenues dans les trois série d'épreuves une note de titres (0 à 20), affectée du coefficient 1 et donnée par le jury après examen du dossier.

Jusqu'à ce que le stage ait pu être organisé, les candidats sont dispensés de produire le certificat prévu par l'article 3 du décret du 15 avril 1937.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET ÉVOLUTION DES NÉPHRITES CHRONIQUES

On groupe dans le cadre général des « Néphrites chroniques » toutes les formes, dites encore « néphrites interstitielles » ou « néphrites atrophiques lentes », qui, anatomiquement, allient un processus de sclérose et d'atrophie rénales, aboutissant dans les cas typiques au petit rein rouge de Bright.

Cliniquement, elles se caractérisent :

Par leur mode de début lent et insidieux ;

Par leur chronicité d'emblée ;

Par la place que tient dans leur histoire le syndrome d'hypertension ;

Par la très longue durée de leur évolution.

ETIOLOGIE

La N.C. est surtout l'apanage de l'âge mûr et de la vieillesse. Elle se montre surtout après 50 ans.

En règle générale, *son origine demeure obscure.*

Parfois cependant, on peut invoquer :

1. *Soit une néphrite aiguë antérieure.*

Atteinte rénale datant de l'enfance ou de l'adolescence — consécutive elle-même à *scarlatine*, diphtérie, angine, etc... — ayant paru guérir et cependant continue d'évoluer insidieusement pendant très longtemps.

2. *Soit la syphilis* (mal de Bright Σ

A vrai dire très rarement et presque uniquement chez les sujets *jeunes.*

La Σ peut n'y jouer d'ailleurs qu'un rôle indirect de sclérose.

3. *Soit l'intoxication chronique saturnine*, après une longue intoxication professionnelle.

4. *Soit très accessoirement :* goutte, diabète, rhino-pharyngites chroniques, voire paludisme.

Dans la grande majorité des cas, pas d'étiologie précise.

Rôle de l'hérédité possible à mentionner.

ETUDE CLINIQUE

On décrit d'ordinaire à la N.C. trois périodes évolutives, périodes de début — d'état — et terminale.

En pratique, rien n'est plus polymorphe que cette maladie, tant dans son mode de début (ou plutôt dans la façon dont elle attire l'attention) que dans la façon dont se continuent les symptômes, et dans la marche des accidents.

1. *Période de début.*

Toujours très insidieuse — et quand elle provoque des symptômes suffisamment nets pour être perçus du malade, il est probable qu'elle est déjà ancienne de plusieurs années.

a) *C'est parfois au hasard* d'un examen médical que, chez un individu en apparence bien portant, on découvre un découvre un syndrome d'hypertension artérielle avec albuminurie.

b) Ailleurs, un sujet, jusque-là sain en apparence, voit survenir à la suite d'un surmenage, d'un refroidissement, d'une infection légère :

Une poussée d'œdèmes ;

De la dyspnée ;

Des troubles gastro-intestinaux avec oligurie — albuminerie — le tout pourrait faire croire à une néphrite aiguë, si l'existence d'une hypertension artérielle, d'une légère hypertrophie du V.G. jointes aux données de l'interrogatoire, ne signaient la réalité d'une poussée rénale congestive sur une néphrite déjà ancienne.

c) Dans certains cas, c'est un *accident brusque* d'hypertension qui ouvre la scène et fait découvrir la lésion rénale : *grande épistaxis*, ou même *hémorragie cérébrale.*

d) Ailleurs enfin, ce ne sont que les premiers indices d'une insuffisance du V.G. qui obligent le brightique à consulter : c'est la *dyspnée d'effort* — le *pseudo asthme nocturne* — la *crise d'O.A.P.* ou la *crise d'angor de décubitus.*

— Quel que soit le début apparent de ces néphrites chroniques, l'enquête révèle toujours, ou presque, *tout un cortège de symptômes* datant de longtemps, que Dieulafoy a groupés sous la dénomination de « *petits signes du Mal de Bright* » — et qui sont :

1. *La Pollakiurie*, associée à la *Polyurie*, ces deux manifestations urinaires étant à prédominance *nocturne*, fait important.

2. *Des crises de prurit* (avec souvent lésions de grattage).

3. Les symptômes multiples subjectifs de l'hypertension, variables avec les malades — isolés ou associés — survenant par *crises :*

— Phénomène du doigt mort ;

— Cryesthésie ;

— Crampes très douloureuses ;

— Epistaxis matutinales ;

— Troubles auditifs passagers (bourdonnements) ou visuels (mouches volantes).

Ce sont ceux qui, en réalité, constituent toute la symptomatologie de la période initiale de la N.C. — et on peut considérer que l'on entre dans la période d'état le jour où le brightique accuse quelque symptôme important qui l'oblige à consulter.

2. *Période d'état.*

La *céphalalgie* est souvent le premier symptôme dont s'inquiète le malade. Après avoir été intermittente et tolérable, elle devient *continue, gravative*, réveillant le malade, et s'accompagnant souvent d'obnubilation intellectuelle.

Plus fréquemment peut-être, ce sont des *troubles respiratoires*, allant de la simple dyspnée d'effort à la poussée d'œdème pulmonaire, qui inquiètent le malade.

Examen. — *a*) Sujet plus souvent *pâle* que vultueux.

b) L'*hypertension* est nette, portant surtout sur la maxima, toujours élevée — minima souvent normale.

Au cœur : souvent rien encore. Souvent aussi : un *clangor aortique.*

Plus rarement : déjà un V.G. hypertrophié — un galop.

Très souvent par contre : des artères *dures*, flexueuses.

c) *Le syndrome urinaire.*

— Est parfois net : *albuminurie — cylindrurie ;*

— *Est souvent aussi très discret :* réduit à l'émission d'urines abondantes, pâles, non sédimenteuses, sans albuminurie.

— C'est alors que prennent tout leur intérêt l'*étude précise des fonctions rénales :*

— *Epreuves d'élimination* (bleu ou phénol-sulfo-phtaléïne) ;

— *Constante d'Ambard*, dont on sait la valeur chez un sujet ni œdémateux, ni oligurique, en complétant par :

— L'épreuve de la polyurie provoquée ;

— L'étude de l'élimination chlorurée,

parfois normale,

parfois aussi décelant la *Rétention chlorurée sèche*, de grosse valeur diagnostique et thérapeutique.

d) La mesure de l'*Azotémie* est l'examen majeur. Pratiquée après les précautions habituelles.

— Il est rare qu'elle se révèle absolument normale.

— En règle, elle est légèrement au-dessus des chiffres habituels (0,60-0,70).

C'est l'*azotémie d'alarme*, qui confirme l'atteinte rénale.

EVOLUTION — PRONOSTIC

En règle, difficile à prévoir, car sous la dépendance à la fois du syndrome d'hypertension artérielle et du syndrome d'imperméabilité rénale.

— Surveillance attentive du malade. Mise au repos.

— Diététique et traitement habituel cardio-rénal.

Des examens de laboratoire fréquents suivent l'évolution.

L'Azotémie au premier chef.

Les lois classiques de Widal en soulignent l'*importance pronostique :*

1. Chiffre atteignant ou dépassant 1 gramme : survie à prévoir de 2 ans en moyenne.

2. Au-dessus de 2 pour mille : six mois ou plus en moyenne.

3. Au-dessus de 3 grammes : mort prochaine.

Réserves faites de certaines variations :

En plus : Oligurie ;
Alimentation riche en azotés ;
Troubles du fonctionnement vésical.

En moins : régime hypoazoté ; dilution sanguine.

Les Travaux modernes insistent sur l'importance relative que prennent les mesures comparées :
de la chlorurémie,
de l'acidose,

et attribuent un certain rôle à la rétention des *corps azotés non uréiques* (créatinine, polypeptides en particulier).

— Il semble néanmoins que, dans la grande majorité des cas, c'est *aux mesures répétées du taux de l'azotémie* que soit dévolu *l'intérêt pronostique majeur*, la baisse de la réserve alcaline et l'hypercréatininiurie ne venant que confirmer l'évolution fâcheuse que laissait déjà prévoir l'hyperazotémie.

L'évolution clinique du Mal de Bright arrivé à la période d'état donne lieu à des éventualités très variables avec les malades.

1. *Stabilisation possible* — par un *régime strict* — associé au *repos*, à condition toutefois que l'état artériel et l'état du myocarde soient relativement satisfaisants.

Mais ce sont des malades fragiles, et de ce fait à la merci d'incidents ou d'accidents de gravité variable.

2. A la suite d'une infection, même légère — d'une fatigue — d'un excès de table,

Une *poussée rénale congestive* peut se produire, que traduisent :

a) *Tantôt :* un tableau fruste de néphrite aiguë avec *fièvre, lombalgies, hématuries.*

Notons que ce genre d'accidents a une tendance à se répéter par la suite.

b) *Tantôt :* un tableau plus complet avec apparition *d'œdèmes* périphériques, diffus — voire viscéraux traduisant la rétention chlorurée (de sombre pronostic quand elle se prolonge).

L'œdème aigu du larynx est heureusement rare — mais Dieulafoy insistait sur sa prédilection pour les néphrites à marche lente.

c) *Tantôt :* cette poussée congestive se réduit en une *hyperazotémie transitoire* (2-3 gr.) dont la signification pronostique immédiate n'est pas mauvaise, mais qui traduit la fragilité extrême du parenchyme rénal.

3. Beaucoup plus fréquents sont les

Accidents liés à l'hypertension

dont les brusques poussées émaillent l'évolution du M. de Bright.

a) *Certains sont la cause d'une mort subite ou rapide.*

— Accès brutal d'O.A.P.;

— Crise d'Angor ;

— Grandes épistaxis ;

— Hémorragies cérébrales surtout.

Il suffit de rappeler leur fréquence.

b) *D'autres sont transitoires* — mais ils n'en indiquent pas moins que l'hypertension est entrée dans une période dangereuse — d'où la gravité de leur signification :

— Cécité brusque ;

— Crises éclamptiques ;

— Ictus apoplectiques passagers ;

— Aphasie.

4. Cette fragilité extrême du rein — accrue encore par la fréquence de poussées, dont le malade triomphe à grand'peine — explique l'acheminement progressif vers l'imperméabilité de plus en plus grande pour l'azote — et ainsi se complète peu à peu le tableau de

la grande Azotémie.

Cliniquement : l'influence fâcheuse de la N.C. sur la *nutrition générale* se précise et les symptômes qui la traduisent, *généraux*, *digestifs*, *nerveux* sont *tantôt prédominants* (formes monosymptomatiques), *tantôt rassemblés* (d'emblée — ou peu à peu).

1. Troubles digestifs.

L'*Anorexie* est souvent très précoce, élective pour les azotés — puis totale.

Elle s'accompagne de *sécheresse de la bouche*, avec une langue épaisse, saburale, une haleine fétide.

Très souvent aussi : des *lésions de stomatite* (érythémateuse — ou ulcéro-membraneuse, voire de *parotidite* (trouble de l'élimination salivaire de l'urée).

— Les *manifestations gastro-intestinales* sont plus ou moins précoces :

— Simples pesanteurs gastriques au début ; puis *vomissements* (alimentaires et aqueux, puis bilieux — finalement hémorragiques), souvent *très abondants*, facteur alors de *déchloruration* (hyperazotémie par chloropénie), d'autant qu'il s'y associe *des crises diarrhéiques* — sérieuses — voire dysentériformes et même *sanglantes*.

Symptômes qui peuvent prendre une importance telle, qu'ils dominent le tableau clinique — et que de prime abord, le diagnostic de *cancer gastrique ou digestif* est porté.

Ils ont pour substratum anatomique des *ulcérations* muqueuses qui peuvent donner lieu à des *perforations*.

Ils s'accompagnent d'*éliminations vicariantes* d'urée et de carbonate d'ammonium, et il est classique d'insister sur la nécessité de ne pas les interrompre — dans la mesure où la déchloruration ne met pas immédiatement la vie du malade en danger.

(*A suivre.*) G. Le Sueur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 71. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Guerre. — Le médecin général inspecteur Lévy, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée est placé dans la 2e section (réserve), du cadre du corps de santé militaire.

— M. le médecin général Coudray, adjoint au directeur du Service de Santé au ministère de la Défense nationale et de la Guerre, est nommé directeur du Service de santé de la 3e région, à Rouen.

— M. le médecin général Hornus, directeur du Service de santé de la 6e région, est nommé directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée.

— M. le médecin colonel Pernin, adjoint au directeur du Service de santé de la 6e région, est nommé directeur par intérim du Service de santé de la 6e région, à Metz.

Marine. — Le médecin général de 1re classe Autric, inspecteur général du Service de santé, est placé, par application de la mesure sur la limite d'âge, dans la 2e section (réserve), pour compter du 21 septembre 1938.

Le médecin général de 1re classe Oudard est désigné pour remplir, à partir du 21 septembre 1938, les fonctions d'inspecteur général du Service de santé.

Le médecin général de 2e classe Candiotti a été nommé, pour compter du 21 septembre 1938, à l'emploi de directeur central du Service de santé.

Ont été promus dans le Corps de santé de la Marine, pour compter du 21 septembre 1938 :

Au grade de médecin général de 1re classe : le médecin général de 2e classe Cazamian (J.).

Au grade de médecin général de 2e classe : le médecin en chef de 1re classe Le Berre.

Université de Pékin. — Le professeur I. Snapper, de la Faculté de médecine d'Amsterdam, vient sur l'invitation du Rockfeller Institut, d'être chargé d'une chaire de clinique interne à l'Université de Pékin.

Fédération de la Presse Médicale Latine. — Le prochain Congrès de la Fédération, qui devait se tenir à Lisbonne dans le courant de cette année, a été reporté à la fin de l'été 1939, dans la même ville.

Union médicale latine *(Umfia), Fondation Georges Clemenceau à la Cité Universitaire.* — Il y a quelques années, à la suite de la cérémonie en l'honneur de Clemenceau, cérémonie qui eut lieu à la Sorbonne, sous la présidence de M. Lebrun, président de la République, assisté du maréchal Pétain, le docteur Dartigues fonda, à la Cité universitaire, sous le nom de Georges Clemenceau, un prix destiné à offrir à un étudiant en médecine, la chambre confortable que nous désirions pour lui.

M. le recteur Jules Collet, délégué général de la Fondation Universitaire, nous fait connaître qu'il est nécessaire de s'inscrire, avant le 15 septembre, afin que tout dossier soit étudié dans toutes conditions d'impartialité.

Nous prions nos jeunes camarades d'Umfia de s'adresser, directement, au secrétaire général de l'Union Latine (section de la jeune Umfia), afin d'obtenir tous renseignements complémentaires (docteur Molinéry, Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris.)

Une date à réserver : le 26 novembre 1938. — Le Comité de la Fédération Nationale des Médecins du Front a décidé d'organiser une fête de bienfaisance au profit de sa

caisse de secours, le samedi 26 novembre prochain, au Pavillon Dauphine.

Le succès si brillant de la fête de l'an dernier a dicté cette décision et la formule qui a si bien réussi en 1937, c'est-à-dire un dîner de gala suivi d'un bal, sera conservée.

Le Comité espère que les médecins de la région parisienne viendront nombreux à cette réunion, qui sera une fête de l'élégance, sous le signe de la solidarité confraternelle.

Un communiqué ultérieur donnera tous les renseignements utiles sur cette soirée. D'ores et déjà, on peut s'adresser au docteur de Parrel, vice-président de la Fédération, 78, boulevard Malesherbes, Paris (8e).

Le remboursement des spécialités pharmaceutiques. — Le ministère du Travail communique : La liste des spécialités pharmaceutiques susceptibles d'être l'objet d'un remboursement aux assurés sociaux a été arrêtée par la Commission spéciale instituée auprès du ministre du Travail. Cette liste a été publiée par l'Imprimerie nationale, et le premier supplément à cette liste, arrêté au 15 juillet 1938 vient de paraître.

Le ministère du Travail croit devoir informer les caisses d'assurances sociales et les assurés sociaux, ainsi que les fabricants de spécialités pharmaceutiques et les pharmaciens, que seules les listes publiées par l'Imprimerie nationale ont une valeur officielle, et les met en garde contre la publication de listes incomplètes ou inexactes. Les caisses d'assurances sociales ne sont autorisées, aux termes de l'arrêté du 15 mars 1938, à rembourser que les spécialités énumérées sur les listes officielles, et au taux de remboursement indiqué sur ces listes.

Médecins présents à Paris pendant les vacances :

Biologie médicale. — M. le docteur B. Ginsbourg, 7, rue de Bucarest, sera présent à Paris pendant toutes les vacances.

Chirurgie générale. — M. le docteur Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille (8e), sera présent pendant le mois de septembre.

Dermato-vénéorologie. — M. le docteur Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, sera présent, en septembre.

Médecine générale. — M. le docteur Maurice Bariéty, médecin des hôpitaux, 77, rue de Monceau, sera présent à Paris jusqu'au 16 septembre. — M. le docteur Jean Antonelli, 62, rue Violet, sera présent jusqu'au 30 septembre. — M. le docteur Marcel Perrault, 8, rue Perronet, sera présent à Paris, en septembre.

Médecine générale et phtisiologie. — M. le docteur Jean Albert-Weil, 200, boulevard Malesherbes, sera présent à Paris, à partir du 30 août.

Médecine générale et pédiatrie. — M. le docteur Emile Gilbrin, 260, boulevard Saint-Germain, sera présent à Paris pendant les grandes vacances.

Médecine infantile. — M. le docteur Maurice Kaplan, médecin des hôpitaux, 12, rue César-Franck, sera présent jusqu'à fin septembre.

Neuro-psychiatrie. — M. le docteur Schaeffer, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, 170, rue de la Pompe, sera à Paris pendant le mois de septembre

Ophtalmologie. — M. le docteur Paul-J. Petit, 19, rue de Bourgogne, sera présent à Paris jusqu'au 10 septembre.

Oto-rhino-laryngologie. — M. le docteur Louis Leroux, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, sera présent à Paris à partir du 1er septembre.

COURS

Hygiène et clinique de la première enfance. — Clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, Paris. — *Cours de revision et de perfectionnement consacré à l'hygiène et au traitement des maladies de la première enfance.*

Un cours de révision et de perfectionnement consacré à l'Hygiène, à la Clinique et au Traitement des maladies de la première enfance aura lieu à la Clinique Parrot, Hospice des Enfants-Assistés, du lundi 10 octobre au vendredi 28 octobre, sous la direction de M. le professeur Lereboullet, avec le concours de MM. Marcel Lelong, agrégé, médecin des hôpitaux et M. Cathala, agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau ; de MM. Pichon, F.-M. Merklen, Worms, médecins des hôpitaux ; Mmn Wertheimer, MM. Baize, Jean Bernard, Benoist, Bohn, Gavois, Gournay, Joseph, Odinet, Saint-Girons, chefs et anciens chefs et anciens chefs de clinique ; M. Detrois, chef de laboratoire ; M. Roudinesco, assistant du service.

Ce cours commencera le lundi 10 octobre, à 9 h. 45 et se terminera le vendredi 28 octobre.

L'inscription à ce cours doit être annoncée à M. le chef de laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, *avant le 5 octobre*, le cours ne devant avoir lieu que s'il y a un nombre d'élèves suffisant.

NÉCROLOGIE

Le docteur Marc Bellin du Coteau vient de mourir à l'âge de 55 ans, à Saint-Germain-en-Laye. On sait le grand rôle joué par notre regretté et éminent confrère dans l'organisation de l'éducation physique. Il avait prêché d'exemple. Trois fois champion de France pour la course à pied, il avait été aussi président de la Fédération française de hockey.

Bellin du Coteau était officier de la Légion d'honneur et croix de guerre.

— Le docteur Eugène Macé, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy.

RENSEIGNEMENTS

Médecin militaire en instance de retraite, 50 ans, actif, très au courant questions hygiène sociale, désirerait emploi médical ou paramédical dans clinique, usine, compagnie, société, de préférence région méditerranéenne ou Algérie. — Ecrire : S. P., aux bureaux du journal.


Glycémie
1gr
0.80
0.60
0.40
INSULINE
PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE
CHOAY
crise
convulsive
½ h
1 h
1 h ½
2 h
2 h ½
3 heures
LABORATOIRE CHOAY_ 48, Avenue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par M. RYOKICHI INADA

Président du Comité de l'encéphalite épidémique au Japon
Membre de l'Académie Impériale (Tokyo)

Les épidémies d'encéphalite épidémique au Japon s'observent chaque année vers la fin de l'été : leur intensité est plus ou moins grande : chaque année l'éclosion de cette affection se fait dans un territoire circonscrit, bordant la mer intérieure : les gens âgés sont particulièrement atteints : enfin il existe un rapport très intime entre les modalités de l'épidémie et les facteurs climatologiques.

Il convient pourtant de préciser qu'il existe au Japon un autre type d'encéphalite qui apparaît en hiver, en des lieux variables et dont les cas sont très peu nombreux. Nous avons discuté précédemment (1), les relations existant entre ces deux encéphalites. Nous nous bornerons à décrire ici les faits cliniques d'encéphalite de la fin d'été.

On trouvera des observations cliniques détaillées d'encéphalite épidémique japonaise dans le travail de Kaneko (du Comité), *Ergebnisse der Inneren Medizin u. Kinderheilkunde*, Bd. 34, 1928, et dans celui de Kakinuma (du Comité) (article du *Traité de médecine japonaise*).

Le *Nippon Iji Shimposha* (Journal japonais) a publié une monographie concernant l'épidémie de 1935, sous la direction de l'auteur et la collaboration de 11 cliniciens, ayant trait aux recherches récentes effectuées au Japon. On peut donc se rendre compte des caractéristiques des épidémies. Nous utiliserons surtout ces dernières observations ainsi que nos données personnelles pour étudier en détail les caractéristiques de l'encéphalite épidémique de la fin de l'été.

Cette maladie, infectieuse, aiguë, à début toujours fébrile, est due à un virus spécifique isolé au Japon.

Du point de vue histopathologique, on trouve des altérations prononcées, non seulement au niveau du cerveau, mais aussi de la moelle, lésions qui expliquent les principaux symptômes. Il existe pourtant des altérations diffuses de tous les viscères. Economo a soutenu que la fièvre dans l'encéphalite épidémique n'est pas due à l'infection générale, mais qu'elle résulte de lésions anatomiques siégeant au niveau des centres thermiques. Pour nous au contraire, la fièvre est le symptôme majeur, constant dans tous les cas, et dont la pathogénie est indépendante des lésions du système nerveux central. Elle est donc analogue aux fièvres des autres maladies contagieuses, et elle résulte de l'action de la toxine du virus. Pour nous les altérations pathologiques du centre thermique peuvent aussi jouer un rôle, mais ce dernier nous paraît accessoire.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* n° 69, du 27 août 1938.

Stade d'incubation. — En raison de la difficulté de préciser la date exacte de l'infection première, la période d'incubation ne peut être calculée que d'une manière théorique. Toutefois nous avons déjà précisé que la durée d'incubation, au cours de l'inoculation intracérébrale chez le singe, oscille entre 5 et 14 jours. On peut supposer que chose semblable s'observe chez l'homme.

Stade prodromique. — Kakinuma n'a pas observé cette phase chez la plupart de ses malades, contrairement à Kaneko. On a eu souvent l'occasion en 1935 de noter ces symptômes prodromiques, chez des malades hospitalisés depuis longtemps, et qui par suite ont pu être soigneusement observés. D'après ces faits, le stade prodromique oscille entre 1 et 3 jours. Il est caractérisé par des symptômes généraux tels que céphalée, vertiges, insomnie, inquiétude, lassitude générale, anorexie et vomissements, etc... Des troubles mentaux s'observent parfois, mais en général la fièvre est absente.

Phase d'état. — Elle débute assez brusquement par une élévation thermique. L'évolution de la maladie est assez protéiforme. Les symptômes cliniques, quoique inconstants, passagers, variables, selon les épidémies, constituent pourtant dans leur ensemble une entité clinique. Nous en noterons ici quelques traits saillants.

L'*évolution d'ensemble* de la maladie peut se diviser en quatre périodes (Kakinuma, Nishino et Uématsu), nous adopterons leur division :

1. Stade de début.
2. Stade d'état.
3. Stade de déclin.
4. Stade convalescent.

Les troisième et quatrième périodes constituent la phase de terminaison. Il est souvent difficile de situer très nettement chacun de ces stades qui s'intriquent. C'est ainsi que des symptômes de la période d'état peuvent se voir au début.

Hayashi isole les formes cliniques suivantes :

Formes aiguës :

1. Forme méningo-comateuse.
2. Forme déliro-soporeuse, avec symptômes oculaires.

Formes subaiguës :

3. Forme bulbaire.
4. Forme apoplectiforme.
5. Forme extrapyramidale.
6. Forme chronique.

Il isole, en outre, quatre autres formes cliniques de l'encéphalite épidémique japonaise. Elles ne correspondent pourtant pas à l'encéphalite épidémique japonaise vraie, mais elles sont bien proches de celles-ci.

1. Encéphalomyélite avec choriorétinite.
2. Forme fruste.
3. Encéphalite épidémique (type de V. Economo).
4. Forme spinale pure.

En dehors des formes légères et graves on isole encore une forme foudroyante et une forme fruste, que nous étudierons ultérieurement.

Hayashi soutient que la plupart des cas appartiennent au premier groupe, le deuxième étant selon lui secondaire. A vrai dire les formes cliniques énumérées ci-dessus ne sont pas pures et peuvent s'intriquer. Par exemple les formes méningitiques ne sont pas toujours méningites et peuvent se terminer par un sopor, tandis que les sujets délirants peuvent tomber dans le coma.

Il faut donc classer ces deux formes dans une même catégorie. Les trois autres formes sont relativement rares, et nous y reviendrons.

1. Stade initial. — Il s'annonce brusquement par une élévation de la température à 38 et 39, accompagnée généralement de frissonnements, rarement de secouses véritables. Ce début si violent ne peut passer inaperçu. Il arrive que la fièvre atteigne brutalement 40 au premier jour de la maladie, mais d'ordinaire elle s'élève progressivement jusqu'à 40 qu'elle atteint en un à trois jours, et où elle persistera en plateau. Ce premier stade est donc celui de l'ascension thermique. Si le stade prodromique existe, les symptômes que nous avons vus tels que la céphalée, etc., s'accusent. Sinon ces symptômes apparaissent avec la fièvre. La céphalée en particulier ne manque presque jamais et constitue un des éléments importants pour le diagnostic. Sa localisation est variable, tantôt frontale, tantôt pariétale, la localisation occipitale est relativement fréquente. La céphalée chez les encéphalitiques est moins intense que celle des autres méningites. Des vomissements s'observent souvent et constituent un des symptômes du stade initial. Le hoquet s'observe quelquefois et l'hyperhémie de la gorge souvent et les signes catarrhaux pulmonaires de temps en temps. Le visage est rouge, le facies douloureux, l'herpès s'observe, mais rarement. L'hyperhémie légère de la conjonctive oculaire, ainsi que la douleur à la pression au niveau des globes oculaires est fréquente. Le pouls est tantôt accéléré, parallèlement à la température, tantôt simplement rapide, tantôt ralenti. Cette dernière modalité est rare chez les enfants.

Des troubles mentaux tels que des états délirants divers, somnolences, coma, peuvent se manifester déjà à ce stade. Par ailleurs on peut souvent constater la raideur de la nuque, signe très important au point de vue diagnostique, et qui fait envisager l'encéphalite épidémique.

La rigidité musculaire est plus ou moins intense aux quatre membres. Elle prédomine particulièrement aux membres supérieurs. Douleur musculaire, spontanée ou à la pression, au niveau des quatre membres, de la poitrine, ou de l'abdomen ; signe de Kernig : état délirant ou comateux, etc., s'observent. Le signe de Kernig n'est pas très fréquent et il est d'ailleurs de faible intensité. Parfois on peut palper le foie, tandis qu'il n'en est presque jamais de même pour la rate. Signalons enfin l'hyperleucocytose sanguine.

2. Stade d'état. — A cette période le diagnostic ne présente aucune difficulté. La température atteint son summum, et affecte un type continu en plateau très élevé. Avant ce stade l'évolution de l'affection est très variable, de sorte qu'il est difficile de donner un chiffre précis, mais souvent cette période est atteinte au troisième ou cinquième jour de la maladie. C'est à ce stade que la mortalité est la plus élevée.

Les malades n'accusent plus la céphalée dont ils se plaignaient au début, elle est remplacée par les troubles psychiques. Si ceux-ci n'existent pas la céphalée persiste jusqu'au stade convalescent. L'insomnie est fréquente.

Les symptômes les plus saillants de ce stade sont, d'une part, des troubles psychiques tels que état d'agitation ou de délire, somnolence, sopor, et coma, etc., et d'autre part des symptômes nerveux somatiques. Le délire apparaît dans presque tous les cas. Son intensité est plus ou moins grande, mais il n'existe aucun cas où ce symptôme soit entièrement absent. A propos de l'épidémie survenue à Tokio l'année dernière, Uématsu de la Faculté de Médecine de Keio a fait les recherches minutieuses sur des troubles mentaux observés chez des encéphalitiques. D'après lui, l'encéphalite épidémique se caractérise par l'état délirant tel que troubles de conscience, désorientation, troubles d'intelligence et état d'agitation psychomotrice (mouvements irréguliers des 4 membres, irritation et inquiétude), etc. Des troubles d'orientation dans le temps, l'espace, s'observent. Des actions de type délirant découlent de ces troubles de l'intelligence. Par exemple, il arrive que les malades urinent dans un coin de leur chambre. Il y a aussi beaucoup de sujets à ce stade délirant, qui ne comprennent pas bien le sens des interrogations et répondent au hasard. L'auteur a eu l'occasion d'examiner un malade russe par l'intermédiaire d'un interprète. Celui-la a répondu très aisément. Mais au dire de l'interprète, ses réponses ne correspondaient pas du tout aux questions. Le délire professionnel s'observe aussi, fait déjà connu, mais surtout constaté au cours de l'épidémie en 1935. Encore en raison de l'inquiétude psychomotrice, des malades toujours agités se lèvent inconsciemment tout d'un coup, flânent sans but, courent en dehors de la maison, font divers gestes ou parfois s'étendent agités sur le plancher, etc. On observe rarement l'état maniaque. Si ce symptôme existe, il ne s'agit pas en réalité d'un vrai état maniaque. Lorsqu'il y a des symptômes irritatifs moteurs, le délire est habituellement intense. Cet état délirant apparaît au 2e jour ou plus tard jusqu'au 8e jour de la maladie. Sa durée est ordinairement de 3 à 4 jours. En général, il se transforme petit à petit en léthargie à partir du moment qui correspond au 5e ou 7e jour. Il y a des cas, peu nombreux d'ailleurs, où se transforme, à mi-chemin, cet état délirant, en état soporeux ou comateux. Il y en a encore des sujets qui tombent dans le coma dès le 2e jour de la maladie. L'état comateux s'observe le plus souvent dans les cas graves. Il existe toutefois des malades qui se rétablissent après un état comateux, dans lequel ils ont été plongés durant 1 à 6 jours et qui finissent par guérir.

Takaki précise que l'état délirant ainsi que le coma peuvent apparaître au 2e jour, mais que le plus souvent ils apparaissent du 3e et 5e jour. Ils se transforment en léthargie le plus souvent entre le 5e et le 8e jour. Dans l'encéphalite léthargique de V. Economo, on observe la somnolence au début, puis la

léthargie qui, en s'accroissant, se transforme en coma, tandis que, chez le plus grand nombre de malades atteints de cette affection, c'est le coma qui s'améliore et passe au stade léthargique.

Chez ces malades, le regard est fixe ou toujours mobile et la physionomie est soit troublée, soit au contraire indifférente. Ces sujets bavent souvent. La peau est tantôt sèche d'après certains auteurs, tantôt humide suivant d'autres. Il est rare d'observer de l'herpès labial.

La déviation conjuguée se produit de temps à autre. Si on essaie alors de tourner la tête, on perçoit une certaine résistance et les malades se plaignent de souffrir. Ce fait peut s'observer même s'il n'existe pas de raideur de la nuque.

La raideur de la nuque est observée par Kaneko dans 70 % des cas et par Kakinuma dans 80 %. L'auteur a pu mettre en évidence ce signe, d'une intensité variable suivant les cas, chez presque tous les malades qu'il a observés. Ce signe est moins intense que dans les autres méningites. Il peut rester inaperçu, dans la majorité des cas, si on ne le recherche pas.

Le signe de Kernig est observé aussi par Kaneko et Kakinuma dans 60 % des cas. Souvent on observe du trismus dans les cas graves. On perçoit une forte contraction dans l'ouverture passive de la bouche.

Parmi les symptômes qui s'observent le plus souvent au stade d'état ou au stade ultérieur, sont les troubles de la phonation. La voix des malades est enrouée et basse. L'impossibilité de prononcer suffisamment des mots oblige les malades à chuchoter, sans bouger les lèvres et la langue. La compréhension de leur parole en est rendue très difficile. Simultanément on peut observer un tremblement des lèvres et des muscles péribuccaux. Au contraire, il y a des malades qui restent tout le temps silencieux sans articuler un mot. Lorsqu'il existe des troubles de la conscience ou des troubles psychiques on comprend à peine le langage de ces sujets.

Parmi les autres symptômes nerveux somatiques, on peut observer entre autres, découlant d'un foyer cérébral, divers symptômes tels que : signes oculaires, convulsions : tremblement, rigidité musculaire ; hémiplégie ; troubles vésicaux (incontinence urinaire) : troubles de la déglutition, etc. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point. C'est surtout à cette période que les malades meurent.

3. Stade d'amélioration. — A partir du 5e ou 6e jour de la maladie, la fièvre tombe en lysis ou plus rarement en chute critique. La durée de cette descente thermique varie selon les cas. L'état délirant se transforme en léthargie, mais il est difficile d'établir une démarcation nette entre ces deux états : on peut voir ainsi apparaître l'état léthargique pendant le stade délirant, ou au contraire l'état délirant au cours de la période léthargique. D'après Uématsu, la période léthargique s'observe dans presque tous les cas. Sa durée est très variable, tantôt de 1 ou 2 à 4 ou 5 jours, tantôt elle peut se prolonger à une semaine. Cette léthargie se différencie nettement de celle observée dans l'encéphalite épidémique de V. Economo du fait de son sommeil moins profond, de sa durée relativement courte. Il y a même eu des cas où la période dite léthargique n'existe pas et où les malades, au contraire, se plaignent d'insomnie. On conçoit ainsi que l'état léthargique lui-même ne constitue pas un élément essentiel de l'encéphalite épidémique au Japon.

4. Stade de déclin. — La démarcation entre le stade de convalescence n'est pas nette. Il vaudrait peut-être mieux réunir ces deux périodes dans une même catégorie. En tous cas, nous décrirons ici la période qui suit celle de la léthargie. A ce stade, la fièvre tombe définitivement à la normale, mais il existe des cas graves où une fièvre continue, peu élevée, persiste souvent pendant longtemps.

D'après Uématsu, l'état psychique des malades au cours de ce stade présente les caractères suivants :

Amnésie. — Très marquée, elle constitue un des symptômes importants de l'affection. Elle peut s'observer au cours de la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses, mais généralement elle est alors moins intense que dans l'encéphalite épidémique. Il y a des cas, peu nombreux d'ailleurs, qui s'accompagnent d'amnésie rétrograde. Quant à la faculté d'orientation, elle est perturbée concernant le temps, au stade de déclin, pendant lequel la diminution de la mémoire est un des symptômes principaux. Même chez des sujets apyrétiques, depuis une ou deux semaines, la mémoire des faits récents est faible. La faculté de calculer est aussi diminuée et le calcul mental est très maladroit. Ce symptôme est un de ceux qui peuvent persister longtemps, réalisant un symptôme séquelle de l'encéphalite épidémique. On l'a observé 7 fois sur 30 cas.

Neurasthénie postencéphalitique. — Elle est semblable à celle signalée à la suite de l'encéphalite léthargique.

Symptômes polynévritiques. — Nous avons déjà signalé qu'au début de la maladie une douleur peut se manifester en divers points du corps. On peut mettre en évidence la douleur à la pression tout le long des nerfs périphériques au niveau des régions atteintes. Ce symptôme peut persister jusqu'au stade de déclin et peut constituer la seule et principale algie rebelle. On ne peut préciser s'il s'agit là d'une vraie polynévrite ou non.

5. Syndromes de séquelle. — On fait actuellement, sur ce point, des recherches minutieuses, chez les malades atteints au cours de l'épidémie en 1935 dans la Préfecture de Tokio. Les résultats suivants sont connus dès aujourd'hui.

1) Syndrome parkinsonien. — Tandis que Kakinuma affirme son existence, Kanéko n'a pas observé ce syndrome comme séquelle de l'encéphalite épidémique d'été.

Nous discuterons ce point dans le chapitre suivant.

2) Modifications du caractère. — On dit qu'elles affectent surtout les enfants et les adolescents. On doit remarquer que ce syndrome présente toujours, d'après Karasawa, une certaine malignité. Plus exactement on peut distinguer deux sortes de modifications : certains malades présentent un caractère tout à fait contraire

à celui qu'ils avaient eu auparavant, tandis que chez d'autres le caractère propre s'est montré plus marqué après la maladie. Dans le plus grand nombre de cas, les malades deviennent facilement irritables. Kaneko et Shimoda signalent ce syndrome chez 8 sujets sur 23, un ou deux ans après la maladie et également 8 cas avec une mémoire très diminuée. Du reste, des troubles psychiques, chroniques, peuvent s'observer. Uématsu a constaté, sur 30 cas, quelques cas qui s'accompagnent du syndrome de Korsakoff du type continu. Signalons enfin que des troubles moteurs au niveau des membres supérieurs ou inférieurs, ainsi que des altérations pupillaires peuvent persister comme séquelles.

Nous venons de décrire quelques points caractéristiques propres à chaque période d'évolution de la maladie. La description suivante complète les données précédentes en précisant les *symptômes* qui n'ont pas encore été étudiés.

Fièvre. — Kaneko la divise en 3 types :

1) Le 1er type s'observe dans les cas les plus graves. La fièvre se manifeste brusquement, atteint son point culminant généralement 40 ou plus en 1 ou 2 jours, affecte un type continu, en plateau et les malades succombent en quelques jours.

2) Le 2e type est le plus fréquemment observé. C'est d'après ce type que nous venons de décrire des symptômes suivant les périodes cliniques. La fièvre atteint son point culminant de 39 à 40 en 2 ou 5 jours, pour y demeurer généralement pendant 3 ou 4 jours, puis elle descend en lysis. Ce type s'observe aussi bien dans des cas graves que dans des cas légers, et la durée de la fièvre est, dans la plupart des cas, de 7 à 11 jours. Cette forme de la fièvre est caractéristique de l'encéphalite épidémique et s'observe dans les cas guérissables.

3) Le 3e type est semblable au deuxième, mais se différencie de celui-ci en ce sens qu'il est plus ou moins critique au moment de la chute de fièvre.

En dehors des types décrits ci-dessus, il y a des cas où on voit, malgré la chute en lysis de la fièvre jusqu'à la température normale ou à peu près normale et l'amélioration marquée de divers symptômes, une élévation brusque de la température jusqu'à 40 ou davantage en 1 ou 2 jours. Correspondant à l'élévation de la température, le pouls devient petit et fréquent, la respiration est très accélérée, l'état général très mauvais et les malades succombent. Il est fréquent que la fièvre monte plus haut qu'au début de la maladie. Dans des cas qui s'accompagnent d'un pareil type de la fièvre, le pronostic est toujours mauvais et on révèle fréquemment une complication soit clinique, soit à l'autopsie (pneumonie). Car il est plutôt rare d'observer des symptômes marqués de pneumonie.

Takaki rapporte 3 cas de récidive et d'exacerbation, chez lesquels la récidive est survenue entre le 33e et le 39e jour de la maladie. La récidive est observée rarement et s'accompagne toujours d'une ré-élévation de la température.

C'est à peu près dans la moitié des cas, au stade de déclin, que la fièvre tombe complètement et les malades continuent à rester apyrétiques. D'autre part, il est fréquent d'observer des cas accompagnés d'un état sub-fébrile pendant une ou deux semaines, voire même pendant plus d'un mois. Ceci est facilement explicable par la présence d'une complication quelconque, cependant cet état subfébrile peut persister pendant longtemps, sans complication manifeste.

Troubles oculaires. — En dehors de l'hyperhémie de la conjonctive que nous venons de signaler, il peut exister, au début, de la photophobie. Le ptosis peut apparaître, mais moins fréquemment qu'au cours de l'encéphalite épidémique européenne. Hata (du Comité, ophtalmologiste) a dépisté un cas sur 59 (2 %), Shôji et Kaneko un cas suspect sur 38, Takaki 6 % dans 99 cas et Kuriyama (du Comité, pédiatre) dans 5 % des cas sur 40.

La diplopie est un symptôme moins souvent signalé que le ptosis, d'autant qu'elle n'a jamais été observée par Takaki et Kuriyama. La paralysie des muscles oculaires peut être aussi constatée de temps en temps : l'auteur a pu observer une paralysie fugace unilatérale de la musculature externe. La déviation conjuguée est un symptôme relativement souvent observé, mais passager et fugace, si bien que les globes oculaires peuvent se diriger du côté opposé le lendemain. Ce symptôme ne dépend pas de la paralysie des muscles oculaires, mais découle de troubles d'origine irritative nucléaire, parce que les globes oculaires détournés peuvent être ramenés dans la rectitude en suivant la direction du doigt indicateur pour revenir à leur état primitif aussitôt que l'excitation visuelle est enlevée. En même temps que les globes oculaires, la tête est aussi déviée, mais entre ces deux déviations il n'existe aucun rapport. Elles sont tantôt homolatérales tantôt controlatérales.

Le nystagmus est un symptôme souvent observé, il peut être de types divers. On signale aussi souvent la parésie à la convergence. La grandeur des pupilles peut changer du jour au lendemain étant de caractère très fugace, mais le myosis est le plus souvent constaté. L'anisocorie est aussi souvent signalé. Le réflexe lumineux est généralement affaibli et de temps en temps peut être complètement aboli. L'abolition du réflexe cornéen s'observe aussi. Quant au fond de l'œil, on avait signalé auparavant qu'il ne présente en général aucune lésion. Cependant on a observé des cas qui, examinés attentivement au cours de l'épidémie de l'année dernière, présentaient de l'hyperémie papillaire ainsi que de la névrite optique légère.

Symptômes psychiques et somatiques du côté du système nerveux. — En ce qui concerne des troubles psychiques, on voit rarement le rire stupide, l'euphorie, la verbigération et l'idée de persévération ainsi que le négativisme et le mutisme. Le négativisme est un symptôme souvent constaté.

Convulsion. — La convulsion générale apparaît souvent chez des enfants, tandis qu'il est rare de la constater chez les adultes. Le spasme clonique se produit

au niveau de la face, des muscles thoraciques ou des 4 membres. L'atteinte des muscles de mastication se traduit par des mouvements masticateurs rythmiques. Les mouvements continuels de tirer et retirer la langue ainsi que des secousses myocloniques peuvent s'observer.

Tremblement. — Le tremblement se produit au niveau de la langue, des quatre membres, en particulier des mains. Des mouvements inconscients des quatre membres apparaissent souvent, mais les mouvements athétosiques et choréiformes sont rares chez l'adulte, surtout les derniers sont exceptionnels. Takaki ne signale des mouvements choréiformes que dans 4 cas sur 100 et des mouvements athétosiques dans un cas. Kuriyama a établi que 22 % des cas duraient au delà de quelques jours, parmi lesquels il y eut 2 cas, qui durèrent plus de 20 jours et plus d'un mois, sur 40 cas observés. Ces mouvements ont été souvent notés au cours de l'épidémie d'encéphalite épidémique survenue en hiver entre 1920 et 1922. L'ataxie existe rarement. Elle est généralement peu marquée et fugace.

Hémiplégie. — Elle s'observe souvent, ainsi que la monoplégie. Elle survient surtout chez des gens d'un âge avancé et généralement au stade culminant de la maladie. Etant plutôt légère, elle s'efface en quelques jours. L'hémiplégie apparue au cours de cette affection est facilement reconnaissable, au point de vue diagnostique, en raison de la présence d'une rigidité musculaire contro-latérale.

La paralysie du nerf facial, fugace dans le plus grand nombre de cas, peut aussi se rencontrer.

Réflexes tendineux. — Les réflexes rotuliens, qui peuvent être souvent exagérés au début de la maladie, sont généralement diminués ou abolis aux stades ultérieurs. L'intensité des réflexes rotuliens peut changer d'un jour à l'autre et on voit, de temps à autre, une différence marquée des deux côtés. Les réflexes achilléens se comportent d'une façon analogue. Parmi les réflexes cutanés, les réflexes abdominaux sont souvent abolis dans les cas graves, tandis que le réflexe plantaire est très vif, même lorsque ceux-là sont abolis, de sorte que l'on voit apparaître un réflexe très exagéré ou une réaction de défense, traduisant l'hyperesthésie de la route plantaire.

Le *signe de Babinski* ainsi que le signe d'Oppenheim apparaissent rarement. Ils sont généralement unilatéraux et passagers.

Rigidité musculaire. — C'est le symptôme le plus souvent constaté, surtout au niveau des membres supérieurs, plutôt qu'aux membres inférieurs. Cependant dans un grand nombre des cas elle est habituellement peu accusée et demande à être recherchée. Il est plutôt rare d'observer une rigidité aussi intense que dans l'encéphalite européenne. Cette rigidité peu accusée a toutefois pour le diagnostic une importance extrême. Quelques-uns tels que Kurota et Shimazono sont d'avis que la raideur de la nuque, le trismus et le signe de Kernig, etc., peuvent être expliqués par cette rigidité musculaire. Il existe, rarement d'ailleurs, des cas qui, au cours du stade culminant accompagné de fièvre élevée, montrent des symptômes d'ordre parkinsonien. Ce type devrait être appelé « forme amyostato-akinétique ou forme extra-pyramidale aiguë ».

Spasme ou contracture. — Le spasme s'observe souvent au niveau des membres supérieurs qui sont généralement fléchis, tandis que les membres inférieurs prennent la position d'extension.

Il est particulièrement fréquent chez les enfants, fugace dans la plupart des cas et peut souvent s'effacer complètement le lendemain. Le spasme idiomusculaire peut se montrer de temps à autre d'une façon très marquée au niveau du grand pectoral et du biceps brachial.

En dehors des points douloureux à la pression observés dans le territoire des nerfs sensitifs de la paresthésie, de l'hyperesthésie et de la douleur, etc., les troubles objectifs de la sensibilité sont peu marqués.

Ghronaxie. — D'après Kuriyama, la chronaxie examinée au niveau des membres supérieurs a coïncidé avec la limite inférieure du taux normal ou parfois une limite plus basse dans 7 cas sur 11.

Troubles de déglutition. — Ils s'observent rarement. Les mouvements de la langue ainsi que de la déglutition peuvent être troublés, de sorte qu'ils réalisent une forme bulbaire de l'encéphalite épidémique.

En même temps peut s'installer une polypnée.

Troubles vésicaux. — Ils constituent, comme nous l'avons signalé précédemment, un des symptômes souvent observés au début de la maladie. Généralement on observe de l'anurie. L'incontinence urinaire peut se manifester, surtout au stade culminant. Malgré la chute de la fièvre et l'amélioration de tous les symptômes, l'anurie peut persister pendant 3 ou 4 jours. Les troubles rectaux, rares en dehors de la constipation, peuvent se traduire par de l'incontinence alvine.

Liquide céphalo-rachidien. — Son aspect est généralement clair, mais il peut souvent être plus ou moins opalescent, surtout chez des enfants. Il peut être trouble de temps à autre.

La tension est, dans la plupart des cas, élevée et oscille entre 200 et 250 centimètres d'eau dans le décubitus latéral, mais elle peut atteindre parfois le chiffre de 300 et plus. Elle descend petit à petit suivant l'évolution de la maladie.

Sa densité oscille entre 1.005 et 1.010. La réaction de Nonne, faiblement positive dans la plupart des observations, peut être négative. La réaction de Pandy est un peu plus positive que celle de Nonne. La réaction de Bordet-Wassermann reste négative.

L'albumine plus ou moins augmentée peut se maintenir à son taux normal. La quantité de sucre reste à la limite supérieure du taux normal ou augmente, réalisant ainsi une particularité qui le distingue des méningites infectieuses diverses où le sucre est tou-

jours au-dessous de la normale. Quant au chlorure de sodium, il oscille autour de sa valeur normale. L'azote résiduel est dans la plupart des cas normal.

Les éléments cytologiques. — Le nombre des cellules est habituellement augmenté, mais il ne dépasse pas 100 au millimètre cube. L'élément prépondérant est le lymphocyte. Toutefois il peut arriver que des polynucléaires montrent un pourcentage élevé au début de la maladie. Cette réaction cytologique va en décroissant au fur et à mesure que la maladie s'avance, en particulier les polynucléaires disparaissent d'une façon précoce.

La réaction à l'or colloïdal, ainsi que celle de mastixe, ne présente que très peu d'altération jusqu'au 3e jour environ de la maladie, mais ultérieurement elle peut réaliser un type intermédiaire entre la syphilis et les méningites. Quant à la réaction de Takata et Ara, Kakinuma et Murayama sont d'avis qu'elle se comporte parallèlement à la réaction à l'or colloïdal, tandis que Takaki insiste sur la valeur d'une réaction négative. D'après Kakinuma et Kameyama, qui ont étudié le barrage hémato-encéphalique par la méthode de brome (Walter), ils l'ont trouvé augmentée en général au stade culminant, pour revenir petit à petit à son taux normal à la suite de la chute thermique.

On peut isoler le virus, en inoculant des souris avec le liquide céphalo-rachidien au début de la maladie. Il n'existe aucun rapport fixe entre l'état du liquide céphalo-rachidien (l'albumine, les cellules et la pression, etc.) et la gravité de la maladie.

Examen du sang. — Le nombre des globules rouges ne présente pas d'altérations considérables : pourtant, il est augmenté légèrement au stade culminant. L'hémoglobine reste presque normale, tandis qu'une leucocytose s'observe au stade culminant. Celle-ci ne dépasse pas 20.000 et se transforme souvent en leucopénie, pour revenir ensuite à la normale. La morphologie des globules blancs se comporte d'une façon semblable à celle que l'on observe dans les autres maladies infectieuses. On peut trouver souvent des myélocytes ainsi que des plasmocytes. En ce qui concerne les plaquettes sanguines elles restent à la normale au début et augmentent peu à peu pour atteindre leur point culminant à la 2e ou 4e semaine. La vitesse de sédimentation des globules rouges, plus ou moins accélérée, oscille 30 et 39 millimètres dans la plupart des cas.

Examen de l'urine. — Il existe souvent de l'albuminurie ainsi que de l'urobilinurie modérée. La diazoréaction reste dans la majorité des cas négative. Par suite du cathétérisme pratiqué contre l'oligurie, on peut observer une complication : la cystite catarrhale.

***

Marche de la maladie et pronostic. — En dehors des formes graves et légères, on distingue des formes foudroyantes et des formes frustes. Celles-là sont caractérisées par l'élévation marquée de la température dès le 1er jour de la maladie. La fièvre étant de type continu, les malades meurent en 1-3 jours, par paralysie respiratoire et cardiaque. Cette forme, qui s'observait au cours de la grande épidémie en 1924, est actuellement plutôt rare.

Dans les formes frustes, la fièvre généralement peu élevée ne dure pas longtemps et descend en 3-4 jours. La maladie se termine par des symptômes du 1er stade. Cependant même dans ces formes frustes, les symptômes tels que l'anurie, etc., peuvent exister pendant 4 ou 5 jours après la chute thermique, symptôme qui nous fait penser à l'existence d'une encéphalite épidémique. Ils s'observent souvent chez les gens jeunes. Quant à la récidive, nous y avons déjà insisté dans le chapitre de la fièvre.

Signalons enfin des formes caractérisées par tel et tel syndrome marqué : forme extrapyramidale aiguë, forme amyostato-acinétique, forme qui s'accompagne d'hémiplégie ou de monoplégie, forme bulbaire, etc., que nous avons étudiées antérieurement. De plus, au 1er ou 2e stade de la maladie, on peut penser se trouver en présence au premier examen en raison des troubles psychiques intenses et de l'absence de symptômes nerveux somatiques, à une psychopathie avec fièvre, sans songer à l'encéphalite aiguë possible. L'auteur même a observé, personnellement, un cas qui n'a été reconnu comme encéphalite épidémique qu'à l'autopsie. De pareilles observations ont été aussi faites par d'autres auteurs. Il arrive qu'au 1er stade les malades se plaignent en même temps que de la céphalée, de douleurs au niveau des quatre membres, de la partie latérale de la poitrine, de la région lombaire et rarement du ventre. L'auteur a observé l'année dernière un malade chez qui la palpation était impossible à cause des douleurs intenses à la pression au niveau de tous les muscles du corps, en particulier de ceux du ventre. Ces douleurs ont fini par s'effacer complètement en 2 ou trois jours. On a signalé aussi l'année dernière quelques cas, qui présentaient, à la suite de la laparotomie pratiquée avec le diagnostic défectueux d'appendicite, des symptômes typiques d'encéphalite épidémique. Cette douleur de ventre peut relever d'une origine centrale.

Les *complications* sont relativement rares. On peut signaler toutefois la pneumonie, le décubitus (5 % d'après Takaki), la parotidite, etc.

Dans le chapitre précédent, nous avons déjà suffisamment insisté sur les mortalités générales, pour ne pas y revenir ici, mais elles sont variables suivant les épidémies. La mortalité par année jusqu'à présent est de 77,8 % (en 1928) au maximum et de 49,6 % (en 1925) au minimum. Ces chiffres ne peuvent pas évidemment déterminer le pronostic de tel ou tel cas.

Le pronostic de la maladie dépend :

1° Tout particulièrement de l'âge des malades. Le tableau de la mortalité par âge, dans la Préfecture de Tokio, que nous avons établi dans le chapitre précédent montre nettement ce rapport. Cette affection a tendance à attaquer des personnes d'un âge avancé, et chez elles le pronostic est généralement grave.

2° Le plus souvent de la durée de l'état comateux ainsi que du délire.

3° Du taux de l'hyperthermie au 1er stade, non pas toujours. La durée d'une fièvre élevée comporte en

général un pronostic sombre, parce qu'elle s'observe dans les cas graves accompagnés de troubles de la conscience.

4° Comme nous l'avons dit plus haut, le pronostic est grave dans les cas où se manifeste une réélévation brusque de la température 1-3 jours ou davantage après sa chute à la normale.

5° Les symptômes de paralysie bulbaire comportent habituellement le pronostic grave.

***

Survie dans les cas mortels à dater du début de la maladie. — La mort dans les dix jours après le début de la maladie s'observe, d'après la statistique établie dans ces derniers dix ans, dans 77,4 % des cas de mort totaux et dans 80,0 % au cours de l'épidémie en 1935 constituant ainsi des chiffres assez élevés. Sur la statistique de 124 morts parmi 408 malades hospitalisés dans les cliniques des facultés et dans les hôpitaux de la ville de Tokio, on a noté une terminaison mortelle dans 61,3 % des cas au cours de la 1re semaine et dans 29,0 % au cours de la 2e semaine. Ainsi la mortalité jusqu'à la 2e semaine s'élève à 90,3 %. Nous pouvons dire, en nous basant sur ces faits, que la mort s'observe le plus souvent entre le 4e et le 9e jour, pour atteindre son point culminant le 6e jour.

A partir du 10e jour le nombre des morts décline.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 1er août 1938

Sur la réduction des nitrites par le bacille Coli. — M. Eugène Aubel.

Séance du 8 août 1938

Caractéristiques chronologiques d'excitabilité du système vestibulaire par excitation monoauriculaire, dans divers troubles d'origine centrale. — M. Georges Bourguignon et Mlle Renée Dejean.

Observations à propos de la note précédente. — M. L. Lapicque.

Essai de bactériothérapie cutanée locale. — M. A. Besredka.

Séance du 17 août 1938

Modifications apportées à l'action hypoglycémiante de l'insuline et hyperglycémiante de l'adrénaline, par l'addition de sels de nickel, de fer ou de cuivre. — M. Henry Schwab. Les résultats obtenus par l'auteur avec les sels des quelques métaux étudiés par lui et appartenant à des échelons assez divers de la classification périodique, sont sensiblement identiques, aussi bien pour les effets hypoglycémiants de l'insuline que pour les effets hyperglycémiants de l'adrénaline, à savoir, retardement et parfois ren-

forcement avec les doses moyennes, inhibition complète avec les doses fortes. Il semble donc bien que l'influence ainsi exercée par les sels métalliques sur les effets des hormones pancréatique et surrénalienne, n'est nullement spésifique. L'hypothèse émise par les auteurs américains d'un retard dans la résorption des hormones paraît à l'auteur devoir être prise en considération, pour expliquer l'influence retardatrice des sels métalliques, sur les effets de ces hormones.

Quant à l'influence inhibitrice des fortes doses, elle peut être considérée comme résultant d'une action toxique exercée par ces dernières sur les éléments cellulaires qui interviennent dans la régulation de la glycémie.

— La *séance publique annuelle* aura lieu le 19 décembre 1938.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1938

Néphropathie chronique congénitale du nourrisson avec glycosurie. Hépatomégalie et hypotrophie.— MM. R. Debré et Julien Marie. Nourrisson ayant présenté un syndrome de nanisme rénal avec glycosurie. Au début de la vie, difficulté de la croissance avec œdème du dos des mains. A l'âge de 7 mois, morphologie spéciale avec facies joufflu et gracilité de la masse fessière ; hépatomégalie, albuminurie avec cylindrurie granuleuse et glycosurie. Poids à 16 mois : 7 kilogs, taille : 70 cm. Aucun signe de rachitisme. L'étude du métabolisme phosphocalcique montre une glycémie et une phosphatémie normales.

Métabolisme de base (M-B) dans les leucémies. — MM. P.-E. Weil et Aschkenady. Dans 15 cas de leucémie, on a constaté une augmentation du métabolisme de base, variant entre +20 et +60 p. 100. Cette augmentation est indépendante du taux des hématies, du pourcentage des formes jeunes, du volume de la rate, mais est influencée par chacun d'eux. Les auteurs signalent que dans les crypto-leucémies, le métabolisme de base est augmenté.

Métabolisme de base dans les splénomégalies. — MM. P.-E. Weil et Aschkenady signalent une augmentation légère du métabolisme de base dans 4 cas d'ictère hémolytique, plus marquée dans les cirrhoses hypertrophiques avec splénomégalie et ictère. Dans la maladie de Gaucher, le métabolisme de base est à peu près normal. Une splénomégalie sans ictère et sans anémie aiguë doit faire penser à une leucémie ou à une érythroblastose, quand le métabolisme de base est augmenté.

Syndromes douloureux pancréatico-solaires. Action de l'éphédrine par voie parentérale. — MM. Jacquet, Thieffry, Turiaf, Basset et Plas. Séméiologie semblable chez trois malades. Douleurs au profond de l'épigastre avec répercussion lombaire ; malades anéantis, sans modifications de la tension. Essai de l'Ephédrine pour combattre l'état de choc. Amélioration rapide et sensible. Il résulte de ces faits qu'avant l'apparition des lésions irrémédiables des pancréatites, il se produit dans les plexus et dans les vaisseaux une perturbation sur laquelle une action pharmacodynamique (*éphédrine*), ou un choc opératoire, ou l'anesthésie générale peuvent jouer un rôle d'arrêt.

Septicémie streptococcique post-abortum avec méningite. Guérison de la méningite par le para-aminophénylsulfamide. Persistance de la septicémie. Mort. — M. E. May. La guérison de la méningite fut obtenue par le 1162 F injecté dans la cavité rachidienne et donné par la bouche. L'élément septicémique persista, malgré l'ingestion de doses de 12 gr. par jour. Mort au bout d'un mois.

Sérovaccination antitétanique. Etude immunologique. Application éventuelle à la séro-anatoxithérapie spécifique du tétanos. — MM. G. Ramon, Kourilsky, Richou et Mme Kourilsky. Les sujets ont reçu 20 cm² de sérum antitétanique concentré et simultanément, en un autre point du corps 2 cm³ d'anatoxine tétanique. Ultérieurement, les injections d'anatoxine furent répétées aux doses de 3, 4, 5 cm³. On doit désirer voir se généraliser la pratique de la sérovaccination, en utilisant des sérums de plus en plus concentrés en unités antitoxiques et une anatoxine de valeur antigène intrinsèque. Le traitement du tétanos déclaré doit pouvoir bénéficier de la séro-anatoxithérapie.

La séro-anatoxithérapie antidiphtérique. Son but. — M. G. Ramon. La séro-anatoxithérapie consiste à associer à la sérothérapie l'immunisation par l'anatoxine spécifique. La technique de cette méthode comporte d'abord deux injections faites simultanément en 2 endroits séparés du corps, l'une de 1/10 de cm³ d'anatoxine diphtérique (brute ou purifiée), l'autre de sérum antidiphtérique (injection unique et massive de 10.000 à 60.000 unités suivant les cas ; elles sont suivies d'injection d'anatoxine (1/12, 1, 2 cm²) faites à 5 jours d'intervalle. Grâce à la séro-anatoxithérapie sont assurées dans les meilleures conditions l'efficacité et la pérennité de l'immunité antidiphtérique.

Cette méthode de Ramon est commentée favorablement par MM. Debré et Mallet.

Le myélogramme dans les infections aiguës. — MM. Aubertin et Morin. Etude du myélogramme dans un certain nombre de maladies infectieuses aiguës avec polynucléose. Il y a une augmentation presque constante du taux des neutrophiles médullaires qui monte à 70 ou 80 p. 100 au lieu de 62 p. 100. Les éosinophiles médullaires sont au-dessus de la normale, mais toujours plus abondants que les éosinophiles du sang.

Néphrite hématurique rhumatismale. Action favorable du salicylate de soude. — MM. Fiessinger, Albeaux-Fernet et Ledoux-Lebard. Jeune femme, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, fut atteinte de néphrite hématurique. L'azotémie s'éleva jusqu'à 1 gr. 10. L'évolution par poussées successives, fut influencée heureusement par le salicylate de soude.

Le nitrite d'amyle chez les hypertendus. — MM. Aubertin et Wester présentent l'étude des variations de la tension provoquée par l'inhalation de nitrite d'amyle et spécialement celle de la tension minima. Dans l'hypertension solitaire, la chute de la maxima et de la minima est immédiate. Dans l'hypertension des aortites, mêmes résultats, avec retour lent de la minima au chiffre antérieur. Chez les hypertendus avec insuffisance cardiaque, l'épreuve est plutôt à éviter.

Echinococcose pulmonaire métastatique et tuberculose. — MM. Levi-Valensi et Vialet (Alger). Les auteurs attirent l'attention sur l'intérêt de l'échinococcose pulmonaire métastatique et de l'association avec la tuberculose qu'ils rapprochent des cas où, par exemple, abcès du poumon et tuberculose coexistent.

Persistance d'une intéra-dermo-réaction de Burnet positive 10 ans après la guérison d'une brucellose. — MM. Lemierre et Reilly.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938 (1)

Doctorat d'Etat. — 1. de Alberti. — Contribution à l'étude des localisations et des voies d'abord des abcès sous-phréniques.

48 (de 1937). — Amran. — Les interdépendances pathologiques artério-veineuses.

13. Arnoux. — Contribution à l'étude du repérage physico-chimique du sérum des tuberculeux pulmonaires.

53 (de 1937). Artaud. — Les données récentes sur le problème de l'ostéogénèse.

57 (de 1937). Auclert. — Contribution à l'étude de la tuberculose des noirs et de ses lésions anatomiques en Afrique Equatoriale Française.

16. Bachellerie. — Contribution à l'étude de la collapsothérapie chez la femme tuberculeuse enceinte.

27. Battesti. — Contribution à l'étude physico-chimique du sérum au cours de quelques maladies aiguës.

10. Bernard. — Etude de la cuti-réaction tuberculinique chez les diabétiques.

17 Bonhomme. — L'avenir fonctionnel et anatomique des reins après les opérations conservatrices pour lithiase réno-urétérale.

40. Boudouresques. — Les polynévrites.

15. Bouysson. — L'éosinophilie au cours de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

23. Cambassédès. — Recherches sur la chimiothérapie de la blennorragie par les dérivés organiques du soufre.

55 (de 1937). Colonna. — Considérations sur l'histiocytose.

5. Delhumeau. — De l'effet contro-latéral du pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant et de l'adolescent.

36. Dighirian. — Recherches en vue de la localisation chirurgicale des collections suppurées endothoraciques.

26. Dionisi. — Les gangrènes d'origine veineuse.

51 (de 1937). Dol. — Contribution à l'étude de la formule sanguine dans le paludisme.

22. Dol (Mme). — Les conceptions modernes du traitement du paludisme.

18. Doutard. — Les migraines rétiniennes.

33. Duché de Bricourt. — La stérilisation eugénique dans les maladies mentales héréditaires.

4. Dufour. — Remarques sur une épidémie de poliomyélite dans les Bouches-du-Rhône (été 1937).

37. Faidherbe. — Renseignements fournis par l'étude de la calcémie chez les rhumatisants chroniques.

29. Féricelli. — Considérations cliniques et pathogéniques sur la gynécomastie.

31. Féricelli (Mme). — Le mécanisme de la sécrétion lactée.

2. Ferracci. — De l'infiltration novocaïnique des ligaments articulaires dans le traitement ambulatoire des fractures du col du fémur chez le vieillard.

8. Ferran (Mlle). — Traitement des sueurs des tuberculeux par le bromure d'acétylcholine.

38. Folcher. — Contribution à l'étude des bronchectasies sèches.

52 (de 1937). Girault. — Etude de la chlorémie et de la réserve alcaline chez les tuberculeux pulmonaires.

28. Goudard (Mme). — La cure thermale à Gréoux-les-Bains (Basses-Alpes). Etude générale complétée par l'étude de l'action des eaux sulfureuses sur la pression artérielle systolique des rhumatisants au cours de la cure.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1938, *Thèses de Hanoï*, n° 68 du 24 août, p. 1074; *Thèses de Strasbourg*, n° 69 du 27 août, p. 1100; *Thèses de Lille*, n° 70, du 31 août, p. 1113.

25. Granjon. — Les éléments du creux sus-claviculaire. Etude d'anatomie médico-chirurgicale.

50 (de 1937). — Grégoire. — Traitement des abcès du poumon chez l'enfant.

30. Horn. — Etude critique sur le traitement local des brûlures.

20. Hota-Khanh. — Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique des diphtéries malignes.

11. Julljen. — Le métabolisme de base du cobaye normal ; ses rapports avec la réserve hépatique spontanée en vitamine A.

12. Marsili. — Contribution à l'étude des colites et recto-colites tuberculeuses ulcéreuses primitives.

39. Mazel. — Les mouvements conjugués des globes oculaires et leurs troubles.

56 (de 1937). Migozzi. — Contribution à l'étude des spasmes d'ouverture des paupières d'origine acquise.

35. Mistral. — La paralysie faciale périphérique « angiopathique » dite « a frigore ».

19. Nguyen Van Thuan. — Contribution à l'étude de l'atteinte grave du foie au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

32. Occhiminuti. — Péritonite chronique encapsulante.

34. de Queylar (Mlle). — Groupe sanguin et intervention chirurgicale.

54 (de 1937). Ravelonanosy. — Le syndrome de colique néphrétique dans les vésiculites séminales.

24. Raybaud (Mme), née Saillet. — Le cœur typhique. Contribution à l'étude clinique et électrocardiographique des fièvres typhoïdes.

21. Roubaud. — Le sarcome de la cloison recto-vaginale chez l'adulte.

9. Roume. — Contribution à l'étude du cancer du poumon.

7. Roure. — La cure bulgare dans les séquelles post-encéphalitiques.

49 (de 1937). Sauvigné. — Les hémoptysies au cours des dilatations des bronches.

3. Tramoni. — Contribution à l'étude anatomo-clinique de la maladie de Fallot.

41. Vitel. — L'arthrite cervicale blennorragique.

6. Zananiri. — Intérêt de la chromocystoscopie en chirurgie urinaire.

Doctorat d'Université. — 14. Salacroup-Tudiwer (Mme). — A propos de quelques observations nouvelles d'épididymite non spécifique.

42. Sirota. — La thoracoplastie dans un sanatorium public d'altitude.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La responsabilité civile des médecins à la lumière de la jurisprudence récente. Un vol. de 183 pages, chez Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 1937. Prix : 30 francs.

Hygiène du cardiaque, par B. Theodoresco, préface du professeur D. Danielopoulo. Un vol. in-16 de 100 pages, chez Doin et Cie, 1938. Prix : 100 francs.

Les traitements orthopédiques et chirurgicaux des rhumatismes chroniques, par René Simon. Un vol. de 172 pages, avec 22 fig., chez Douin et Cie. Prix : 35 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 72. - MERCREDI 7 SEPTEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital-Hospice de Lagny. — Un concours sur titres pour la nomination d'un interne en médecine à l'Hôpital de Lagny (Seine-et-Marne), aura lieu prochainement.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur de l'Hôpital.

Inscriptions avant le 15 septembre 1938.

Hôpital-Hospice d'Orléans. — Un concours pour une place de *sage-femme adjointe à la Maternité* s'ouvrira le lundi 26 septembre 1938, à 10 heures.

Épreuves : 1° Composition écrite sur un sujet d'accouchement. Épreuve tirée au sort sur trois questions. Durée : 2 heures ; 2° examen oral.

Le jury est nommé par la Commission administrative et présidé par M. le Vice-Président de la Commission.

Conditions d'admission : Nationalité française. Être âgée de 25 à 40 ans.

Pièces à fournir : Diplôme de sage-femme, acte de naissance, certificat de bonnes vie et mœurs.

La sage-femme adjointe reçoit par an un traitement de début de 6.660 francs, auquel viennent s'ajouter les avantages en nature suivants : logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage.

Pour tous renseignements et s'inscrire, s'adresser au Directeur de l'Hôpital-Hospice d'Orléans. Le registre d'inscription sera clos le 19 septembre 1938.

Faculté de Médecine de Paris. — La Faculté de Médecine de Paris vient de conférer le titre d'assistant étranger à MM. Edgard Fayt, de Bruxelles (Belgique) et Juan Allamand, de Santiago (Chili), après un stage dans le service de chirurgie de M. le professeur Gosset, à la Salpêtrière.

Ministère de la Santé publique. — M. Stirn, préfet de Maine-et-Loire, est nommé directeur de l'Hygiène et de l'Assistance au Ministère de la Santé publique.

Service sanitaire maritime. — Par arrêtés du 20 août 1938 sont nommés : directeur de la 1re circonscription sanitaire maritime, M. le docteur Merveille, médecin de la santé à Dunkerque ; directeur de la 5e circonscription sanitaire maritime, M. le docteur Raybaud (Antonin-Marie), médecin de la santé à Marseille.

Inspecteur d'hygiène. — Un poste d'inspecteur adjoint départemental d'hygiène est déclaré vacant dans le département de la Seine-et-Marne.

Pourront faire acte de candidature :

1° En vue d'une mutation : les inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène, les directeurs et directeurs adjoints des bureaux d'hygiène des villes de moins de 100.000 habitants qui auront été préalablement maintenus en fonctions ;

2° Les candidats figurant sur la liste d'aptitude aux fonctions d'inspecteur, adjoint départemental d'hygiène et emplois assimilés établie à la suite des épreuves du concours ouvert le 16 décembre 1937.

Les demandes de mutation seront accompagnées des documents suivants requis pour les demandes de maintien en fonctions :

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'État et du diplôme d'hygiène) ;

5° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies avec références à l'appui ;

6° Les états de services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les administrations intéressées ;

7° Un état des services militaires ou, à défaut, une pièce précisant la situation militaire ;

8° Un exemplaire de la thèse et des études publiées ;

9° Une note de renseignements sur la situation de famille ;

10° Un certificat d'aptitude physique à l'exercice de la fonction, délivré par un médecin *assermenté* ;

11° Une déclaration souscrite par le candidat et attestée par le préfet, certifiant que l'intéressé se consacre entièrement à ses fonctions, à l'exclusion de toute clientèle (autant médecine générale que bactériologique, analyses diverses, etc.).

Les demandes devront être remises au Ministère de la Santé publique, Direction du personnel, 1er bureau, 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 30 septembre 1938 au plus tard.

J. O. H., 31 août 1938.

Des précisions sur le prix de 10.000 francs, offert par l'Académie de Médecine aux recherches sur l'huile d'olive. — Voici quelques renseignements complémentaires au sujet du prix de 10.000 francs, offert par l'Académie de Médecine au meilleur travail sur les applications thérapeutiques de l'huile d'olive. Les recherches pourront porter, soit sur une nouvelle action curative de ce produit, soit apporter des lumières nouvelles sur ses propriétés thérapeutiques déjà connues.

Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de l'Académie de Médecine avant le 15 octobre prochain. L'Académie décernera le prix dans le courant du mois de novembre.

CONGRÈS

Ier Congrès national du Néo-hippocratisme (Marseille, 29 septembre 1938). — En juillet 1937 a eu lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, le Ier Congrès international de Médecine néo-hippocratique. Son succès, sa haute tenue, l'intérêt qu'il suscita tant en France qu'à l'étranger où beaucoup y virent une date et un signe des temps, dépassèrent les espérances des organisateurs.

Cette réussite montra que l'initiative venait bien à son heure et répondait à un désir de la pensée médicale contemporaine.

Le terme de « néo-hippocratisme » ayant été parfois mal interprété ou ayant paru équivoque à certains, les organisateurs tiennent à déclarer qu'ils ont voulu exprimer par ce mot leur souci de culture générale et le rattachement synthétique de la médecine moderne clinique et biologique à certains principes hippocratiques traditionnels.

Si ceux-ci ont inspiré de tout temps les meilleurs esprits de la médecine, l'époque moderne a paru s'en éloigner parfois. Le néo-hippocratisme, qui n'est pas l'hippocratisme, ne représente pas un retour au passé, il veut être un mouvement en avant et un enrichissement de la médecine. Il proclame la primauté de l'esprit clinique et la nécessité du contrôle expérimental. Affirmant l'importance primordiale du terrain, il veut donner un sens scientifique à cette notion. D'autre part, il entend garder une indépendance absolue vis-à-vis de certaines doctrines ou pratiques thérapeutiques auxquelles on a voulu l'inféoder. Il rappelle à ce point de vue qu'Hippocrate était essentiellement un éclectique et un observateur.

Les inspirateurs du mouvement néo-hippocratique pensent qu'il appartenait à la France, à son esprit d'universalité, de prendre l'initiative d'une pareille œuvre. Ils ont décidé de lui donner une suite en adoptant le projet d'un congrès international qui aura lieu tous les deux ans et qui sera organisé par la Société internationale de Médecine néo-hippocratique ayant à sa tête comme président, le professeur Laignel-Lavastine. Mais, en plus, aura lieu, au cours de l'année intermédiaire un congrès français plus restreint organisé par la Société française de Médecine néo-hippocratique en liaison avec la grande société internationale. Cette Société nationale à laquelle entre autres, le professeur Leriche et G. Duhamel ont déjà donné leur haut patronage, est présidée par le professeur Cornil.

Et ainsi, le Ier Congrès national de Médecine néo-hippocratique aura lieu cette année à Marseille, *immédiatement à la suite du Congrès français de Médecine, le 29 septembre 1938*, sous la présidence d'honneur du professeur Laignel-Lavastine, et sous la présidence effective du doyen Cornil.

Plusieurs rapports importants y seront présentés :

Le 1er rapport portera sur « la période préclinique des maladies » et comportera quatre travaux différents — deux généraux indépendants, l'un du professeur L. Cornil, de Marseille ; l'autre, du professeur agrégé Delore, de Lyon. Un de MM. G. Marañon et Guy Laroche, portant sur le facteur terrain endocrinien ; un dernier, enfin, de M. J. Morlaas sur « la période préclinique des maladies mentales ».

Le 2e rapport, du professeur Laignel-Lavastine, portera sur « la méthode hippocratique et l'induction en médecine ».

Le 3e, du professeur Guiart, de Lyon, sur « Hippocrate et l'école de Cnide ».

Le 4e, de M. Poucel, sur « Hippocrate et le traitement des fractures ».

Le 5e, de MM. Benoit et Foata, sur « la tradition professionnelle ».

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au Comité organisateur du Congrès : MM. Benoit, Foata, 16, rue Venture, Marseille.

Pour toute documentation d'ordre scientifique, s'adresser au Secrétaire général du Congrès, M. Martiny, 10 rue Alfred-Roll, Paris (17e).

NÉCROLOGIE

— Le docteur Eugène Roy, sénateur du Puy-de-Dôme.

— Le docteur André Riche, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, ancien médecin de Bicêtre, décédé à Chennevières-sur-Marne.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

HYGIÈNE PUBLIQUE

COMITÉ PERMANENT DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Notre confrère, le docteur Pierret, qui vient de succéder au docteur Abt comme directeur de l'Office international, a bien voulu nous communiquer l'ensemble des travaux de la dernière session (mai 1938). En voici quelques extraits particulièrement importants :

Le Comité a entendu et discuté de nombreuses communications concernant l'épidémiologie, la propagation et la prophylaxie des maladies visées par les conventions internationales, les autres maladies infectieuses, l'organisation sanitaire et l'activité des services d'hygiène de divers pays et nombre d'autres questions intéressant la santé publique.

Maladies visées par les conventions internationales

Peste. — Des recherches entreprises dans les entrepôts douaniers de Kobé (Japon), sur l'identification des rats et de leurs ecto-parasites, ont montré que près des trois quarts de la population murine de ces établissements (71,8 p. 100) est constitué par *Rattus alexandrinus*, c'est-à-dire, par l'espèce la plus répandue à bord des navires, alors qu'en général, dans l'intérieur du pays et sur le littoral, c'est *Rattus norvegicus* qui prédomine. Quant aux puces, c'est *Xenopsylla cheopis* qu'on a surtout trouvée en abondance, dans la proportion de 75,6 p. 100 ; or on sait qu'au Japon, c'est le genre *Ceratophyllus* qui domine généralement. Ces constatations sont d'une très grande importance et méritent d'être prises en sérieuse considération pour l'application des mesures préventives contre la peste.

Une épidémie éveillant de forts soupçons de peste, mais non confirmée bactériologiquement. a sévi au Niger, dans la région au Nord de Tanout, depuis novembre 1937.

A propos de l'efficacité si controversée du vaccin antipesteux, il est intéressant de signaler que sur les hauts plateaux de Madagascar, où la peste est endémique depuis 1921, la mise en pratique intensive des vaccinations par un virus-vaccin (vaccin vivant de Girard et Robic) semble avoir donné d'excellents résultats ; en effet, le nombre des cas dépistés en 1937, après deux campagnes de vaccination, ayant permis d'atteindre les 4/5 de la population de ces territoires, est tombé à 918 contre 2.007 en 1936 et 3.493 en 1935. Ce vaccin présente en outre l'avantage, appréciable en milieu indigène, de ne nécessiter qu'une seule injection.

Choléra. — La question de la valeur de l'antigène « O » pour le diagnostic du vibrion cholérique, a fait l'objet de plusieurs intéressantes contributions. De nouvelles recherches poursuivies dans l'Inde, à l'Institut central de Recherches de Kasauli sur la valeur de l'agglutination « O », il résulte que les vibrions agglutinant par le sérum « O » pur du groupe N° 1 (Gardner et Venkataraman) sont les seules formes qui ont toujours été trouvées associées dans l'Inde avec le choléra. D'un petit nombre de cas de choléra clinique, on a isolé également des vibrions appartenant à d'autres types sérologiques, notamment à des groupes possédant l'antigène « O » autres que le groupe N° 1, et des souches agglutinant par le sérum H+O ; ces vibrions étant largement répandus, notamment dans les eaux du Bengale et du Nord de l'Inde, ils doivent pénétrer fréquemment dans le tube digestif, et l'on doit s'attendre à les trouver aussi bien dans les fèces des personnes bien portantes que dans celles de cholériques, ce qui interdit de les considérer comme l'agent de la contamination cholérique. Les seuls vibrions, par conséquent, auxquels on peut attribuer un rôle cholérigène net, sont ceux appartenant au groupe « O » N° 1 caractérisés par le test d'agglutination « O ». Ils représentent, d'ailleurs, dans l'Inde, 86,5 p. 100 du total des souches isolées de cas de choléra clinique, mais leur isolement est souvent rendu difficile ou impossible parce que, au cours de l'enrichissement de la culture en eau peptonée, ils sont étouffés par le développement des vibrions non cholériques ; des recherches en cours permettront sans doute de doter la technique bactériologique d'un milieu d'enrichissement plus sélectif pour *V. cholerae*.

Les souches hémolytiques du groupe « O » N° 1, auxquelles, de l'avis général, doit être réservé le nom d' « El Tor », constituent un problème spécial ; leur structure antigénique est identique à celle des types Inada ou Ogawa, et pour le différencier de ceux-ci, le test d'hémolyse devrait être appliqué à toutes les souches donnant l'agglutination « O ».

Au Japon, des sérums préparés par inoculation au lapin de l'antigène « O » desséché de Bruce White provenant de la souche originale d'Inada et de la variante Ogawa se sont montrés agglutinants à un titre élevé pour les souches homologues vivantes Inada (1:3.600), beaucoup plus faible pour les souches Ogawa (1.800) ; vis-à-vis de vibrions soumis à l'action de la chaleur, l'agglutination n'a pas dépassé 1:200 pour la souche Inada, mais a atteint 1:400 pour la souche Ogawa. Ces réactions sont absolument comparables à celles qu'on obtient en employant des sérums préparés avec les souches originales vivantes.

D'autre part, les réactions croisées demeurent faibles. On peut donc conclure que l'agglutination est spécifique pour la souche homologue, par conséquent, possédant les deux sérums, il est facile de dépister n'importe quel type de vibrion cholérique.

En Italie, les autorités sanitaires, soucieuses de pouvoir diagnostiquer promptement les premiers cas de choléra qui pourraient éventuellement se manifester sur le territoire de la Métropole ou dans son Empire africain et pour parer à tout danger d'importation de l'infection par voie maritime, ont chargé l'Institut de la Santé publique de Rome de reprendre expérimentalement l'étude de la spécificité des sérums agglutiants préparés soit par la méthode de Bruce White, soit par la méthode de culture sur milieux additionnés de substances chimiques inhibant le développement des cils du vibrion, qui, comme on le sait, renferme la fraction H.

Dans une première série d'expériences, le Professeur Russo a immunisé des lapins par les antigènes « O » desséchés des types Inada et Ogawa qui lui avaient été adressés par le Laboratoire des Standards du « Medical Research Council » d'Oxford et un antigène « O » Napoli obtenu par chauffage, à 100° C. pendant deux heures d'une souche isolée lors de l'épidémie de Naples de 1911. Le titre d'agglutination de ces sérums a été respectivement de 1:3000 pour la souche Inada ; de 1:200 pour la souche Ogawa et 1:1000 pour la souche Napoli. On a fait alors des épreuves d'agglutination sur 60 souches de vibrions de la collection de l'Institut de la Santé publique de Rome ; les résultats de cette première série d'expériences montrent que l'antisérum « O » Inada contient des agglutinines actives spécifiques pour presque toutes les souches de vibrions cholériques, permet un groupement sérologique et donne de meilleurs résultats que les antisérums « O » Ogawa et

Napoli, lesquels agglutinent un nombre moindre de souches cholériques et à un titre beaucoup moins élevé.

Dans une seconde série de recherches, on a substitué aux sérums obtenus par inoculation de vibrions chauffés, d'autres sérums « O » obtenus avec des doses équivalentes de vibrions des mêmes souches (Inada, Ogawa, Napoli) cultivés sur des milieux aditionnés de substances chimiques diverses : acide phénique, alcool à 96°, ou chlorure de lithium.

La gélose additionnée de 0,5 pour cent de chlorure de lithium s'est révélée comme étant le meilleur milieu ; les sérums préparés en partant de cultures sur ce milieu permettent d'obtenir, en effet, une agglutination de la souche Inada à 1:6000 ; de la souche Ogawa à 1:3000 et de la souche Napoli à 1:2000 ; ils présentent en outre l'avantage d'agglutiner, à des titres divers, toutes les souches de vibrions cholériques vrais, constituant ainsi ainsi un excellent sérum standard pour l'identification de tout vibrion suspect.

Une intéressante relation d'une petite épidémie de choléra clinique observée en octobre 1937 aux Indes Néerlandaises, au nord de Macassar (Célèbes), et qui s'est traduite par 47 cas avec 33 décès, soit une léthalité de 70 p. 100, met en lumière cette particularité importante que l'agent responsable a été identifié comme un vibrion hémolytique, à réaction de Voges-Proskauer positive, présentant, par conséquent, tous les caractères du vibrion « El Tor » classique. Le fait qu'on a trouvé au sud de Célèbes un vibrion « El Tor » responsable d'une épidémie à forte léthalité et présentant au point de vue clinique(anatomo-pathologique et épidémiologique, toutes les apparences du choléra asiatique est sans précédents dans l'histoire du choléra aux Indes Néerlandaises et ne laisse pas d'être quelque peu déconcertant, car il est en opposition complète avec le résultat d'une expérience constante, selon laquelle les pèlerins des Indes Néerlandaises, retour des Lieux Saints et porteurs du vibrion El Tor, ne propagent pas le choléra.

D'autre part, l'origine de l'épidémie est difficile à préciser. Dans l'hypothèse où l'importation aurait eu lieu par le port de Macassar, il est bien curieux qu'elle se soit manifestée dans quelques petits villages éloignés de Macassar de plus de 50 kilomètres. En outre, l'épidémie survient au moment où le Pèlerinage n'est pas commencé, ce qui exclut tout probabilité d'importation du Hedjaz. C'est pourquoi l'hypothèse s'est imposée, en fin de compte, que la maladie serait endémique dans le sud de Célèbes et n'aurait été dépistée qu'à l'occasion d'un contrôle plus vigilant, au cours d'une enquête actuellement en cours sur la dysenterie bacillaire.

La présence actuelle du choléra en Chine méridionale et le fait que la durée de la traversée de Hong-Kong à Manille est inférieure à la période d'incubation de cette maladie ont incité les autorités américaines à prendre certaines mesures pour empêcher qu'à la faveur du trafic maritime, et en particulier par l'intermédiaire de passagers d'entrepont embarqués en Extrême Orient, le choléra ne soit importé aux Philippines, qui, de 1902 à 1909, lui ont payé un lourd tribut. Ces mesures, mises en vigueur depuis le 7 août 1937, sont conformes aux dispositions du Règlement quarantenaire des Etats-Unis, qui imposent l'examen bactériologique des selles de tout passager en provenance de lieux où règne le choléra. Ces dispositions ont été appliquées avec toute la discrétion possible, de manière à n'imposer aux navires relâchant à Manille qu'un minimum de retard et avec le souci de ne soumettre à l'examen bactériologique que les passagers qui, après un examen attentif de tous les facteurs en cause, devaient être tenus comme constituant un danger possible en tant que porteurs.

Grâce à ces mesures, aucun cas de choléra n'a jusqu'ici été importé de l'extérieur aux Philippines.

Fièvre jaune. — Pendant la période de six mois comprise entre le 1er octobre 1937 au 31 mars 1898, la fièvre jaune a marqué, dans son ensemble, une légère régression par rapport au semestre précédent ; quant à sa distribution, les principaux foyers se situent au Brésil dans les Etats de Minas Geraes, Sao Paulo et Rio de Janeiro ; en Afrique occidentale française ; au Sénégal ; au Congo Belge à Zongo ; en Nigeria et à la Gold Coast ; le total des cas déclarés ne dépasse pas 250, avec 180 décès.

Des renseignements détaillés concernant les cas enregistrés en 1937 dans les Colonies françaises d'Afrique, il résulte que l'Afrique occidentale réunit à elle seule 40 cas, dont 23 au Sénégal, 6 dans la circonscription de Dakar ; 7 cas ont été observés à la Côte d'Ivoire ; des cas isolés se sont produits au Dahomey, au Soudan et au Cameroun ; 7 en Afrique équatoriale. Sur les 48 personnes qui ont contracté la fièvre jaune dans les Colonies françaises d'Afrique en 1937, deux seulement avaient reçu la vaccination antiamarile et sont décédées ; l'une d'elles, il est vrai, n'avait été vaccinée que quatre jours avant le début des symptômes, délai insuffisant pour la production des anti-corps. Autre détail intéressant : la femme d'un fonctionnaire de Gaoua (Côte d'Ivoire) fait une fièvre jaune mortelle peu de temps après la vaccination de son mari au moyen d'un virus vivant, ce qui laisse entrevoir la possibilité de la transmission, par piqûre de moustique, du virus présent dans la circulation périphérique, d'une personne récemment vaccinée à une personne saine.

Au Brésil, la fièvre jaune de la jungle constitue un problème qui préoccupe les autorités ; une énorme région couvrant des parties des Etats de Minas Geraes, de Rio de Janeiro et de Sao Paulo est infectée, et l'on observe en même temps une mortalité élevée chez les singes hurleurs ; plusieurs milliers de tests de protection effectués avec le sérum de divers animaux sauvages semblent confirmer l'opinion que plusieurs variétés de singes constituent un facteur important de la dissémination du virus dans la jungle. Toutefois, on n'a pas encore éclairci le mode de conservation du virus d'une saison à l'autre dans le Sud du Brésil, où chaque année plusieurs mois s'écoulent sans qu'on observe de cas chez l'homme. On utilise pour les vaccinations en masse au Brésil un virus pantrope, connu sous la dénomination de virus 17 D, obtenu par culture sur l'embryon de poulet privé de la masse du système nerveux cental. Ce vaccin, qui a, grâce à cet artifice, perdu la plus grande partie de sa virulence neurotrope, confère une immunité solide qui débute trois semaines après l'injection ; la réaction est inexistante dans 90 p. 100 des cas, légère dans les 10 p. 100 restants. Plus de 200.000 personnes ont jusqu'ici été vaccinées au Brésil par cette méthode.

Dans les possessions anglaises d'Afrique, le nombre des cas de fièvre jaune enregistrés en 1937 a été de 19 en Nigeria et de 81 à la Gold Coast. Dans cette dernière colonie, 84 p. 100 des cas ont été constatés dans la province occidentale, et presque tous chez des Africains ; la raison probable de cette concentration des cas dans la province occidentale paraît être l'usage très répandu des citernes dans les maisons, où les indigènes emmagasinent toute l'eau disponible en prévision de la saison sèche, et dont beaucoup constituent des gîtes à moustiques. Les autorités se proposent de généraliser, autant que faire se peut, les ad-

ductions d'eau potable, pour remédier à cet état de choses.

Au Congo belge, une épidémie pouvant faire suspecter la fièvre jaune, et totalisant 17 cas avec 9 décès, a été observée à Zongo, sur l'Oubangui.

Enfin, une enquête au moyen du test de protection de la souris, effectuée dans la colonie hollandaise de Surinam, qui au début de ce siècle a été le théâtre de deux épidémies importantes (la dernière en 1908), et a porté sur les sérums de 387 personnes ayant résidé à Surinam ou s'y trouvant encore.

Les sérums ont été partagés en deux groupes ; dans le premier groupe (A) ont été réunis les sérums des personnes ayant habité la colonie avant 1908; dans le second groupe les sérums des personnes l'ayant habité seulement après 1908 ; dans chacun de ces groupes, on a en outre établi des subdivisions selon que les sérums provenaient d'habitants de la capitale, d'habitants de l'intérieur, d'indiens ou de nègres des bois.

Les résultats des tests ont montré qu'en ce qui concerne les habitants de la capitale, Paramaribo, la proportion des sérums positifs a été de 57 p. 100 pour les personnes ayant habité la colonie avant 1908, et de 11 p. 100 seulement pour celles l'ayant habitée postérieurement à cette date, pour les indiens et les nègres des bois, la proportion a été uniformément de 16 p. 100 pour les deux groupes. Il semble permis de conclure de ces recherches que, tandis que les citadins ont été soumis à l'influence d'épidémies temporaires, les habitants de la brousse subissent les effets d'une endémie amarile permanente qu'on peut concevoir comme résultant de formes rurales analogues à la fièvre jaune de la jungle du Brésil et d'autres pays sud-américains ; cette conception trouve un appui dans le fait que les hommes de l'intérieur travaillant dans les bois donnent une proportion de sérums positifs très supérieure par rapport aux femmes, qui ont des occupations plus sédentaires ; la proportion entre les deux sexes est d'environ 1 à 6.

Les épreuves de protection de la souris ont été effectuées sur les sérums envoyés de Surinam à Amsterdam, par les deux tests de Sawyer et de Theiler, appliquées simultanément à chaque sérum.

Variole. — Les statistiques concernant la morbidité et la mortalité par variole en Pologne font ressortir qu'au cours des vingt dernières années, cette maladie a régressé de façon continue à partir du moment où a été instituée la vaccination obligatoire (juillet 1919), en sorte que de 5.078 cas et 823 décès en 1921 le bilan de la variole est tombé en 1937 à 1 cas, sans décès. On peut donc dire que la variole est une maladie éteinte en Pologne.

Le chiffre annuel des vaccinations et revaccinations oscille, d'une année à l'autre, autour de 2 millions, et jusqu'ici on n'a pas observé de cas d'encéphalite post-vaccinale.

Une épidémie sévère de variole est survenue dans la zone de Gezira (Soudan anglo-égyptien) dans les premiers mois de 1938, causant 177 cas et 64 décès, soit un taux de léthalité de 36,2 p. 100 ; le sexe féminin a été de beaucoup le plus touché, la proportion des femmes atteintes étant de 70 p. 100 contre 30 p. 100 seulement chez les hommes.

Grâce aux vaccinations en masse, au cours desquelles pendant les deux premiers mois de 1938, 588.000 personnes ont été vaccinées, l'épidémie a pu être rapidement jugulée.

Les cas d'*encéphalite post-vaccinale* déclarés en Norvège de 1933 à 1937 s'élèvent à 28, avec 17 décès ; pour l'année 1937, les chiffres sont respectivement de 7 cas et 3 décès pour 21.908 vaccinations, alors que l'année précédente on n'avait enregistré qu'un seul cas, suivi de décès ; pour ces deux années, tous les cas, sauf un à Oslo, sont survenus dans les trois départements du Nord ; la très grande majorité des cas ont été observés chez des enfants de 3 à 7 ans et le jour de début des symptômes, par ordre de fréquence décroissante, a été le 12e jour (9 cas), le 11e jour (6 cas), et le 10e jour (4 cas) ayant suivi la vaccination. Au Punjab, un cas d'encéphalite suivi de guérison a été observé à Murree, chez un enfant hindou de 11 mois ; les symptômes ont débuté le 11e jour suivant la vaccination. En Italie, où l'encéphalite post-vaccinale est comme on le sait très rare, surtout par rapport au chiffre des vaccinations pratiquées, on a observé en septembre 1937 à Novare un cas de cette redoutable complication chez un enfant de 9 mois qui a guéri après avoir présenté une hémiparésie gauche et des crises convulsives.

Typhus exanthématique. — Des recherches épidémiologiques sur la répartition du typhus en Pologne, appuyées par de nombreux examens de laboratoire effectués à l'Institut d'Hygiène de l'Etat à Varsovie, il résulte qu'on peut distinguer dans le territoire polonais deux sortes de foyers de typhus : des foyers endémiques, où se déclarent fréquemment des cas isolés de typhus sans tendance à la propagation, une grande partie de la population possédant l'immunité acquise, et des foyers épidémiques, encerclant les précédents, où la population présente un taux d'immunisation sensiblement moins élevé, en sorte que les cas importés des foyers endémiques trouvent des conditions favorables à la dissémination du virus et déclenchent parfois de sérieuses épidémies.

On n'a pu, malgré de nombreuses recherches, constater la présence du virus chez les rats dans les foyers endémiques.

Les autorités utilisent dans la prophylaxie du typhus, outre les mesures classiques d'épouillage et d'isolement, la vaccination au moyen du vaccin de Weigl, avec des résultats très satisfaisants ; c'est ainsi par exemple que dans un district où chaque année on enregistrait 200 cas de typhus, ce chiffre est tombé à 12 après des vaccinations en masse (13.890 vaccinations) effectuées dans les foyers endémiques.

Le typhus exanthématique endémique transmis par la puce semble en voie d'extension aux Etats-Unis ; au cours de l'année 1937, il a été signalé 3.000 cas de cette affection, soit une augmentation d'un tiers sur les chiffres de l'année précédente ; en outre, cette forme de typhus montre une tendance à se propager, à partir des foyers originels situés sur le littoral de l'Atlantique, vers les régions de l'intérieur, spécialement vers celles où l'on cultive en grand l'arachide, légumineuse qui attire le rat gris et d'autres rongeurs, qui paraissent constituer le principal facteur de la propagation du typhus endémique dans les régions rurales.

Dengue. — Depuis une dizaine d'années, on n'avait pas observé au Caire la dengue sous forme épidémique, lorsqu'au début du mois de septembre 1937, la maladie a fait sa réapparition et causé, jusqu'à fin décembre, 2.594 cas déclarés, dont 50 décès. L'origine de l'épidémie doit être attribuée à un réveil de l'infection à la faveur de quelques cas locaux sporadiques dans une communauté ayant perdu son immunité par suite du long intervalle écoulé depuis la dernière épidémie. On sait en effet que l'immunité conférée par la dengue ne dure que quelques années, et il est intéressant de noter que le retour cyclique des épidémies a lieu tous les 10, 15 ou 20 ans, c'est-à-dire à un moment

où la collectivité, du fait de l'affaiblissement de l'immunité acquise, est redevenue réceptive.

En ce qui concerne le vecteur, il ne paraît pas qu'*Aedes Aegypti*, qui se rencontre assez communément dans les maisons du Caire, se soit exagérément multiplié, les conditions atmosphériques dans les semaines ayant précédé l'épidémie ayant été plutôt défavorables à sa pullulation.

Le tableau clinique a présenté fort peu de contraste avec la description classique ; la durée de la fièvre a varié, suivant les cas, de 3 à 10 jours et on n'a pas observé de rechute nette.

Pour lutter contre *Aedes aegypti* au stade ailé et au stade larvaire, 55 équipes anti-moustiques ont été mises en service.

Autres maladies infectieuses ou parasitaires

Scarlatine. — Le Comité a reçu quelques informations au sujet de la pratique de l'immunisation contre la scarlatine.

Aux Pays-Bas, dans la province de Hollande septentrionale, on a pratiqué depuis 1930, sur plusieurs dizaines de milliers d'enfants, l'immunisation combinée contre la scarlatine et la diphtérie, au moyen d'un mélange de l'anatoxine diphtérique et de la toxine scarlatineuse. L'immunisation a eu une influence favorable sur l'incidence de la diphtérie, et aussi, quoique à un moindre degré, sur l'incidence de la scarlatine. Ainsi, en 1937, parmi les enfants de 6 à 13 ans, chez 25.018 enfants immunisés, la morbidité par scarlatine a été de 15,1 p. 10.000 ; chez 29.127 enfants non immunisés, elle a été de 50,1 p. 10.000. L'immunisation n'a provoqué aucune complication grave, mais on a observé les réactions locales, parfois avec exanthème scarlatiniforme et légère élévation de la température.

Aux Etats-Unis, où la fréquence de la scarlatine se maintient à un niveau à peu près constant, avec une morbidité de 200 p. 100.000 et une léthalité d'environ 1 p. 100, l'immunisation active n'est pratiquée que d'une façon restreinte ; on s'en sert toutefois pour la protection des internes et des infirmières dans les hôpitaux de contagieux. L'emploi d'antigènes purifiés, tels que ceux qui ont été proposés en 1937 par Veldee et par Farago, permettra peut-être de développer l'immunisation active.

De Roumanie, on a signalé que, contrairement à une opinion répandue, la scarlatine est fréquente et souvent grave chez les enfants de moins de deux ans. Etant donnés les bons résultats obtenus chez les grands enfants par la vaccination antiscarlatineuse, le Délégué de la Roumanie est d'avis de pratiquer cette vaccination chez les jeunes enfants, à partir de l'âge d'un an.

On a recherché, en Roumanie, la fréquence de la méningo-encéphalite comme complication de la scarlatine. Sur 10.200 scarlatineux observés pendant une période de 10 ans (1er janvier 1928-1er janvier 1938), on a relevé 13 cas de syndromes méningo-encéphalitiques ; ce pourcentage de 0,13 p. 100 est inférieur à ceux que l'on a relevés dans la rougeole, la varicelle, les oreillons, la suette miliaire.

Le Comité a discuté la question de la nature et du rôle exact de l'immunisation active contre la scarlatine, comme on la pratique actuellement. S'agit-il vraiment d'une immunisation spécifique, ou bien la vaccination agit-elle seulement en s'opposant aux complications de la scarlatine, ce qui suffit d'ailleurs pour diminuer la léthalité de la maladie ? La question ne paraît pas pouvoir être tranchée actuellement.

Dysenterie bacillaire. — Les renseignements apportés au Comité par les délégués de divers pays concordent à peu près sur différents points, notamment en ce qui concerne les agents pathogènes les plus fréquemment en cause. En Grande-Bretagne, le nombre des cas déclarés va en augmentant ; en 1934, on relève 763 cas déclarés, dont 103 mortels ; en 1935, 1.177, dont 116 mortels ; en 1936, 1.333, dont 87 mortels ; en 1937, 4.068 cas. D'après les renseignements de 1934, les bacilles le plus souvent en cause sont B. Flexner, sous une de ses cinq formes, et B. Sonne (ce dernier signalé antérieurement par Castellani sous une autre dénomination) ; le bacille de Shiga se rencontre rarement en Grande-Bretagne. Il existe encore une quatrième espèce, connue sous le nom d'espèce de Newcastle, et qui produit une forme bénigne.

En Bulgarie, l'ascension de la dysenterie en 1937 résulte de deux épidémies, celle de Svitchov (mai-août) avec 506 cas relevés et 87 décès, dont 48 chez des enfants de moins de dix ans ; les épreuves d'agglutination ont été positives aux plus hautes dilutions pour le bacille de Shiga ; et l'épidémie de Kustendil, plus étendue mais bénigne, aucun décès n'ayant été relevé ; ici les épreuves d'agglutination indiqueraient qu'il s'agit de B. Flexner. Les deux épidémies paraissent dues à la pollution des eaux de boisson.

Aux Etats-Unis, la dysenterie a été observée surtout dans les régions méridionales. Le service d'hygiène publique des Etats-Unis a fait procéder dans ces régions à des études sur la bactériologie de la dysenterie au moyen d'un nouveau milieu à la « gélose citratée désoxycholatée » mis au point en 1936 par Liefson ; il semble d'après les résultats obtenus que ce milieu soit plus favorable à l'isolement des Shigella que tous les milieux précédemment connus. En Virginie, on note pour une période de 4 ans (1930-1933) une incidence de 1,77 p. 100 de dysenterie bacillaire bactériologiquement contrôlée ; on a trouvé B. Flexner et B. Sonne, mais pas un seul cas de S. Shiga ; dans les familles atteintes, la proportion des individus sains porteurs de germes était élevée (25,3 p. 100). En Californie, dans 922 examens de selles de darrhéiques, on trouve 38 Shiga, 518 Flexner, 117 Hiss Y et 240 Sonne. En somme, dans les séries importantes, le Flexner domine ; vient ensuite le Sonne ; le Shiga et le Schmitz ne sont trouvés que dans quelques cas.

Au Canada, la dysenterie aurait été moins fréquente en 1937 qu'en 1936.

Pour l'Inde Britannique, les renseignements sont peu nombreux ; la dysenterie est observée surtout de novembre à janvier ; dans les cas étudiés, on a trouvé B. Flexner, B. Schmitz, B. Sonne ; très rarement B. Shiga.

Tuberculose. — Sur la tuberculose des races indigènes, qui était à l'ordre du jour, le Comité a reçu une communication du délégué de l'Inde britannique. Dans ce pays, la tuberculose n'a pas encore atteint son « clocher » ; l'Inde se situe à cet égard à peu près comme la Chine. Le taux d'infection n'atteint pas encore la moitié de celui des pays d'Europe ; il varie de 21 p. 100 dans les régions rurales ; à 76 p. 100 dans certaines zones industrielles, et augmente à mesures de l'industrialisation et de l'urbanisation progressive.

L'infection est presque toujours d'origine humaine ; dans les recherches de laboratoire, on n'a trouvé qu'exceptionnellement des souches bovines. Les taux de mortalité sont mal connus ; dans les grandes villes, ils varient de 200 à 400 p. 100.000, d'après les chiffres officiels ; on estime que la mortalité annuelle totale par tuberculose, est comprise entre 6 et 10 millions, pour une population de 350 millions

d'habitants. Entre 15 et 20 ans, le sexe féminin est beaucoup plus lourdement frappé que le masculin. La lutte antituberculeuse commence seulement à s'organiser.

En Yougoslavie, des enquêtes ont été faites sur la tuberculose dans certaines catégories sociales. Par la radioscopie en série de 714 instituteurs et institutrices en exercice de Belgrade et de Zemun, on a pu déceler 3 cas de tuberculose active manifeste, 18 cas de tuberculose active latente, et 27 cas de tuberculose latente inactive. En comparant cette morbidité à la morbidité générale par T. P., on trouve que la profession d'instituteur ne paraît exercer aucune influence sur la fréquence de la T. P. Chez les élèves des instituteurs malades, on n'a pas décelé de cas de contagion ; le taux de la tuberculose chez les enfants de Belgrade est proportionnel en gros à la mortalité tuberculeuse du quartier qu'ils habitent ; la contagion paraît être généralement d'ordre extra-scolaire. On a également étudié en Yougoslavie l'incidence de la tuberculose chez les femmes exerçant un métier. Le nombre de ces femmes va en augmentant : à l'Office central des assurances sociales, on comptait récemment 27,16 p. 100 (plus du quart) d'assurés du sexe féminin. La morbidité tuberculeuse augmente nettement à mesure que les femmes prennent une part plus grande à la vie économique (ce qu'elles font souvent comme manœuvres et non comme ouvrières qualifiées). La tuberculose augmente de fréquence chez les femmes de plus de 25 ans d'âge. La mortalité tuberculeuse du sexe féminin n'est plus très inférieure à celle du sexe masculin. Certaines professions sont particulièrement frappées ; en 1933, sur 1.745 femmes employées dans l'industrie chimique, 6 sont mortes de tuberculose, soit une proportion de 3,43 pour 1000 ; dans les carrières libérales, la proportion était de 1,04 p. 1000.

Le délégué de l'Italie a communiqué ses très importantes recherches sur la préparation d'une tuberculine standard internationale, pouvant servir au contrôle et au titrage des tuberculines. On s'est servi de souches humaines et bovines, et aussi de quelques souches aviaires ; on les a utilisées sur des milieux synthétiques, tels que le milieu de Santon ; ces milieux ont l'avantage de ne pas contenir de substances protéiques ou autres, capables d'exercer une action antigénique. Après culture à 37° pendant plusieurs semaines, jusqu'à épuisement du milieu, on ajoute au liquide de culture de l'eau distillée et une certaine quantité de formol ; on filtre sur gaze et coton un mélange des divers types de culture ; le liquide filtré est recueilli en flacons stériles, amené au pH 7,2 au moyen d'une solution de NaCl et conservé à l'étuve à 37°, pendant 10 jours. Le liquide ainsi obtenu sert à la préparation de la tuberculine standard, ou *anatoxine diagnostique* (ainsi dénommée en raison de son analogie avec les anatoxines). D'autre part, les corps bacillaires restés sur le filtre, exprimés, pesés, triturés et mêlés au triple de leur poids de NaCl pur et stérile, servent à préparer une *anatoxine intégrale*. L'anatoxine *diagnostique* est très stable ; on la titre sur le cobaye, et on détermine les doses qui, ne produisant aucune réaction chez les sujets sains, provoquent chez les tuberculeux une réaction purement locale. Cette tuberculine a été employée, soit pour la réaction de Mentoux, soit pour celle de Von Pirquet (à des concentrations différentes selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre réaction). Les résultats ont été satisfaisants. Avec l'anatuberculine *intégrale*, on détermine expérimentalement l'anergie spécifique chez le cobaye. En Italie, cette anatoxine intégrale a été expérimentée par divers auteurs dans la vaccination préventive humaine ; différents auteurs estiment que ce « vaccin » est très efficace ; suivant le délégué de l'Italie, quoiqu'il faille toujours se montrer très réservé en matière d'immunité et de vaccination antituberculeuse, l'emploi de la tuberculine intégrale, « vaccin mort », produit une allergie plus prononcée que les vaccins vivants, tout en présentant plus de garanties d'inocuité.

Lèpre. — Des renseignements ont été apportés au Comité sur la lutte contre la lèpre dans les colonies françaises. Elle est pratiquée suivant les principes modernes : recensement et dépistage précoce ; isolement, soit à domicile, soit en colonie, soit en asile ; traitement de tous les cas ; propagande sanitaire intensive. En Afrique occidentale française, le nombre des cas dépistés s'élevait à 29.468 au 30 juin 1936. A Madagascar, le nombre des lépreux actuellement recensés est de 4.034 ; l'indice d'endémicité serait de 10 à 12 p. 1000. En Indochine, l'indice serait beaucoup moins élevé ; dans cette colonie, qui n'a pas d'organisme central de lutte antilépreuse, il existe un asile, 15 colonies agricoles et des pavillons de traitement dans les hôpitaux.

La lutte est poursuivie d'une manière analogue dans les autres colonies françaises.

Méningite cérébro-spinale. — Cette affection a sévi gravement en 1937 dans les colonies françaises d'Afrique. Dans la colonie du Niger, on signale une épidémie qui a duré des premiers jours d'avril à fin juin ; le principal foyer était le cercle de Birni N'Koni ; on a relevé 521 cas et 345 décès, soit une léthalité de 66,2 p. 100. La sérothérapie, quand elle a pu être mise en œuvre, a donné des résultats remarquables. La vaccination préventive a été appliquée dans la région à partir du 23 mai ; on n'a signalé aucun cas de méningite chez les vaccinés. En Afrique équatoriale française, la maladie a sévi dans 6 départements, de janvier à mai 1937, et causé 1.326 décès ; on a noté l'atténuation de la virulence du germe au cours de l'épidémie ; la vaccination préventive a été pratiquée ; la sérothérapie par voie intra-rachidienne, n'a pas relevé le pourcentage des guérisons.

Au Congo belge, une épidémie de méningite cérébro-spinale a été signalée vers la mi-décembre 1937 au village d'Ara, à la frontière de l'Ouganda ; on a relevé 215 cas, avec 119 décès ; la léthalité moyenne a été de 50 p. 100, chiffre comparativement bas ; la diminution de léthalité au cours de l'épidémie, paraît due à l'emploi combiné de la sérothérapie et de l'astreptine. On a pu circonscrire l'épidémie, en vaccinant préventivement toute la population.

Psittacose. — Quelques cas ont été signalés en Grande-Bretagne au cours de 1937 ; notamment une petite épidémie de 5 cas, dont 1 mortel, provoquée par l'importation d'un lot d'oiseaux donné à une institution publique. En ontre, quelques oiseaux importés d'Australie en Grande-Bretagne ont été reconnus infectés.

Poliomyélite. — Il semble que dans l'ensemble, l'incidence de la poliomyélite ait été moins forte en 1937 qu'en 1936. En Suède, on a relevé 1.931 cas en 1937, contre 3.000 en 1936 et en raisonnant d'après la marche des épidémies antérieures, on peut espérer une accalmie en 1938 ; comme d'ordinaire, la poliomyélite a sévi surtout en été et en automne, mais aucun mois n'en a été tout à fait exempt ; le pourcentage des cas sans paralysie serait plus faible en 1937 qu'en 1936 (15,4 p. 100 contre 21,7 p. 100) ; d'ailleurs le diagnostic de poliomyélite abortive pourrait être souvent sujet à revision, étant donné que diverses espèces de « névraxistes » peuvent sévir en même temps que la poliomyélite.

En Grèce, on a précisément observé diverses neuro-infections, relevant de virus neurotropes encore indéterminés, et en général d'évolution bénigne, mais qui pouvaient prêter à confusion avec la poliomyélite.

Au Canada, à Toronto, pendant l'épidémie de 1937, on a fait sur plusieurs milliers d'enfants (sans résultats nets) un essai de prophylaxie au moyen de vaporisations nasales d'une solution aqueuse à 1 p. 100 de sulfate de zinc, 1 pour 100 de pantocaïne et 0,5 p. 100 de chlorure de sodium.

Paludisme. — Il a été signalé au Comité une nouvelle épidémie nautique de paludisme ; il s'agit d'un navire italien, provenant de Ziguinchor et qui s'est présenté en rade d'Alger, le 3 novembre 1937 ; sur les 17 hommes constituant l'état-major et l'équipage, 13 étaient malades et les examens de laboratoire ont montré que 12 étaient atteints de tierce maligne ; néanmoins tous les malades ont guéri. Dans ces épidémies nautiques, il faut appliquer les mêmes mesures sanitaires qu'en cas de suspicion de fièvre jaune.

De l'Inde britannique, il a été fourni des renseignements sur la distribution de la quinine. La consommation annuelle est actuellement d'environ 200.000 livres anglaises (91.800 kilos), dont plus de la moitié doit être importée. La quinine importée est livrée au marché, pour les hôpitaux et pour la distribution dans les régions palustres, le gouvernement a recours aux stocks de sa production : les gouvernements recourent au besoin, pour la distribution de la quinine, à des fonctionnaires administratifs, aux douaniers, aux instituteurs, aux missionnaires, etc.

Kala-azar. — En Turquie, on avait observé depuis quelques années des cas isolés de leishmaniose viscérale. La déclaration de cette maladie ayant été rendue obligatoire, différents nouveaux cas ont été signalés : en 1937, 5 cas, tous chez des enfants ; dans les premiers mois de 1938, déjà 6 cas, tous également chez des enfants, dont le plus âgé a 15 ans ; au point de vue étiologique, on recherche la leishmaniose canine, mais pas un seul cas n'en a été signalé jusqu'à présent en Turquie.

En Yougoslavie, d'après des recherches effectuées au centre antipaludique de Stari Bar (entre les côtes de l'Adriatique et le lac de Scutari), certains malades traités comme paludéens, mais n'ayant pas d'hématozoaires du paludisme dans le sang, sont en réalité atteints de kala-azar, qu'on peut mettre en évidence sans ponction de la rate, par des cultures de sang et des examens de frottis de sang ou de sérosité d'ulcères ; dans une seule série, il existait 7 cas de ce genre sur 25 sujets étudiés ; les mêmes études donnent à penser que dans ce milieu, le kala-azar atteint également tous les âges et n'a pas de prédilection marquée pour l'enfance. Le dépistage des cas de ce genre sera utile à la prophylaxie du kala-azar. Des recherches ont été faites à l'Ecole de médecine de Calcutta, sur la transmission du kala-azar par le *Phlebotomus argentipes.* En laboratoire, le hamster infecté de leishmaniose par la piqûre du phlebotome ne présente des parasites dans le sang que très longtemps (16 mois environ) après la piqûre. Il s'agit peut-être d'une résistance spéciale aux hamsters nourris en laboratoire ; ces animaux sont d'ailleurs hyperadrénaliniques et on considère que l'hyperadrénalinémie n'est guère compatible avec les infections à leishmania. D'autres recherches ont été faites sur la longévité du phlébotome ; cette longévité serait notable ; on a pu retrouver de ces insectes 15 jours après qu'ils avaient été lâchés. Différents auteurs ont noté, chez des malades atteintes de kala-azar, la fréquence de lésions cutanées, qui peuvent constituer des réservoirs de virus.

Tularémie. — En Suède, où la tularémie avait été signalée pour la première fois en 1931, il y a eu en 1937 une épidémie importante, avec 115 cas et deux foyers distincts. Sur les 115 cas observés, 4 seulement paraissent dus à des contacts directs avec animaux (lièvre, rat) ; les 111 autres proviendraient de contagions indirectes. La tularémie avait très vraisemblablement sévi avec violence sur les lièvres et les rats. La transmission a très probablement eu lieu par l'intermédiaire d'insectes piqueurs ; il ne s'agit ni des tiques, ni des taons, mais sans doute des moustiques. On sait que certaines espèces de moustiques peuvent absorber des bacilles tularémiques en suçant le sang d'animaux infectés, et on a même réalisé expérimentalement l'infection de cobaye à cobaye, par l'intermédiaire de moustiques. La lésion primaire siégeait généralement sur les parties découvertes du corps ; fait en faveur du rôle des moustiques. La tularémie a présenté généralement la forme ulcéro-ganglionnaire ; on a compté aussi 9 cas ganglionnaires, 1 cas oculo-ganglionnaire, et 4 cas de forme typhique. Le *B. tularense* a été souvent trouvé dans la secrétion de l'ulcère primitif ; mais le plus souvent, le diagnostic a été établi par la réaction d'agglutination qui devient positive, à des taux peu élevés (1/320, 1/640) dans le deuxième septenaire de la maladie ; dans quelques cas, on a observé en outre une faible agglutination de *B. abortus bovis.*

La tularémie a été étudiée en Turquie, où la déclaration de cette maladie est actuellement obligatoire. En Turquie d'Europe, on a relevé, en 1937, 120 cas (dont 85 chez des soldats) contre 150 en 1936. En pleine Asie-Mineure, à Konya, on a relevé chez un boucher un cas incontestable de tularémie ; d'autres bouchers présentaient des réactions sérologiques positives. De l'eau d'un ruisseau de Thrace (près de Luleburgoz), on pense avoir isolé un échantillon de B. tularense, fait intéressant comme indiquant une source possible d'infection. Il y a eu à l'Institut central d'Ankara un cas de tularémie par infection de laboratoire ; ce qui confirme la notion que l'étude de la tularémie, comme celle de la peste, nécessite les plus grandes précautions. En Tunisie, un cas étudié en 1933 par Anderson, à l'Institut Pasteur de Tunis, et soumis au Comité en mai 1937, semble montrer que la tularémie existerait chez des léporides.

Fièvre ondulante. — Plusieurs faits établissent l'existence de la fièvre ondulante en Irak : on compte 4 cas récents, diagnostiqués cliniquement, et confirmés par les examens de laboratoire : le sérum des malades agglutinait Brucella melitensis à des taux élevés Les 4 cas différaient notablement entre eux au point de vue symptomatologique ; aussi estime-t-on que la maladie peut être souvent méconnue.

Rhumatisme. — Le Comité a pris connaissance d'enquêtes officielles pratiquées sur le rhumatisme aigu ou chronique dans diverses colonies françaises. D'après les renseignements sur la Martinique, aucun cas de rhumatisme déformant chronique n'a été observé à l'hôpital colonial de Fort de France de 1933 à 1937 ; le rhumatisme articulaire aigu, par contre, y est d'observation courante ; il débute généralement par une angine et s'observe surtout pendant les mois les plus humides ; en outre on observe souvent des pseudo-rhumatismes dus à des infections diverses, tuberculose, lèpre, paludisme, et surtout syphilis et gonococcie qui sont les deux fléaux de l'île. A Saint-Pierre de Miquelon, les statistiques des quatre dernières années mentionnent en tout 11 cas de rhumatisme articulaire aigu; le rhumatisme infectieux est inconnu. Dans les établissements français d'Océanie, on observe le rhumatisme articulaire aigu surtout dans les localités humides ; les pseudo-

rhumatismes gonococcique et tuberculeux sont fréquents. A la côte française des Somalis, les affections rhumatismales sont inconnues dans la population indigène.

En Italie, il paraît s'être produit une augmentation de la mortalité par rhumatisme articulaire aigu, mais il s'agit peut-être d'une augmentation apparente due au perfectionnement des méthodes statistiques. Dans le rhumatisme chronique, la mortalité des femmes est presque double de celle des hommes. Sur la morbidité par rhumatisme, la Direction générale de la Santé publique a procédé à une enquête dont les résultats ne sont pas encore entièrement connus. D'après une série de 14.247 cas, dont 9.661 de rhumatisme articulaire aigu et 4.586 de rhumatisme chronique, l'incidence est un peu plus forte pour le sexe masculin dans le rhumatisme articulaire aigu, et un peu plus forte pour le sexe féminin dans le rhumatisme chronique. Dans ce dernier, les âges les plus atteints sont ceux de la vie active, mais les cas sont encore très nombreux au-dessus de 50 ans (41,4 %) ; le rôle du froid est manifeste ; les complications cardiaques sont fréquentes (24,9 %). La lutte contre le rhumatisme est organisée en Italie : l'Institut national fasciste développe de plus en plus les cures thermales, les Caisses mutuelles de maladie disposent de 5.000 lits de cure, ce qui leur permet, avec le roulement, de faire bénéficier des cures thermales tous les inscrits qui en ont besoin. La déclaration obligatoire du rhumatisme sera édictée prochainement par le nouveau règlement sanitaire ; on étudie en outre un projet pour assurer la distribution rapide du salicylate de soude aux malades pauvres.

Trichophyties. — L'attention du Comité a été attirée sur la fréquence des différents types de teignes en Yougoslavie, surtout dans les parties orientales de ce pays ; Serbie, Montenegro, Bosnie et Herzégovine, Voïvodine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contagion, Hérédité. Discussion de leur rôle dans la genèse de l'infection tuberculeuse, par Jean Le Tacon, avec une préface du docteur F. Dumarest. Un vol. in-8° de 196 pages, chez Douin, 1938. Prix : 40 francs.

La phlébite et les varices, thérapeutique homœopatique, par le docteur E.-A. Maury. Un vol. de 96 pages, chez Doin et Cie, 1938. Prix : 25 francs.

Santé ? Maladies ? Toxines ? par le docteur O. Castueil. Préface du docteur Léon Vannier. Un vol. in-8° de 64 pages. Prix : 22 francs. Chez Doin et Cie, 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet 1938

Maladies rhumatismales avec arthrite, néphrite et congestion pulmonaire. — MM. Debray et Store. Homme de 40 ans, qui au cours d'une attaque articulaire de rhumatisme, fit une néphrite et une glycosurie, avec hyperazotémie à 3 gr. 02 et hyperglycémie à 2 gr. 60 par litre. Apparut alors une congestion pulmonaire, qui se termina en 3 jours. Il a dû s'agir de localisations viscérales multiples de la maladie de Bouillaud.

Forme hémorragique pure de diverticulose colique à prédominance droite. — MM. Germain, Le Gallon et Morvan. Observation d'un homme de 56 ans, qui, à la suite d'une purgation violente, présente une hémorragie intestinale abondante, et chez lequel l'examen radiologique révéla une diverticulose colique à prédominance droite. Ils rapprochent ce fait des autres cas rares de diverticulose à forme hémorragique pure.

Acromégalie et diabète. Radiothérapie hypophysaire. — MM. Rathery et Froment publient l'observation d'un malade acromégalique qui fit secondairement du diabète. Celui-ci fut nettement amélioré par la radiothérapie, qui fit remonter le coefficient d'assimilation glucidique et abaissa la glycémie.

Syndrome de Milkmann (fissures osseuses symétriques simulant des fractures spontanées). — MM. H. Roger et Huguet. Femme de 62 ans, ancienne cholélithiasique, souffrant d'algies lombaires et crurales, avec démarche dandinante. La radio montra un trait de pseudo-fracture sur les branches ischio- et ilio-pubiennes qui firent craindre une métastase néoplasique. Traitement et guérison par l'Ergostérol irradié, l'extrait de foie et la radiothérapie.

Séro-anatoxithérapie des toxi-infections diphtériques en évolution chez l'homme. — MM. R. Martin, Delaunay et Richou. — Traitement de 12 enfants par la séro-anaxithérapie. Chez tous les malades ainsi traités, on fit pendant 2 mois après la première injection d'anatoxine, des titrages des antitoxines dans le sérum. De ces dosages il apparaît que l'immunité passive conférée par le sérum ne contrarie pas l'élaboration de l'immunité active. Ces premières recherches sont en faveur de la séro-anatoxithérapie, pronée

par Ramon, dont le but est de faire succéder à l'immunité passive instantanée, mais éphémère, l'immunité active qui s'installe progressivement et qui est stable et durable.

Séro-anatoxithérapie de l'angine diphtérique. Résultats chez l'adulte. — MM. Sohier et Jaulmes ont utilisé une anatoxine purifiée titrant 150 munités par cm^3. Résultats satisfaisants, la maladie ayant évolué favorablement dans tous les cas. Absence de réaction importante à la suite de l'injection d'anatoxine. Les auteurs font une étude immunologique au moyen du titrage de l'antitoxine spécifique effectué dans le sérum des malades avant tout traitement, à différents stades de la maladie et même pour certains six mois après la guérison. Cette méthode présente un intérêt prophylactique évident.

Séro-anatoxithérapie de la diphtérie chez l'enfant. — MM. Darré et Lafaille ont suivi les variations de l'immunité. Ils ont constaté qu'on obtient un état d'immunité solide et durable, ainsi qu'en témoigne l'augmentation parfois considérable de pouvoir antitoxique du sérum sanguin. Les auteurs estiment, en conséquence, qu'on peut espérer que cette immunisation active renforcera l'action du sérum au début de la maladie et fera diminuer la gravité des accidents tardifs.

Psychose polynévritique coli-bacillaire guérie par le sérum de Vincent. Accès de dyspnée centrale et d'épilepsie. Lésions rétiniennes. — MM. P. Merklen et Jacob. Femme de 19 ans, enceinte de 5 mois, atteinte de pyélite aiguë grave. Colibacilles dans les urines. Etat général grave. Interruption de la grossesse. Apparition de confusion mentale. Action rapide du sérum de Vincent sur les troubles mentaux et généraux. Des manifestations sériques obligent à arrêter le sérum. Survenue d'un accès de dyspnée *sine materia*, puis crises d'épilepsie. Lésions de rétinite. Il faut remarquer la psychose coli-bacillaire qui ressemble au Korsakoff alcoolique.

LIVRES NOUVEAUX

Quelques formes cliniques de lithiase urinaire, par Madeleine-H. Paillard. — 1937. 1 vol. grand in-8° de 75 pages, avec 45 fig. originales, 25 fr. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Ce travail est la réunion de nombreuses observations personnelles ayant trait à divers sujets dont plusieurs ont été encore peu étudiés.

Un chapitre est consacré aux reins criblés de calculs ; les calculs siègent dans les calices, mais aussi dans le parenchyme rénal ; ils peuvent entraîner une réaction parenchymateuse secondaire. Leur nature peut être urique, oxalique, phosphatique ou cystinique.

Un second chapitre rapporte 4 cas inédits de lithiase à cystine ; c'est donc une contribution importante à l'étude de cette affection relativement rare. Dans tous les cas, le diagnostic a été fait par l'examen du sédiment urinaire, qui a montré la présence de cristaux de cystine ; mais dans deux cas, les cristaux ne sont apparus dans les urines qu'après palpation du rein ; l'auteur décrit la technique de cette exploration.

Le chapitre suivant, plus illustré encore que les autres, montre les diverses modalités suivant lesquelles les calculs peuvent être éliminés spontanément hors des voies urinaires. De nombreuses radiographies et de nombreuses photographies de calculs fournissent des documents très objectifs à cet égard.

Un quatrième chapitre est consacré aux calculs urétéraux, avec une tentative de différenciation pour l'interprétation des taches pelviennes.

Enfin, un cinquième chapitre a trait aux faux calculs des voies urinaires, où l'auteur passe en revue les multiples causes d'erreur constituées par la lithiase biliaire, les concrétions mésentériques ou juxta-vertébrales, les concrétions pelviennes. En somme, excellent recueil d'observations originales, choisies dans une riche documentation et susceptibles d'intéresser à la fois les urologistes et les praticiens.

Les traitements orthopédiques et chirurgicaux des rhumatismes chroniques, par René Simon, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Strasbourg. — 1 vol. in-8° de 172 pages avec 22 figures dans le texte, 35 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Depuis quelque dix ans, l'Orthopédie et la Chirurgie ont conquis une place de plus en plus importante dans le traitement des rhumatisants à la faveur des services considérables qu'elles ont rendus ; mais jusqu'ici, il n'y avait pas en France de monographie sur ce sujet alors qu'il en existait dans les pays anglo-saxons.

Ce livre vient heureusement combler cette lacune et exposer clairement l'état de la question. Il a le rare mérite d'avoir été vécu avant d'avoir été écrit, car dans ce domaine pour nous si neuf de la rhumatologie, l'auteur a fait œuvre à la fois constructive et critique dans les très nombreuses publications qu'il lui a consacrées.

Il envisage successivement : 1° les méthodes orthopédiques, destinées à prévenir les attitudes vicieuses et les déformations, à les corriger lorsqu'elles se sont produites, à rendre éventuellement leur mobilité aux articulations enraidies ; 2° les procédés chirurgicaux, opérations ostéotrophiques, opérations sympathiques, opérations parathyroïdiennes ; 3° les indications, dans les formes localisées et dans les formes progressives.

Ecrit dans une langue claire et vivante, suivant un plan logique et méthodiquement développé, ce livre s'adresse non seulement au rhumatologue et au chirurgien orthopédiste, mais encore au praticien à qui revient le premier rôle dans la lutte contre les rhumatismes ; c'est toute une série de moyens nouveaux de soulager et de guérir qu'il lui apporte.

Gastrectomie, opération bénigne. — Librairie Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Le docteur Jean Duval, du Havre, vient de faire paraître un ouvrage sur la gastrectomie.

Après une courte introduction, l'auteur étudie les indications de l'ablation large de l'estomac dans les ulcères de la petite courbure, de la face postérieure de l'estomac, du pylore et du duodénum.

Il examine ensuite les modalités de l'intervention : anesthésie locale, technique du professeur Hans Finsterer, de Vienne, et montre que le succès de l'opération est avant tout fonction de la minutie apportée à l'exécution des sutures.

Dans l'ulcère duodénal, il conseille dans tous les cas la gastro-duodénectomie large, en montrant les avantages du décollement duodéno-pancréatique qu'il est indispensable de savoir bien faire.

Il publie ensuite 125 observations de malades opérés avec succès d'ulcère gastro-duodénal par gastrectomie.

La préface de l'ouvrage est faite par le professeur Gosset, de l'Institut.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET ÉVOLUTION DES NÉPHRITES CHRONIQUES (1)

2. Etat général plus ou moins vite atteint, et tous les intermédiaire se voient entre *le type floride*, brightique vigoureux et pléthorique (candidat du reste à la mort subite ou rapide du fait du manque de précaution qu'engendre cette bonne santé apparente).

Et le *type cachectique*, chez lequel les troubles de nutrition s'accentuent avec rapidité.

L'amaigrissement :

— Avec fonte musculaire totale ;

— *Asthénie* physique et intellectuelle.

L'anémie : pâleur extrême ; déglobulisation progressive 2-3 millions), parfois *Anémie du type pernicieux* (avec peu de réaction sanguine) ; parfois aussi : *syndrome hémorragique* surajouté (purpura...).

L'hypothermie est un signe classique et courant (pouvoir hypothermisant de l'urée).

3. Troubles nerveux extrêmement variés.

Parmi eux : la *lassitude*, l'*apathie*, l'*indifférence* sont les plus caractéristiques.

Avec *somnolence* le jour et la nuit longues *insomnies*, et sensations anxieuses.

— *Prurit* généralisé et rebelle.

— Phénomènes douloureux de type et de localisations variables (myalgies, névralgies...).

Sur ce fond peuvent se greffer :

Des *troubles psychiques* : tendances dépressives — mélancolique avec délire doux et tranquille — ou au contraire crises d'agitation, délires systématisés, et confusion mentale véritable. Au maximum, *folie brightique*, justifiant l'internement ;

Des accidents convulsifs, pseudo-tétaniques ;

Des paralysies de type et de siège très voriables ;

Des myoclorines.

Toutes manifestations où s'intriquent les rôles de l'hypertension, des poussées de chlorurémie et d'azotémie et probablement aussi des troubles circulatoires provoqués par le fléchissement du myocarde.

L'aspect particulier de l'*Azotémie à forme méningée* avec contractures — Kernig — raideur de la nuque, peut prêter à erreur jusqu'à la P.L. : liquide clair, ou puriforme aseptique, *très riche en urée.*

L'examen objectif.

— Suit les variations de la pression artérielle — et surveille l'état de la pression différentielle.

— Recherche les petits signes de défaillance ventriculaire : l'accélération du pouls en particulier.

— Apprécie le volume du cœur et recherche soigneusement le bruit de galop.

— Note surtout l'apparition à une période plus avancée de signes de mauvais augure, qui sont :

le Myosis, signe majeur — et

la Rétinite brightique

— annoncée par la diminution de la vision — l'amblyopie ;

— traduite par des *taches blanchâtres* péri-pupillaires et maculaires, taches isolées ou associées à de l'*œdème de la pupille* ou à des *hémorragies rétiniennes.*

Enfin : le frottement de péricardite brightique dont on sait la valeur — annonciateur du coma imminent.

L'examen urinaire a une valeur pronostique moindre, car :

1. *La diurèse* peut être normale. *Une diminution de la polyurie* est plus importante.

2. *L'albuminurie* est présente ou non, et son taux n'a aucune valeur pronostique.

En fait : le pronostic de cette hyperazotémie progressive tient essentiellement dans l'appréciation et l'évolution des troubles de la nutrition générale — dont il suffit de rappeler les plus importants : l'*amaigrissement*, l'*anémie*, la *torpeur*, la *déshydratation* — et que confirme l'élévation progressive et inexorable du *taux de l'urée sanguine.*

Jusqu'au terme ultime : le *coma.*

Son imminence est annoncée :

Par une angoisse douloureuse extrêmement pénible, avec des crampes, des soubresauts musculaires, des convulsions ;

Par une hypothermie qu'accompagnent une nette diminution de la diurèse et surtout une *dyspnée* sine materia qui va en s'amplifiant.

Peu à peu, la torpeur devient prostation, et le coma s'installe — dont il suffit de rappeler les caractères essentiels :

Coma plus ou moins profond, hypothermique, avec pâleur extrême — myosis ; avec respiration profondément modifiée : dyspnée ; ayant le plus souvent les caractères du *rythme de Cheyne-Stokes*, dont l'existence seule doit éveiller le diagnostic.

Coma où la conservation d'un certain degré d'hypertension artérielle — jointe à une diurèse relativement abondante, signe la nature néphritique, même en l'absence du *frottement de la péricardite* dont les caractères bien spéciaux lèvent tous les doutes — et que vient confirmer la *mesure de l'hyperazotémie*, qui atteint alors 5, 6, 7 gr. pour 1.000.

L'évolution est dès lors absolument fatale, indépendante ou presque de toute thérapeutique — dans un temps variable — qui excède rarement 4 ou 5 jours.

Tel est le tableau habituel de « l'*urémie lente* » des auteurs classiques, et que l'on sait être aujourd'hui celui de l'azotémie progressive.

3. *Période terminale.*

Si le brightique échappe au double danger :

— d'une complication d'hypertension artérielle ;

— d'une imperméabilité très marquée pour l'azote, après bien des années, et souvent après des accidents multiples, il arrive fatalement au *stade terminal d'Asystolie.*

C'est l'asystolie mixte *cardio-rénale*, progressive, inexorable.

1. Annoncée par les *signes habituels d'insuffisance commençante du V.G.* : dyspnée d'effort — pseudo asthme nocturne — angor de décubitus ou même O.A.P.

Tandis que, *objectivement*, se notent :

Le pincement de la tension différentielle ;

L'accélération du pouls ;

L'apparition d'un bruit de galop gauche ;

La diminution de la diurèse.

Guy Le Sueur.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 70, du 31 août, p. 1117.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 73. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant au quartier d'aliénés des hospices de Poitiers (Vienne), par suite du départ de M. le docteur Jean Royer, appelé à un autre poste.

Légion d'honneur. — ÉDUCATION NATIONALE. — *Chevalier :* M. Maurice Bréger (à Puteaux).

SANTÉ PUBLIQUE. — *Officier :* M. Francis Heckel (à Paris).

Chevalier : M. Lucien Rose (à Bains-les-Bains).

INTÉRIEUR. — *Chevalier :* M. Jean Loumaigne (à Riscle) ; M. Georges Touchard (à Paris).

MARINE. — *Officier :* M. Pierre Kagt, médecin en chef de réserve.

Chevalier : M. Gaston Coiffe, médecin de 1re classe de réserve.

Distinctions honorifiques. — MÉRITE MARITIME. — *Chevalier :* M. Marcandier, médecin en chef de 1re classe de la marine.

Élections sénatoriales. — Le docteur Louis Mourier, président du Conseil général du Gard, directeur général honoraire de l'Assistance publique, vient d'être désigné par le Congrès du Parti radical et radical-socialiste du Gard comme l'un des candidats aux élections sénatoriales du 23 octobre prochain.

Un timbre-poste Curie. — La semaine dernière, les P. T. T. ont mis en vente un timbre bleu de grand format aux effigies de M. et de Mme Curie. D'une valeur d'affranchissement de 1 fr. 75, il est surtaxé de 0 fr. 50 au profit de l'Union internationale contre le Cancer, que préside M. Justin Godart.

Journée du Rhumatisme du 8 octobre 1938, *organisée par la Ligue française contre le Rhumatisme.* — Nous rappelons à nos lecteurs le programme de cette Journée :

a) Le matin, à 10 heures, hôpital Cochin (47, faubourg Saint-Jacques), service de M. le professeur Mathieu : séance clinique, avec présentation de malades, avec la collaboration du docteur F. Coste. « Les résultats éloignés des opérations pour l'arthrite chronique de la hanche et le rhumatisme blennorragique ».

b) L'après-midi, à 16 heures, à la Faculté de Médecine, sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine : séance scientifique consacrée aux « Formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique ».

Les rapports suivants seront présentés :

1° Formes cliniques : professeur Gougerot, docteurs F. Coste et Durel ;

2° Thérapeutiques médicales : docteur Layani ;

3° Thérapeutiques physiques : docteur Surmont, Mme Michon ;

4° Thérapeutiques chirurgicale et orthopédique : docteur Boppe.

De courtes communications pourront être présentées par les membres de la « Journée du Rhumatisme », sur le sujet mis à l'ordre du jour. Leur texte, ainsi qu'un résumé en

cinq lignes pour la presse, devra être adressé au plus tard le 15 septembre, au Secrétariat de la *Ligue française contre le Rhumatisme.*

Cette « Journée du Rhumatisme » se terminera par un dîner qui aura lieu le soir même au restaurant de la « Reine Pedauque », 6, rue de la Pépinière, Paris.

Inscriptions (comprenant l'envoi des rapports et comptes rendus et la cotisation au dîner) : médecins français et étrangers, 120 francs ; membres de la *Ligue française*, 80 francs.

Adresser toute la correspondance et les inscriptions : au Secrétariat de la *Ligue française contre le Rhumatisme*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). (Littré 14-61. Compte courant postal : Paris 1414-50).

VARIÉTÉS

LES PRIX DE RÉQUISITION DES VÉHICULES AUTOMOBILES DE TOURISME

Le *Journal officiel* du 30 août 1938 publie un arrêté du Président du Conseil, Ministre de la Défense Nationale et de la Guerre, modifiant l'arrêté du 3 octobre 1935 fixant les prix de réquisition. L'arrêté vise les poids lourds, les voitures de tourisme et les motocyclettes.

Nous considérons seulement les voitures de tourisme.

Les prix de base des *voitures de tourisme* sont répartis en quatre séries :

1re série : Voitures de moins de 2 ans d'ancienneté.

2e série : (2, 3 et 4 ans).

3e série: (5 et 6 ans).

4e série : (7 ans et plus).

Ces prix s'appliquent aux conduites intérieures d'au moins quatre places avec équipement complet.

Voici la liste des voitures de tourisme que publie le *Journal officiel.* Pour simplifier cette liste, nous *indiquons seulement le prix de base de la* 1re série. Le prix de la 2e série (2, 3, 4 ans) représente 50 % du prix de la 1re série. Le prix de la 3e série, 40 % du prix de la 2e. Le prix de la 4e est fixé à 50 % du prix de la 3e série. Exemple : *Amilcar*, 7 ch. 20.000 fr. dans la première série, 10.000 fr. dans la seconde, 4.000 fr. dans la troisième et 2.000 fr. dans la quatrième série.

Amilcar : 7 ch., 20.000 fr.; 12 ch., 25.000 ; 14 ch., 35.000 francs.

Ariès : 11 ch., 30.000 fr.

Berliet : 9 ch., 21.000 ; 11 ch., 22.500 fr.

Bugatti : 19 ch., 75.000 fr.

Chenard et Walcker : 11 ch. 4 cyl., 27.500 fr. ; 21 ch. 8 cyl., 36.000 fr.

Chevrolet : 20 ch., 48.000 fr.

Citroën : 9 ch. propulsion arrière, 20.500 ; 11 ch. propulsion arrière, 23.000 ; 7 ch. traction avant, 19.000 ; 11 ch. traction avant, 23.000 fr.

Delahaye : 12 ch. 4 cyl., 39.000 ; 18 ch. 6 cyl., 57.000 francs ; 20 ch., 58.000 fr.

Delage : 12 ch. 4 cyl., 39.600 ; 16 ch. 6 cyl., 48.000 ; 25 ch. 8 cyl., 75.000 fr.

Delaunay-Belleville : 13 ch. 6 cyl, 40.500 fr.

Fiat-Simca : 5 ch., 11.000 ; 8 ch., 30.000 fr.

Hotchkiss : 13 ch. 4 cyl., 34.500 ; 17 ch. 6 cyl., 44.000 ; 20 ch. 6 cyl., 45.000 fr.

La Licorne : 7 ch. type 316, 22.000 ; 8 ch. type 415, 26.500 fr. ; 10 ch. type 418, 27.000 fr. ; 11 ch. type 319, 22,500 fr. ; 11 ch. type 420 ; 28.000 fr.

Matford : 13 ch. type V 8, 24.000 ; 22 ch. type V 8, 31.000 francs.

Panhard : 14 ch., 46.000 ; 16 ch., 48.000 ; 26 ch., 54.000 fr.

Peugeot : 8 ch. type 202, 15.200 ; 10 ch. type 302, 18.400, 11 ch. type 402, 20.500 fr.

Renault : 6 ch. 4 cyl. Juvaquatre, 14.250 ; 8 ch. 4 cyl. Celtaquatre, 19.000 ; 14 ch. 4 cyl. Novaquatre, 20.000 ; 14 ch. 4 cyl. Primaquatre, 20.400 ; 14 ch. 4 cyl. Vivaquatre, 23.250 ; 23 ch. 6 cyl. Vivasport, 30.000 ; 23 ch. 6 cyl. Viva Grand sport, 36.000 ; 23 ch. 6 cyl. Vivastella, 42.000 ; 28 ch. 8 cyl. Suprastella, 76.000 fr.

Rosengart : 5 ch., 11.200 ; 9 ch., 30.000 fr.

Salmson, 9 ch., 31.000 ; 10 ch., 38.000 fr.

Unic : 12 ch., 40.500 ; 17 ch., 55.500 fr.

Voisin : 13 ch., 46.750 ; 17 ch., 74.000 ; 20 ch., 63.500 francs.

Les prix de base des véhicules de marques ne figurant pas dans les tableaux de l'arrêté sont déterminés par comparaison avec les prix de base de véhicules de marques de valeur équivalente.

Notons encore que le prix de base d'une ambulance dérivée de châssis de tourisme est le prix d'une voiture de tourisme de même marque et de même puissance majoré de 1.500 fr pour le transport d'un blessé couché et de 2.700 francs pour 2 blessés couchés.

Pallas. — La livraison n° 15, du 15 juillet 1938, nous apporte comme de coutume de très belles illustrations, des reproductions en couleurs de grand ordre et un choix d'articles de haut intérêt : *Peints par eux-mêmes :* le professeur Mauriac, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, par M. Piéchaud. — Un *entretien* avec M. Voronoff. — Les *épilogues*, de Crinon. — Un passionnant article sur *Guillotin* par le docteur d'Hérissay ; de curieux articles des docteurs Duhem, Ogliastri de Gentile, de M. Abensour, des docteurs Eyland et Henri Bouquet.

Pallas reste le plus beau des magazines. Il faut le lire. (Pallas, 111, boulevard Magenta, Paris.)

NÉCROLOGIE

— Le docteur François Teulon Valio, décédé à Montpellier, le 31 août 1938.

— Le médecin général Marcel Vigerie.

— Le docteur Edmond Israël, à Paris.


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MÉDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

REVUE GENERALE

LES POLYRADICULONÉVRITES CURABLES avec DISSOCIATION ALBUMINOCYTOLOGIQUE du LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

(Type Guillain-Barré)

Par MM. H. ROGER et J. BOUDOURESQUES
(de Marseille)

En 1916, Guillain, Barré et Strohl publient deux cas de «radiculonévrites spontanément curables avec dissociation albuminocytologique dans le liquide céphalo-rachidien ». La même année Pierre-Marie et Chatelin signalent trois cas analogues.

Depuis lors, ce syndrome est connu sous le nom de syndrome de Guillain-Barré.

Il semble bien qu'il faille rattacher à ce syndrome des faits plus anciens.

Déjà, dès 1906, Miraillié et Plantard (*Rev. Neur.*, 1906), Bonnet, Raymond, Landouzy, Déjerine avaient relaté des cas de « double paralysie faciale au cours d'une polynévrite infectieuse généralisée », qui ressemblent étrangement aux observations de polyradiculonévrites primitives publiées par la suite, mais il leur manque le contrôle du liquide céphalo-rachidien.

Par contre, nous nous demandons si l'on ne peut rétrospectivement intégrer dans ce cadre deux observations, l'une de Froin (1903), l'autre de Donath (1905), comportant un syndrome de Landry avec coagulation massive du L.C.R., qui guérit en quelques mois.

Le tableau clinique des polyradiculonévrites curables avec dissociation albuminocytologique est aujourd'hui bien connu. Aux travaux de Guillain et Barré, on peut ajouter ceux de Sicard, d'André-Thomas, de Clovis Vincent, ceux de l'Ecole lyonnaise avec Lépine, Froment, Bériel et Devic.

De Sèze, Pommé, Alajouanine, Delay, Decourt, O. Métèze, D. Kulman, O. Metzer et Mandel, Meyer en ont publié plusieurs observations. Les thèses de Rollet en 1920, de Chaix en 1925, d'Albertin en 1926 sont aussi des documents précieux pour leur étude. En 1936, Boudin, dans un travail important, fait une mise au point des plus fouillées, étendant, il est vrai, le syndrome et y faisant entrer des cas non suivis de guérison.

Enfin, tout dernièrement, dans une réunion commune, les Sociétés belges de neurologie, de pédiatrie et d'oto-neuro-ophtalmologie ont, en 1938, mis ce sujet à l'ordre du jour et apporté une importante contribution à son étude, qui occupe les deux numéros de mars et avril 1938 du *Journal belge de neurologie*. En dehors de Van Gehuchten, Van Bogaert, Cohen, Biémond, Dagnelie, Laruelle et Massion-Vernory, diverses observations y ont été présentées par Riser et Planques, par nous-mêmes, par l'un de nous avec le Professeur Giraud et une synthèse a été établie par Guillain et par Barré.

Si la clinique est actuellement bien connue, le substratum anatomique a été longtemps discuté. Pour l'Ecole bordelaise, il s'agirait d'une myélite ; pour Divry et Van Bogaert de plexite aiguë ; pour Bériel et Devic de polynévrites. On sait aujourd'hui, avec Guillain et Barré, que le processus en cause siège au niveau des racines et des nerfs.

Nombreuses sont les théories émises sur l'origine de ces polyradiculonévrites ; nous aurons l'occasion d'y revenir.

Nous prendrons pour type de notre description la FORME QUADRIPLÉGIQUE CLASSIQUE, correspondant à la localisation, à l'ensemble des racines spinales. Nous envisagerons, aussitôt après, les AUTRES FORMES CLINIQUES, que nous classerons suivant leur *localisation* (forme paraplégique ou forme spinale inférieure, forme quadriplégique avec participation des nerfs craniens ou forme mixte spino-mésocéphalique, forme de polyradiculonévrite cranienne bilatérale ou forme mésocéphalique pure, forme avec troubles mentaux qu'on pourrait appeler forme spino-encéphalique), suivant la *prédominance symptomatique* (forme pseudo-myopathique, forme pseudo-tabétique), suivant l'*évolution* (formes aiguë, subaiguë, forme mortelle exceptionnelle), suivant les réactions méningées, suivant l'*étiologie* (forme infantile).

Nous passerons en revue, ensuite, les diverses CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES. Avant d'en arriver à la THÉRAPEUTIQUE, nous essaierons d'échafauder la PATHOGÉNIE, en nous basant sur l'évolution clinique et sur les quelques autopsies des rarissimes cas mortels, que certains, il est vrai, refusent d'intégrer dans le syndrome.

Nous appuierons cette étude sur une dizaine d'observations personnelles.

ETUDE CLINIQUE

Début

Il se fait généralement en pleine santé. Il est marqué par un épisode infectieux plus ou moins intense. Il s'agit de malaises, avec température entre 38° et 38°5, de courbatures diffuses. Meyer a signalé le début avec « petits frissonnements ». La gorge est rouge; parfois il existe une véritable angine avec adénopathie ou quelques signes d'embarras gastrique.

Les signes nerveux sont encore minimes ; ce sont seulement une céphalée plus ou moins tenace, des douleurs erratiques avec parfois quelques signes méningés discrets ; on peut noter cependant, dès cette période, quelques paresthésies des extrémités inférieures, parfois même supérieures, sans aucun trouble moteur.

L'intensité de ce syndrome infectieux est assez variable ; parfois très marqué, il est d'autres fois minime et demande à être recherché par un interrogatoire minutieux.

Van Bogaert et ses collaborateurs insistent sur la fréquence et l'intérêt dans certains cas de la réaction méningée à type d'endolorissement et d'enraidissement du rachis dorsal (sans participation de la nuque ni vomissements).

Pour Guillain, le début serait souvent apyrétique.

Le tableau clinique devient rapidement complet : habituellement en deux ou trois jours, parfois brutalement en quelques heures (allure pseudopoliomyélitique), dans d'autres cas en une ou deux semaines (faits personnels).

Etat

La période d'état est marquée par la disparition du syndrome infectieux et par l'apparition de signes nerveux plus précis. Aux fourmillements des mains et des pieds, qui peuvent n'apparaître qu'à ce moment, s'ajoutent de la faiblesse et de la maladresse, bientôt suivies de véritables paralysies.

Les troubles moteurs. — Les *paralysies* sont importantes. Aux membres inférieurs, la paraplégie peut être totale avec impossibilité, non seulement de détacher les talons du lit, mais même d'ébaucher le moindre mouvement des orteils. Plus souvent, elle est incomplète et des mouvements des orteils et du genou sont encore possibles. Elle prédomine aux extrémités, mais les racines participent largement au processus paralytique.

Aux membres supérieurs, l'atteinte est de moindre intensité, le malade peut exécuter correctement certains mouvements ; elle est globale, mais à prédominance distale.

Au tronc, les paralysies se manifestent par l'impossibilité de s'asseoir.

Ces paralysies sont flasques et hypotoniques ; il existe peu d'atrophie. Cependant, dans certains cas, celle-ci peut être importante ; elle prédomine alors aux membres inférieurs. Mais il y a généralement plus d'hypotonie que d'atrophie vraie.

Barré a mentionné de petites secousses des muscles paralysés, rappelant celles que l'on observe dans les lésions médullaires. Dans une de nos observations, il existait des contractions myocloniques discrètes des membres, qui persistaient très atténuées deux ans et demi après.

Les *troubles sphinctériens* sont d'ordinaire absents. On a signalé cependant dans certains cas une miction anesthésique (le malade ne s'apercevait pas de la fin de la miction), plus rarement une rétention épisodique. Ils seraient dus, pour les uns, à l'atteinte des nerfs sacrés, pour d'autres à une perturbation momentanée de certains centres médullaires.

Les *réflexes tendineux* sont abolis ; la disparition est très précoce et précéderait parfois les troubles moteurs. Elle peut persister indéfiniment. Les réflexes cutanés abdominaux sont parfois abolis, durant quelques semaines (Riser et Planque).

Le *réflexe cutané plantaire* se fait en flexion, alors qu'on observe parfois une extension spontanée durable du gros orteil. Masquin et Durant, Margulès, Boudin auraient cependant signalé l'existence d'un signe de Babinski.

Les réactions électriques. — L. Van Bogaert, F. Philips, J. et M.-A. Radermecker et Th. Verschraegen, se basant sur leur huit observations, dégagent certaines notions concernant les réactions électriques dans le syndrome de Guillain-Barré.

1° L'atteinte des nerfs et des muscles se fait à peu près de façon symétrique, où elle est à peine plus intense d'un côté que de l'autre.

Quelquefois, un ou plusieurs muscles présentent des dégénérescences plus marquées que celles des muscles symétriques ; par contre, pour d'autres, c'est l'inverse ;

2° Tous les muscles et nerfs des membres inférieurs, des membres supérieurs et de la face peuvent être touchés ; mais ils le sont d'une façon discrète et parfois même peuvent présenter des réactions électriques normales ;

3° La régression des troubles électriques est rapide et, au bout de quelques semaines, de nouveaux examens montrent des réactions normales ;

4° Pour une même impotence fonctionnelle, les résultats de l'examen électrique sont différents. L'impotence fonctionnelle est généralement beaucoup plus marquée que ne le feraient supposer les troubles électriques. Or, dans la plupart des autres polynévrites, les R.D. sont proportionnelles, plus accentuées que l'impotence fonctionnelle.

Chez les malades que nous avons examinés personnellement, l'électrodiagnostic montrait généralement une hypoexcitabilité légère et jamais de R.D. complète. Chez deux, les troubles se limitaient seulement en un simple allongement de la chronaxie.

En résumé, la R.D. totale est rare, même au cours d'une évolution prolongée ; on ne constate en général qu'une simple R.D. partielle. L'hypoexcitabilité au courant faradique et galvanique est diffuse. Elle intéresse tous les nerfs et muscles des territoires atteints.

Ces troubles électriques frustes font prévoir une guérison probable et, joints à un certain degré d'atrophie musculaire, ils donnent un aspect bien spécial à ces polyradiculo-névrites.

Troubles sensitifs. — Dans nos observations, les troubles sensitifs subjectifs consistaient soit en paresthésies chez deux de nos malades, soit en véritables douleurs du type fulgurant chez un autre, en algies vives chez un dernier. Une diminution plus ou moins marquée du sens stéréognosique se relève dans trois de nos cas.

En ce qui concerne les troubles sensitifs objectifs, la pression des muscles est douloureuse et l'élongation des nerfs est sensible ; mais les hypoesthésies sont rares : hypoesthésie d'un pied chez un de nos malades, bande d'hypoesthésie d'allure radiculaire aux M.S. comme aux M.I. chez un autre. Il n'y aurait jamais d'anesthésie.

Barré insiste sur la douleur assez vive dont se plaignent les malades sur toute la nuque ; celle-ci n'est pas véritablement raide, comme on peut s'en assurer en déplaçant doucement la tête, mais la sensibilité douloureuse à la pression des muscles paravertébraux est très accrue, ce qui conduit les sujets à se contracter, autant qu'ils le peuvent, pour réduire le déplacement douloureux.

Troubles sympathiques, vaso-moteurs et trophiques. — Ils sont peu marqués ; ils consistent en rou-

geur des extrémités, en sudation plus ou moins nette, en œdème léger. Langeron et Barré considèrent ces œdèmes comme très fréquents.

Ces troubles, généralement discrets, ont été trouvés plus importants par certains auteurs. Crouzon, Chatelin, Athanassio-Benisty ont pu noter de véritables anasarques des membres inférieurs.

Van Bogaert et ses collaborateurs ont relevé chez trois de leurs malades une sudation profuse généralisée, intéressant particulièrement la face et les extrémités à partir du coude et des genoux, au point que, au bout de quelques jours, les extrémités étaient macérées, et rappelaient la peau des acrodyniques. Les sudations apparaissaient par bouffées.

Un autre cas s'accompagnait de vaso-paralysie capillaire, entraînant jusqu'au milieu des cuisses, le mlade debout, un état d'érythrose, puis de cyanose de plus en plus marquée.

Ces mêmes auteurs ont observé une paralysie faciale, accompagnée pendant six jours d'une sudation intense avec vaso-dilatation de l'hémiface correspondante.

Barré, chez un de ses malades en voie de guérison, vit se déclarer une phlébite avec œdème important, qui aggrava la paralysie ; mais bientôt phlébite et paralysies régressèrent.

Van Bogaert et ses collaborateurs ont observé par deux fois un syndrome sympathique : tachycardie avec hypotension, persistant pendant plusieurs semaines.

Le syndrome sympathique peut d'ailleurs prendre encore une plus large part dans le tableau clinique.

Un malade de Van Bogaert, un enfant de 12 ans, fait, au cinquième jour d'une quadriplégie type syndrome de Guillain-Barré, un Claude Bernard-Horner droit typique. Le lendemain, apparaît une paralysie de la face et une hémisudation faciale et des membres droits.

Un malade de Joos et Van Bogaert, au cours du syndrome nerveux, fait par deux fois des phénomènes congestifs pulmonaires entrecoupés d'un syndrome solaire aigu et suivis d'une phlébite de la saphène. Les auteurs pensent que ces divers incidents, au cours de l'évolution du syndrome de Guillain-Barré, relèvent de phénomènes vasculo-congestifs et non parenchymateux. Ils basent leur hypothèse sur le fait, que l'évolution de tous ces incidents a été rapide, passagère.

La participation de l'appareil neuro-végétatif à la polynévrite avec dissociation albuminocytologique revêt, dans ces deux observations, un aspect très spécial, sur lequel nous avons cru devoir attirer l'attention.

Signes méningés et liquide céphalo-rachidien. — A peu près constants au début, les signes méningés peuvent encore exister à la période d'état ; ils sont cependant légers et se manifestent par un signe de Kernig et une raideur de la nuque discrète.

Si le syndrome liquidien ne suffit pas à lui seul à individualiser la maladie Guillain-Barré, il n'en constitue pas moins un des éléments essentiels, primordiaux. Il comporte obligatoirement, pour Guillain, une dissociation albumino-cytologique avec un chiffre d'albumine supérieur à 0,50 0/00.

Dans la majorité des cas, cette albuminorachie varie entre 1 à 2 g. 0/00. Dans certaines observations, elle est beaucoup plus élevée : 9 à 10 g. (Biémond), 18 g. (Nuytemans). Van Bogaert, et nous sommes de son avis, pense que ces différences de quantité sont en rapport avec le moment où est faite la ponction lombaire. Chez une de nos petites filles, une première ponction avait ramené un liquide coagulé en masse, deux jours après un liquide d'apparence normale ne contenant que 0,50 0/00 d'albumine.

Van Bogaert a mis en graphiques l'étude de plusieurs liquides céphalo-rachidiens examinés à différents moments ; il a montré ainsi que l'albuminorachie augmente pendant la période de début et d'état et qu'elle peut se prolonger pendant assez longtemps. L'albuminorachie atteint son maximum entre le 25e et le 45e jour de la maladie ; elle diminue ensuite avec une courbe de diminution très prolongée ; elle tend à revenir à la normale le 62e jour ; on peut dans certaines observations la voir persister jusqu'au 82e jour de la maladie.

L'hyperalbuminorachie ne s'accompagne pas de réaction cellulaire importante. Quand cette dernière existe, elle est modérée, s'éteint, puis remonte légèrement, mais elle ne dépasse jamais plus de dix éléments.

Riser et Planques, sur 18 cas, n'ont constaté aucune réaction cellulaire par dix fois et une légère hypercytose entre 2 à 10 par 8 fois ; ce qui montre que la lymphocytose, tout en restant légère, peut exister, sans enlever rien de sa valeur à la dissociation albuminocytologique, qui reste importante.

EVOLUTION

Elle se fait vers la guérison, en quelques semaines ou en quelques mois. Elle est rarement continue ; elle est souvent entrecoupée par de petites reprises de douleurs et une apparition de paralysies sans cause apparente ; on ne note, à aucun moment de l'évolution, de véritables atrophies, mais plutôt un amaigrissement global.

Les troubles sensitifs subjectifs sont les premiers à disparaître. La récupération motrice se fait suivant l'ordre inverse de l'apparition des paralysies, et, s'il y a quadriplégie et atteinte faciale, les membres supérieurs sont les premiers guéris.

Les réflexes sont les derniers à reparaître ; ce fait n'est pas pour nous étonner, car nous savons combien est longue l'abolition des réflexes dans toute atteinte névritique. Un malade de Guillain présentait une abolition des réflexes tendineux cinq ans après la guérison.

Les réactions du L.C.R. disparaissent avec les paralysies ; Govaert avait suivi cette dissociation albuminocytologique dans une observation, et avait constaté qu'elle régressait parallèlement à l'amélioration des signes cliniques.

Cependant, dans un cas d'Alajouanine et Boudin, elle était restée la même pendant plus de huit mois,

malgré une amélioration incontestable des paralysies. Dans un cas de P.-P. Lévy et Jean Schneider, il existait une légère albuminose rachidienne, trois ans après le début.

La guérison se fait sans séquelles ; il peut cependant persister une légère atrophie musculaire et, dans quelques cas très rares, des rétractions tendineuses (Giraud et Sicard).

FORMES CLINIQUES

I. — Formes suivant la localisation

1) Nous venons de décrire la FORME QUADRAPLÉGIQUE, correspondant à l'atteinte de l'ensemble des racines et des nerfs spinaux (*formes spinale totale*), que nous avons rencontrée plusieurs fois chez nos malades.

2) Il faut faire une place à la FORME PARAPLÉGIQUE, limitée aux membres inférieurs (*forme spinale inférieure*).

Elle est assez souvent observée ; le diagnostic en est plus difficile. Car on pense moins à la polyradiculonévrite, quand le tableau est si localisé ; cependant, il faut la connaître, pour ne pas la confondre avec d'autres polynévrites, dont le pronostic est généralement plus sévère.

Nous avons rencontré cette forme deux fois chez l'enfant.

3) La FORME QUADRIPLÉGIQUE AVEC PARTICIPATION DES NERFS CRANIENS (*forme spinale et mésocéphalique*, *forme mixte* de Guillain) est par contre bien plus caractéristique. Une telle participation cranienne est considérée comme un signe capital de cette polyradiculonévrite, étant beaucoup plus rare dans d'autres polynévrites. L'atteinte du mésocéphale fait craindre un pronostic grave, qui heureusement se dissipe.

L'atteinte des membres inférieurs, généralement la première, est suivie de paralysie de la face et des membres supérieurs, les derniers touchés. Cette constatation montre que le processus extensif des polyradiculonévrites est important et elle prouve surtout qu'il ne s'agit pas ici d'une véritable ascension des troubles nerveux, comme dans la maladie de Landry, mais plutôt d'une diffusion sans participation de la moelle, atteignant divers territoires du système nerveux périphérique. Bien souvent d'ailleurs, il n'y a pas d'ordre chronologique précis. Et nous avons pu constater une atteinte des membres supérieurs, puis des membres inférieurs, enfin de la face. Nous avons également observé la paralysie faciale ou d'autres nerfs craniens comme première manifestation, suivie plus tard de paralysie des membres.

Dans un de nos cas, les membres inférieurs ont été atteints aussitôt après la diplégie faciale, plus tard les membres supérieurs.

En ce qui concerne la fréquence de l'atteinte des nerfs craniens rappelons son existence dans quatre de nos huit cas, concernant des adultes (il n'en était pas de même chez les enfants), dans trois cas sur dix dans la dernière série de Guillain, dans six sur neuf cas de Van Bogaert, dans sept sur dix-huit de Riser et Planques.

Le nerf le plus souvent touché est le *nerf facial*, et, comme Boudin y a insisté, il y a *diplégie faciale*, parfois cependant l'atteinte peut être unilatérale.

Elle est souvent discrète, et, quand il s'agit de diplégie, elle pourrait passer inaperçue à cause de l'absence d'asymétrie de la face. Cependant, le malade garde, quand il dort, les paupières plus ou moins écartées, ou un peu de gêne pour parler, ou encore présente quelques secousses musculaires ou quelques fibrillations dans diverses régions de la face, en particulier autour de la bouche (Barré). La réponse palpébrale à la percussion du front (réflexe médio-frontal) est en général conservée.

Les autres nerfs craniens les plus souvent atteints sont le trijumeau, puis les nerfs moteurs oculaires, en particulier le moteur oculaire externe. Il y a parfois un strabisme net ou un double ptosis (Van Bogaert). Parfois, la diplopie doit être recherchée. Il a été signalé une paralysie du voile, des troubles de la déglutition (Paliard et Dechaume), une atteinte du vague : tachy-arythmie, polypnée (Van Bogaert). Il est beaucoup plus rare de voir une atteinte acoustique ou vestibulaire. Guillain craint qu'il faille extraire du cadre du syndrome le cas de Van Gehuchten, compliqué d'œdème papillaire.

4) La FORME DE POLYRADICULONÉVRITE CRANIENNE ou *forme méso-céphalique pure* de Guillain, sans atteinte des membres, est assez spéciale.

Guillain et Boris Kreis ont observé une forme unilatérale de paralysie des nerfs craniens : atteinte du V (anesthésie cutanéo-muqueuse), VI, VII, avec une très légère névrite optique et une légère hyperexcitabilité vestibulaire, qui s'accompagnait d'une albuminose de 1 g. 50 0/00 pour huit lymphocytes par mm³ et dont la guérison fut complète en trois mois.

Van Bogaert et Maere rapportent trois cas de polyradiculonévrite cranienne bilatérale, avec diplégie faciale, troubles sensitifs et moteurs trigémellaires, s'installant en quelques jours : il existait dans deux cas une parésie velo-palatine, dans un, une atteinte du XII. Il y a lieu de remarquer toutefois que, dans la première de ces observations, consécutive à une stomatite et à une angine pseudo-membraneuses (sans bacilles de Löffler), la dissociation albuminocytologique est à peine ébauchée. Dans les deux autres, plus caractéristiques, il y eut quelques douleurs des membres et du tronc sans paralysie (sauf un léger steppage dans un cas) et sans modification des réflexes.

5) La FORME AVEC TROUBLES MENTAUX, qu'on pourrait appeler *spino-encéphalique*, a été étudiée par G. Petit. Cet auteur a observé des malades atteints à la fois de syndrome psychopathique, assez accentué pour nécessiter l'internement, de signes de polyradiculonévrite avec dissociation albuminocytologique du L.C.R. Dans la plupart des cas, l'évolution s'est montrée favorable avec régression progressive et disparition totale des signes nerveux et mentaux, dont l'apparence avait pu cependant faire craindre une évolution chronique.

II. — Formes symptomatiques

Nous avons vu les diverses localisations suivant lesquelles peuvent évoluer les radiculonévrites. Mais les signes eux-mêmes, en général du type sensitivo-moteur, habituellement rencontrés dans les polyradiculonévrites, peuvent, eux aussi, prendre divers aspects, donnant chacun un tableau clinique particulier.

A) Forme pseudo-tabétique. — Les troubles ataxiques se rencontrent quelquefois (Obs. I de Guillain-Barré, 4 obs. de Guillain en 1936). Ils siègent aux membres inférieurs et aux membres supérieurs comme dans le tabès et dans certaines polynévrites diphtériques. Ils se présentent sous forme d'ataxie statique et cinétique. Ils prennent parfois une importance telle, qu'ils dominent le tableau clinique. J. Sabrazès et M. Bergougnan ont observé un cas de polynévrite dont le début avait été marqué par une ataxie franche, d'allure tabétique, apparue rapidement. Ageon, dans sa thèse (Ataxie polynévritique avec dissociation albumino-cytologique) rapporte un cas probant de pseudotabès, au cours d'une polyradiculonévrite primitive.

Ranck et Poumeau-Delille ont présenté à la Société de Neurologie « un cas d'ataxie aiguë, polynévritique curable avec dissociation albuminocytologique ».

Boudin signale, dans son travail, une forme pseudotabétique, qu'il considère d'ailleurs comme très rare.

L'aspect pseudo-tabétique de cette ataxie s'explique assez bien, puisque, dans bon nombre d'observations, on note des altérations de la sensibilité profonde.

C'est en visant de tels faits que Riser, Menil, Planques distinguent les ataxies d'origine polynévritique et les ataxies cérébelleuses primitives.

Dans une observation de Van Bogaert et R. Dubois, on vit apparaître d'abord une ataxie d'origine polynévritique et, plus tard, une ataxie cérébelleuse (tremblement d'attitude).

Sur les 9 cas de Van Bogaert et ses collaborateurs, deux ont présenté au cours de l'évolution de la maladie la décomposition du geste, le même tremblement intentionnel qui disparurent progressivement.

Cette phase cérébelleuse, au cours de l'ataxie du syndrome Guillain-Barré, est un fait qui nous paraît devoir être retenu.

Il est possible de rattacher à l'entité Guillain-Barré certaines observations, où prédomine une ataxie cérébelleuse aiguë, avec quelques atteintes de paires craniennes, une modification des réflexes, des algies, une dissociation albuminocytologique du L.C.R., et dont l'évolution se fait vers la guérison.

B) Formes pseudo-myopathiques. — C'est un type bien particulier, sur lequel Bériel a attiré l'attention. C'est la localisation possible et prédominante des troubles moteurs à la racine des membres avec intégrité relative des extrémités, donnant au malade l'aspect d'un myopathique, incapable ou tout au moins éprouvant une grande difficulté à se relever sans appui, s'il est couché ou à genou, alors que la musculature du segment distal des membres inférieurs ne paraît pas touchée et que la marche et la station debout sont possibles. Si cette forme est bien individualisée, nous devons cependant reconnaître qu'il n'est pas rare de trouver dans le tableau habituel une très légère prédominance à la racine par rapport aux extrémités.

Le type est parfois tellement prononcé que se pose le diagnostic avec une myopathie. Mais dans le cas de polyradiculonévrite, le début est subaigu, l'évolution plus rapide, les réflexes idiomusculaires conservés, les réflexes tendineux abolis, les troubles sensitifs associés, la pression des masses musculaires douloureuse, la dissociation albuminocytologique du L.C.R. très nette, enfin les antécédents familiaux absents.

Pareil tableau clinique a été retrouvé par Barré, qui insiste sur la conservation de la force des avant-bras contrastant avec la faiblesse du deltoïde, par Dumolard, Massouy, par Van Bogaert, par nous-mêmes.

(A suivre.)

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LES BASES DE LA RATION ALIMENTAIRE DANS LA SECONDE ENFANCE (1)

par M. L. Babonneix,
Médecin du service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

Dans la seconde enfance, la ration alimentaire doit être envisagée du point de vue qantitatif et qualitatif.

La notion **quantitative** est aisée à exprimer. Il faut que la ration calorique couvre deux ordres de dépenses : dépenses de fond, dépenses de fonctionnement.

La *dépense de fond*, dite encore *métabolisme basal, dépense minima d'énergie* (Lefèvre), représente, comme on sait, la quantité de chaleur dégagée par un sujet normal, à jeun, au repos et placé dans les conditions thermiques les meilleures ; c'est encore, si l'on veut, la quantité de chaleur strictement nécessaire au maintien de la vie.

Pour Du Bois, le métabolisme basal atteint son maximum (60 C. par mètre carré et par heure) vers 5 ans. Vers 12 ans, il est de 50. La chute continue, mais plus lente, jusqu'à 15 ans, où il est, en moyenne, de 45. Il est plus bas chez les filles que chez les garçons et subit une poussée aux approches de la puberté. Ces chiffres sont contestés par Benedikt et Talbot et par P. Janet, qui trouvent des chiffres inféreurs à ceux de Du Bois.

A la dépense d'entretien s'ajoutent des *dépenses de fonctionnement : alimentation*, qui accroît le M. B. de 20 (Benedikt et Talbot) à 42 p. 100 (Hoobler), et ce, d'autant plus qu'elle contient davantage de protides ; *travail musculaire :* jeux, sports, activité physique ; *thermorégulation* utilisant, et la respiration d'eau par les poumons et par la peau (régulation physique), et l'accroissement des combustions (régulation chimique), et, surtout, les *dépenses de croissance.*

Appliquons ces données à l'enfant.

Pour le professeur P. Nobécourt, les besoins d'entretien peuvent être fixés à 14 ou à 15 C. par dcmq, selon qu'il s'agit de sujets pesant plus ou moins de 30 kilogrammes. Si l'on se rappelle que la surface spécifique S/P est la sur-

(1) Cf. L. Babonneix, Les régimes chez l'enfant. Paris, 1937, in-8°, 591 p., Masson. — Ed. Lesné et J. Huber, L'hygiène alimentaire de la deuxième enfance et de l'âge scolaire, *XIIe Session de l'Association internationale pour la protection de l'enfance*, Paris, 11-12 juillet 1937. — P. Nobécourt, Quelques considérations sur l'alimentation dans la moyenne et la grande enfance, *Presse médicale*, 5 novembre 1919, p. 553, 655.

face en décimètres carrés (S) correspondant à 1 kilogramme de poids corporel (P), et qu'elle est de 4 dmq de 2 à 14 ans, il suffit pour calculer le nombre de calories rayonnées en 24 heures pour 1 kilogramme de corps, de multiplier la surface spécifique par 14 ou par 15, selon le poids : on obtiendra ainsi les chiffres de 60 calories (15 × 4) de 12 à 29 kilogrammes, et de 56 (14 × 4) de 29 à 40.

Les *besoins de croissance* sont faciles à déterminer si l'on admet qu'un gramme d'augmentation de poids corporel correspond à 2 calories. Pour avoir le chiffre de calories de croissance, il suffit, en effet, de multiplier par 2 le chiffre indiquant l'augmentation quotidienne de poids. On arrive ainsi, en gros, par jour et par kilogr., à 0 C. 5 pour les enfants de 13 à 29 kilogr., de 1 C. pour les enfants pesant 30 kilogr. et plus.

Quant aux besoins de *calories de travail*, on peut les évaluer à 3 C. par kilogramme et par jour.

Rien de plus aisé, donc, que de chiffrer le besoin global de calories par kilogramme et par jour.

Poids	Entretien	Croissance	Travail	Total
De 13 à 29 kg (4 à 12 ans).	60	0,5	3	63,5
De 30 à 39 kg (12 à 14 ans).	56	1	3	60
A partir de 40 kg (14 ans).	49	1	3	53

Pour MM. Ed. Lesné et J. Huber, cette ration doit atteindre 80 à 100 C. par kilogramme.

Quant à la notion **qualitative**, elle peut s'exprimer ainsi : l'organisme des enfants a besoin d'*éléments variés et équilibrés entre eux*, les diverses substances alimentaires n'étant pas interchangeables. Bien que toutes les lois de cet équilibre, parfaitement étudié par M. R. Lecoq, Mme Randoin et M. H. Simonnet, ne soient pas encore connues, voici celles qui semblent hors de toute contestation :

1° Entre glucides, lipides et protides doit exister un équilibre tel qu'il y ait 55 p. 100 des premiers, 30 p. 100 des seconds, 15 p. 100 des derniers (Ed. Lesné et J. Huber).

2° *Entre chacune de ces variétés d'aliments doit exister un équilibre.*

Les *glucides* doivent être équilibrés entre eux de manière à contenir : 1° des sucres vivants, empruntés aux fruits, plutôt que le sucre blanc, trop purifié, trop raffiné ; 2° des amylacés ; 3° des celluloses jouant le rôle de substances de lest.

Les *protides animaux* doivent figurer dans le régime en même quantité au moins que les protides végétaux (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée). Ils favorisent, en effet, la croissance (Ed. Lesné et R. Clément) ; ils jouissent, sous un petit volume, d'un pouvoir alimentaire élevé.

Les protides végétaux doivent être associés entre eux et, autant que possible, mélangés au lait.

Les *lipides* végétaux, étant très pauvres en vitamines, doivent laisser la première place aux lipides animaux : beurre, lard, graisse d'oie, jaune d'œuf.

3° *Les sels minéraux sont indispensables à l'enfant normal :* il faut que l'alimentation en contienne le plus grand nombre et qu'il n'y en ait ni trop ni trop peu. Ils sont apportés surtout par les légumes, les fruits, les végétaux.

4° Il en est *de même des vitamines :* vitamine A, surtout contenue dans les graises et huiles de poissons, le beurre, le jaune d'œuf; vitamines B, que l'on trouve dans les aliments riches en noyaux cellulaires (levure) et, aussi, dans les enveloppes et dans les germes des graines ; vitamine C, qui existe en abondance dans les fruits et dans les légumes verts ; vitamine D, qui existe, en grande abondance, dans les foies de poisson.

5° Mêmes réflexions en ce qui concerne certains *amino-acides* qui doivent, de toute nécessité, figurer dans l'alimentation en quantité suffisante (*loi du minimum* d'Osborne et Mendel), les uns indispensables à l'entretien : tryptophan et histidine ; les autres indispensables à la croissance : histidine, cystine, lysine et glutathion, contenus, pour la plupart, dans les aliments d'origine animale.

Ajoutons, avec MM. Ed. Lesné et J. Huber, qu'à côté des aliments *utiles*, il existe des aliments *nuisibles :* plats faisandés, alcool, vin pur, café fort, thé fort, sauces épicées, fritures, mollusques, coquillages, surtout si leur provenance n'est pas connue.

DOCUMENTS OFFICIELS

ÉCOLES DE MÉDECINE

Le *Journal officiel* du 25 août publie les décrets suivants :

Ecoles de plein exercice de médecine et pharmacie.

« *Art.* 1er. — Peuvent être nommés professeurs titulaires et chargés de cours dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie :

I. — Aux chaires de pathologie et de clinique médicales, chirurgicales et obstétricales : les docteurs en médecine.

II. — Aux chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie :

a) Les docteurs en médecine ; *b)* les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur.

III. — Aux chaires de physique et de chimie :

a) Les docteurs en médecine ; *b)* les docteurs ès sciences physiques inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ; *c)* les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien.

IV. — Aux chaires d'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine ; *b)* les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ; *c)* les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien.

V. — Aux chaires de pharmacie et de matière médicale :

a) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ; *b)* les pharmaciens docteurs ès sciences physiques ou ès sciences naturelles.

Art. 2. — Les professeurs suppléants sont nommés au concours. Le concours est ouvert devant une faculté de médecine, une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou une faculté de pharmacie. Le siège du concours est fixé par le ministre.

Peuvent prendre part au concours :

a) Les docteurs en médecine ;

b) Les pharmaciens.

Peuvent être nommés sans concours professeurs suppléants :

I. — Aux chaires de pathologie et de clinique médicales, chirurgicales et obstétricales : les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine, dans les sections correspondantes.

II. — Aux chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie :

a) Les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine dans la section correspondante ;

b) les docteurs es sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur.

III. — Aux chaires de physique et de chimie :

a) Les docteurs en médecine licenciés ès sciences physiques ;

b) Les docteurs ès sciences physiques inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

d) Les pharmaciens licenciés ès sciences physiques.

IV. — Aux chaires d'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine licenciés ès sciences naturelles ;

b) Les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

d) Les pharmaciens licenciés ès sciences naturelles.

V. — Aux chaires de pharmacie et de matière médicale : les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien.

Les professeurs suppléants sont nommés pour une période de neuf ans. Après l'expiration du temps légal d'exercice, le ministre peut, sur la proposition du directeur de l'école et du recteur de l'Académie, maintenir en fonctions un professeur suppléant et même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 3. — Les chefs de travaux sont nommés au concours. Le concours est ouvert devant l'école où les emplois sont vacants. Peuvent prendre part au concours en vue d'être nommés chefs des travaux :

I. — D'anatomie, d'histologie et de physiologie : les docteurs en médecine.

II. — De physique, de chimie et d'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine ;

b) Les pharmaciens ;

c) Les licenciés ès sciences physiques et les licenciés ès sciences naturelles.

Peuvent être nommés, sans concours, chefs des travaux :

I. — D'anatomie, de médecine opératoire, d'histologie et de physiologie : les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine dans les sections correspondantes.

II. — De physique et de chimie :

a) Les docteurs en médecine licenciés ès sciences physiques ;

b) Les docteurs ès sciences physiques inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

d) Les pharmaciens licenciés ès sciences physiques.

III. — D'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine licenciés ès sciences naturelles ;

b) Les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

d) Les pharmaciens licenciés ès sciences naturelles.

Les chefs de travaux sont nommés pour neuf ans.

Les fonctions de chefs de travaux ne peuvent être cumulées avec celles de professeur suppléant.

Les dispositions du présent décret auront effet du 1er octobre 1938. Sont et demeurent rapportées toutes dispositions antérieures contraires.

Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie

Art. 1er. — Les articles 4, 5 et 7 du décret du 1er août 1883, portant réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, modifiés par le décret du 20 février 1907 et complétés par le décret du 3 septembre 1908, sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 4. — Les professeurs suppléants sont nommés au concours. Le concours est ouvert devant une faculté de médecine, une faculté mixte de médecine et de pharmacie. Le siège du concours est fixé par le ministre.

Peuvent prendre part au concours :

I. — Pour les chaires de pathologie et de clinique médicales, chirurgicales et obstétricales : les docteurs en médecine.

II. — Pour les chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie : les docteurs en médecine.

III. — Pour les chaires de physique et de chimie ;

a) Les docteurs en médecine ;

b) Les pharmaciens.

IV. — Pour les chaires d'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine ;

b) Les pharmaciens.

V. — Pour les chaires de pharmacie et de matière médicale : les pharmaciens.

Peuvent être nommés, sans concours, professeurs suppléants :

I. — Aux chaires de pathologie et de clinique médicales, chirurgicales et obstétricales : les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine dans les sections correspondantes.

II. — Aux chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie :

a) Les docteurs en médecine, admissibles à l'agrégation des facultés de médecine dans la section correspondante ;

b) Les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur.

III. — Aux chaires de physique et de chimie :

a) Les docteurs en médecine licenciés ès sciences physiques ;

b) Les docteurs ès sciences physiques inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

d) Les pharmaciens licenciés ès sciences physiques

IV. — Aux chaires d'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine licenciés ès sciences naturelles ;

b) Les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

d) Les pharmaciens licenciés ès sciences naturelles.

V. — Aux chaires de pharmacie et de matière médicale : les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien.

Les professeurs suppléants sont nommés pour une durée de neuf ans. Après l'expiration du temps légal d'exercice, le ministre peut, sur la proposition du directeur de l'école et du recteur de l'académie, maintenir un suppléant en fonctions, et même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 5. — Les chefs de travaux sont nommés au concours. Le concours est ouvert devant l'école où les emplois sont vacants.

Peuvent prendre part au concours de chefs de travaux :

I. — Pour l'anatomie, l'histologie et la physiologie : les docteurs en médecine.

II. — Pour la physique, la chimie et l'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine ;

b) Les pharmaciens ;

c) Les licenciés ès sciences physiques ou ès sciences naturelles.

Peuvent être nommés sans concours chefs de travaux :

I. — D'anatomie, de médecine opératoire, d'histologie et de physiologie : les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des facultés de médecine dans les sections correspondantes.

II. — De physique et de chimie :

a) Les docteurs en médecine licenciés ès sciences physiques ;

b) Les docteurs ès sciences physiques inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

d) Les pharmaciens licenciés ès sciences physiques.

III. — D'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine licenciés ès sciences naturelles ;

b) Les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

d) Les pharmaciens licenciés ès sciences naturelles.

Les chefs de travaux sont nommés pour une période de neuf ans. Les fonctions de chefs de travaux ne peuvent pas être cumulées avec celles de suppléants.

Art. 7. — Peuvent être nommés professeurs titulaires et chargés de cours :

I. — Aux chaires de pathologie et de clinique médicales, chirurgicales et obstétricales : les docteurs en médecine.

II. — Aux chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie :

a) Les docteurs en médecine ;

b) Les docteurs ès sciences physiques inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur.

III. — Aux chaires de physique et de chimie :

a) Les docteurs en médecine ;

b) Les docteurs ès sciences physiques inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien.

IV. — Aux chaires d'histoire naturelle :

a) Les docteurs en médecine ;

b) Les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur ;

c) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien.

V. — Aux chaires de pharmacie et de matière médicale :

a) Les titulaires du diplôme supérieur de pharmacien ;

b) Les pharmaciens docteurs ès sciences physiques ou ès sciences naturelles.

Art. 2. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur le 1er octobre 1938.

Sont rapportées les dispositions du décret du 20 février 1907 relatif aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et généralement toutes dispositions contraires antérieures au présent décret.

La tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains et la vaccination anti-tuberculeuse, par L. Sayé, professeur de phtisiologie à l'Université de Barcelone. Un vol. de 256 pages, avec 88 figures. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 60 francs.

LIVRES NOUVEAUX

La douleur en gastro-entérologie, par Maurice Delort et Roger Savignac. Préface de P. Le Noir. Sélection médicale et scientifique.

Les auteurs font une étude détaillée :

1° Des principes ;

2° Des applications des différents moyens thérapeutiques qui tendent à supprimer la douleur en gastro-entérologie.

Cette séparation entre les principes et les applications nous paraît un des signes du modernisme du livre.

Ils ont cherché en effet à réagir contre l'habitude d'appliquer un remède parce qu'on l'a vu réussir, sans avoir cherché à connaître pourquoi il réussit.

C'est ce qu'apporte de particulier et de très nouveau la conception de cet ouvrage de volume restreint, qui sous une forme très résumée traite complètement de la question.

La préface du docteur Le Noir apporte le témoignage de ceux qui ont déjà et depuis longtemps travaillé.

L'année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux (douzième année, 1937), par le docteur A. Ravina. Un volume de 202 pages, 25 fr. — Masson et Cie, éditeurs.

Résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1937, tant en France qu'à l'étranger.

Une infinité de médicaments nouveaux s'offrent, chaque année, au praticien, rendant difficile, par leur abondance même, l'étude de leurs indications et de leurs effets, et en dépit de la multiplication des moyens d'information médicale : journaux, analyses, congrès, bien des méthodes de traitement restent confinées à un pays et la diffusion d'une découverte d'ordre thérapeutique est parfois très lente.

Un ouvrage comme celui-ci peut donc, d'une part, contribuer à faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile ; d'autre part, indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie : 1° les maladies et les symptômes (32 traitements nouveaux) concernant entre autres : les abcès du poumon, les abcès du rein, les angines aiguës, l'angine de poitrine, l'asthme, les brûlures, les embolies artérielles, la morphinomanie, la paralysie diphtérique, la pneumonie, le tabès, l'urémie, le zona, etc. ;

2° Les méthodes et techniques (7 sujets traités) concernant : l'anesthésie, l'auto-hémothérapie, la pyrétothérapie, la radiothérapie, la transfusion, etc. ;

3° Les médications et régimes (12 études) concernant l'acide mandélique, les barbituriques, la folliculine, l'insuline, la novocaïne, le para-aminophénylsulfamide, les vitamines B et C, etc.

L'ouvrage se termine par une table alphabétique des matières contenues dans les 6 volumes précédents.

La continuité de ce travail qui depuis plusieurs années paraît régulièrement à la même date, permet à tout praticien de trouver en quelques minutes la méthode thérapeutique qu'il cherche et de se reporter au volume de l'année où cette thérapeutique est décrite et appréciée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.



N° 74. - MERCREDI 14 SEPTEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Daumezon, appelé à un autre poste.

Distinctions honorifiques. — CROIX DES SERVICES VOLONTAIRES. Le *Journal Officiel* du 9 septembre 1938 publie (pagination spéciale, p. 59 à 66) la liste des médecins de l'active et de la réserve auxquels est décernée la Croix des Services volontaires.

Guerre. — M. le médecin colonel Dornier, sous-directeur du service de santé de la 14e région, est nommé directeur du service de santé de la 2e région.

M. le médecin colonel Courboules, sous-directeur du servide de santé de la 18e région, est nommé directeur du service de santé de la 13e région.

M. le médecin général Frontgous, membre du Comité consultatif de Défense des Colonies, est nommé directeur adjoint du service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

M. le médecin colonel Bergeret, médecin-chef de l'hôpital militaire de Grenoble est nommé sous-directeur du service de santé de la 14e région.

M. le médecin colonel Anglade, médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles, est nommé sous-directeur du Service de santé de la 6e région.

M. le médecin colonel Lombardy, à la 7e direction, est nommé adjoint au directeur du Service de santé au Ministère de la Défense nationale.

Semaine internationale contre le Cancer. — MM. Hyacinthe Vincent et Louis Martin sont désignés pour représenter l'Académie des Sciences à la Semaine internationale contre le Cancer, organisée par l'Union internationale contre le Cancer, pour l'automne 1938.

Un appel aux femmes médecins de l'agglomération berlinoise. — On mande de Berlin au *Temps*.

Un appel aux femmes allemandes docteurs en médecine, les invitant à prendre dès maintenant les dispositions nécessaires pour servir dans les hôpitaux auxiliaires, en cas d'épidémies, de catastrophes ou de guerre, conformément à la troisième ordonnance sur l'application de la loi d'unification du service dè santé du 3 juillet 1934, sera adressé ces jours-ci aux intéressées établies dans l'agglomération berlinoise par le conseiller d'État prussien Conti.

Dès maintenant, cet appel est annoncé aux femmes docteurs berlinoises par le docteur Lœllke, chef de la Chambre des Médecins berlinois. Il invite les doctoresses à donner suite immédiatement à l'appel du docteur Conti, dans l'intérêt du peuple et de la patrie. Il souligne que toutes les femmes docteurs allemandes qui ont les capacités voulues doivent se mettre à la disposition des hôpitaux, dans la mesure où elles ne sont pas déjà affectées ailleurs pour le même but.

Institut de Médecine coloniale de la Faculté de Médecine de Paris. — L'Institut de Médecine coloniale a été créé pour

donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1938 commencera le 3 octobre et sera terminée en décembre. A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoires sont donnés à la Faculté de Médecine (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine). L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Bouffard, Darré, Tanon, Lavier.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur : M. Robert Debré.

Ophtalmologie. — Professeur : M. Terrien.

Hygiène et épidémiologie exotique. — Professeurs : MM. H. Benard, Lemierre, Bouffard, Langeron, Tanon, Pozerski.

Maladies cutanées. — Professeur : M. Gougerot.

Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lenormant.

Règlements sanitaires. — Professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue du Docteur-Roux).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de Médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ;

2° Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ;

3° Les docteurs étrangers pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de Médecine de Paris ;

4° Les étudiants en médecine des facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Droits à verser : Un droit d'immatriculation, 150 francs. — Un droit de bibliothèque, 60 francs. — Droits de laboratoires (parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 francs. — Deux examens gratuits.

Conditions d'admission : Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Le XIe Congrès international de Chirurgie aura lieu du 18 au 22 septembre, à Bruxelles, sous la présidence du professeur R. MATAS, de la Nouvelle-Orléans.

Voici le programme du Congrès.

Dimanche soir, 18 septembre : Soirée de prise de contact ; réception offerte par la Société belge de Chirurgie (toilette de voyage), hôtel Métropole.

Lundi 19 septembre : 8 h. 30 : Séance du Comité international au Palais des Académies, place des Palais.

10 h. 30 : Séance solennelle d'inauguration au Palais des Académies.

14 h. 30 à 17 h. 30 : Première séance scientifique à la Faculté de Médecine, boulevard de Waterloo, 115. Première question : *Traitement chirurgical de l'hypertension : a)* introduction par le professeur Pende (Rome) ; *b)* problème physiologique du point de vue chirurgical : Dr Wertheimer (Lyon) ; *c)* indications du traitement chirurgical et résultats cliniques : Professeur Alessandri et Dr Valdoni (Rome) ; *d)* techniques et résultats : Dr Peet (Ann-Arbor).

18 heures : Réception à l'Hôtel de Ville offerte par le Collège des Bourgmestre et Échevins de la Ville de Bruxelles. 21 heures : Soirée offerte aux congressistes par le président du Congrès.

Mardi 20 septembre : 8 à 12 heures : Opérations dans les hôpitaux.

14 à 18 h. 30 : Deuxième séance scientifique à la Faculté de Médecine. Deuxième question : *Greffes Osseuses : a)* introduction par le professeur Cuneo (Paris) ; *b)* études biologiques : Professeur Albert (Liége) ; *c)* G. O. dans les traumatismes récents et les pseudarthroses : Dr Platt (Manchester) et professeur Demel (Vienne) : *d)* G. O. dans la tuberculose osseuse et articulaire : Dr Svante Orell (Stockholm) ; *e)* G. O. dans les dystrophies osseuses et les tumeurs : Dr Phemister (Chicago) ; *f)* G. O. dans les arthrites chroniques : Professeur Kappis (Wurzburg). 20 heures : Représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie.

Mercredi 21 septembre : 8 à 12 heures : Troisième séance scientifique à la Faculté de Médecine. Fin de la deuxième question.

14 à 15 h. 30 : Assemblée générale.

15 h. 30 à 18 h. 30 : Quatrième séance scientifique ; Troisième question : *Traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon : a)* introduction par le professeur Sauerbruch (Berlin) ; *b)* conditions physiologiques de la chirurgie pulmonaire : Professeur Costantini (Alger) ; *c)* techniques générales : Professeur José Arcé (Buenos-Ayres) ; *d)* méthodes et résultats des opérations pour tumeurs : Professeur Forni (Venise) ; *e)* méthodes et résultats des opérations pour kystes : Professeur Baggio (Pise). Soirée : Réceptions privées par invitations.

Jeudi 22 septembre : 8 à 12 heures : Matinée opératoire.

14 à 18 heures : Cinquième séance scientifique : Fin des questions inachevées. 20 heures : Banquet de clôture.

Pendant les séances scientifiques, des visites guidées seront organisées pour les dames dans les musées, les principaux monuments et les environs de la ville. Les dames seront, de plus, invitées à toutes les soirées.

Secrétariat du Congrès, Faculté de Médecine, boulevard de Waterloo, 115, Bruxelles.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Marius Mozer, ancien interne des hôpitaux de Paris (1914), chef de laboratoire de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

— Le docteur Léon Rousseau-Saint Philippe (de Bordeaux), vice-président du Comité national de l'Enfance.

SYNDROME NEURO-ANÉMIQUE

Considérations pathogéniques, Traitement par la Vitamine B_1

Par M. R. MASSIÈRE
Médecin des hôpitaux de Bordeaux

L'Hépatothérapie par la méthode de Whipple, Minot et Murphy permet d'obtenir des résultats remarquables dans le traitement de la Maladie de Biermer et a transformé le pronostic de cette anémie pernicieuse qui se terminait autrefois inexorablement par la mort.

Mais les complications neuro-anémiques si fréquentes et si graves sont-elles aussi accessibles au traitement par le foie de veau que l'anémie elle-même ?

N'existe-t-il pas d'autres moyens thérapeutiques d'aborder avec efficacité ces troubles nerveux ? La maladie étudiée dans ce travail a permis de réaliser une de ces nombreuses expériences cliniques que la pathologie offre si souvent au médecin, et de montrer que la vitamine B_1 doit être systématiquement utilisée pour traiter les complications neurologiques de la Maladie de Biermer.

Ce traitement du syndrome neuro-anémique par la vitamine B_1 se justifie non seulement par ses résultats, mais par des considérations physio-pathologiques.

Observation. — Mad. C., 42 ans.

Le début de la maladie remonte à 4 ans environ. Il se fit par les signes habituels de l'anémie pernicieuse. La malade ressentait de la lassitude et devenait incapable de tout effort. Elle était essoufflée et présentait des palpitations, en même temps apparaissait une anorexie progressive, avec dégoût électif pour la viande.

L'examen montrait des téguments et des muqueuses décolorées, un cœur installé avec des souffles anémiques. Le visage était légèrement bouffi, les membres inférieurs s'infiltraient d'œdème. Il n'existait ni adénopathie, ni splénomégalie. L'examen radiographique de l'estomac, état négatif. La recherche des parasites dans les selles ne donnait aucun résultat. Le taux de l'urée sanguine était de 0,25. Les urines contenaient un peu d'urobiline. Les réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn, de Meinicke étaient franchement négatives. Les examens hématologiques donnèrent les résultats suivants :

5 octobre 1934. — Hématies, 1.508.000, anisocytose, pas de réticulocytes, quelques mégaloblastes, valeur globulaire 1,7. Leucocytes 7.200.

Il s'agissait d'une maladie de Biermer. Un traitement par l'hépatrol buvable et par des piqûres de tryptophane-histidine fut institué.

8 janvier 1935. — Hématies, 1.808.000, quelques réticulocytes, rares mégaloblastes, valeur globulaire 1,7.

12 mars 1935. — Hématies, 1.120.000 Valeur globulaire 2,5 ; leucocytes, 6.000.

L'anémie s'étant considérablement aggravée, on fit des piqûres quotidiennes d'extrait injectable de foie de veau, d'une activité égale à celle de 500 gr. de foie per os. En même temps, la malade, dont l'anorexie était absolue, prit de la solution chlorhydrique.

10 avril 1935. — Hématies, 1.920.000 ; réticulocytose, quelques mégaloblastes. Valeur globulaire, 1,5 ; leucocytes, 5.500.

Les piqûres d'extrait de foie sont continuées.

29 mai 1935. — Hématies, 3.112.000 ; réticulocytes nombreux. Valeur globulaire, 1,2 ; leucocytes, 7.700.

27 juin 1935. — Hématies, 4.136.000. Valeur globulaire, 1,02.

25 juillet 1935. — Hématies, 5.112.000. Valeur globulaire, 0,86 ; leucocytes, 6.200.

La malade cesse les piqûres et se traite par l'extrait de foie buvable, et l'extrait de muqueuse d'antre pylorique.

23 septembre 1935. — Hématies, 3.680.000, quelques mégaloblastes. Valeur globulaire, 1,15 ; leucocytes, 3.700.

31 octobre 1935. — Hématies, 2.600.000.

Les troubles neuro-anémiques font leur apparition. La malade se plaint d'engourdissement et de fourmillements dans les membres inférieurs qui lui paraissent lourds et difficiles à mouvoir. La démarche est légèrement ataxique. Les réflexes tendineux sont vifs. L'appétit est presque nul, l'anorexie élective pour la viande a reparu. Pour arrêter cette rechute, on reprend les piqûres d'extrait injectable de foie.

7 décembre 1935. — Hématies, 3.200.000.

22 février 1936. — Hématies, 3.850.500 ; leucocytes, 5.830.

20 septembre 1936. — Hématies, 4.450.000 ; leucocytes, 6.800.

Malgré l'amélioration considérable de l'anémie, les troubles neuro-anémiques ont beaucoup augmenté. Les dysesthésies sont intenses. L'ataxie gêne beaucoup la marche. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont très vifs, il existe du clonus du pied et de la rotule. Le signe de Babinski est ébauché à droite. L'appétit est bon.

On continue les piqûres d'extrait de foie, la solution d'acide chlorhydrique et on ajoute de la levure de bière, pour donner à la malade de la vitamine B_1 en grande quantité.

18 janvier 1937. — Hématies, 3.950.000.

4 avril 1937. — Hématies, 4.000.000.

Malgré l'amélioration de l'anémie, les troubles neuro-anémiques ne cessent de progresser. L'ataxie est intense, immobilisant presque totalement la malade.

On poursuit les injections d'extrait de foie, et on injecte chaque jour 0,01 de vitamine B_1.

14 novembre 1937. — Hématies, 4.215.000 ; leucocytes, 6.450.

La malade se sent très améliorée. Les dysesthésies ont presque disparu. L'ataxie a régressé, la malade peut se tenir debout et faire quelques pas. La spasticité est moindre, il n'y a plus de Babinski.

20 décembre 1937. — Hématies, 4.280.000. Valeur globulaire, 0,91 ; leucocytes, 6.700.

Les troubles neurologiques continuent à s'améliorer. La malade peut marcher. Il n'y a plus de clonus. Se sentant beaucoup mieux, la malade qui se plaint des piqûres d'extrait de foie qui sont très douloureuses, les cesse complètement, mais continue les piqûres de vitamine B_1 qui sont indolores.

A la fin du mois de mars 1938, la malade est revue d'extrême urgence. Elle présente une dyspnée intense, un pouls à 130, les téguments et les muqueuses sont complètement décolorées. Hématies : 1.400.000.

On effectue une transfusion de 500 cc. qui donne une amélioration très nette, ce qui permet de reprendre l'extrait de foie injectable, sans cesser les piqûres de vitamine B_1. Malgré la rechute extrêmement grave de l'anémie, on constate dès que la malade a repris quelques forces, que l'amélioration des troubles neuro-anémiques a persisté. Le 15 juin 1938, la réparation globulaire est presque totale. Hématies, 4.200.000. Il n'y a plus de dysesthésie. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont encore vifs,

mais il n'y a pas de clonus. L'ataxie est légère, la malade peut marcher et sortir.

Une première observation résulte immédiatement de l'étude de notre malade. Ce traitement par l'extrait de foie injectable à fortes doses donna les meilleurs résultats pour l'anémie ; il détermina, en effet, une réaction réticulocytaire qui porta le nombre des hématies de 1.120.000 à 5.100.000 en quatre mois au début de la maladie, et qui par la suite permit de réparer les diverses rechutes qui se produisirent. Par contre l'action de l'hépatothérapie fut des plus médiocres sur les troubles résultant du syndrome neuro-anémique. Ces signes neurologiques furent hépato-résistants. Roger et Olmer citent des statistiques américaines comme celles de Goldhauer, Berthell, Isaac et Sturgis, Grinker et Kandel où le traitement des syndromes neuro-anémiques par les extraits de foie fut impuissant. Ces échecs de l'hépatothérapie sur les perturbations neurologiques furent également signalés par Laignel-Lavastine, Schwob et Gallot.

Dans la période d'anémie profonde les signes nerveux étaient réduits à des sensations dysesthésiques de fourmillements des extrémités inférieures ; plus tard parallèlement à l'amélioration et aux rémissions de l'anémie les troubles du système nerveux s'affirmèrent et progressèrent. Ces réparations de l'anémie ne s'opposèrent pas à l'extension des lésions sur le système nerveux. Il semble qu'il y ait en grande partie indépendance entre l'anémie et les perturbations d'ordre neurologique. Il existe des observations comme celles de Lombardi et de Cohen dans lesquelles les troubles du système nerveux apparurent après la guérison de l'anémie par la méthode de Whipple. L'anémie ne paraît pas être la cause unique et principale de l'atteinte du système nerveux dans la maladie de Biermer. Il est d'ailleurs facile de constater que beaucoup d'anémies profondes, en particulier les anémies aplastiques, laissent le système nerveux absolument intact. L'indépendance des altérations nerveuses et de l'anémie est encore démontrée par les formes non anémiques de la Maladie de Biermer. Il existe, en effet, des malades qui présentent d'emblée des troubles digestifs ou une atteinte du système nerveux et chez lesquels l'anémie n'apparaît que tardivement et parfois jamais. Dans ces formes l'authenticité du syndrome de Biermer est prouvée par la présence de mégalocytes et de mégaloblastes dans le sang. Ce sont des formes dissociées de la Maladie de Biermer ; elles sont intéressantes du point de vue doctrinal puisqu'elles démontrent que ce n'est pas l'anémie qui est la cause essentielle des troubles neuro-anémiques. A ces preuves cliniques s'ajoutent des raisons d'ordre expérimental. Strumza sur quatre-vingt quatorze chiens rendus profondément anémiques par des saignées répétées n'a pu produire que dans quatre cas des troubles nerveux.

L'achylie qui est constante dans la maladie de Biermer est-elle la cause des altérations du système nerveux ? L'étude des gastrectomies totales faites chez l'homme dans les cas d'ulcère et réalisées expérimentalement sur l'animal, montre que la suppression de la muqueuse gastrique entraîne presque toujours une anémie profonde et cependant il ne se produit pas de perturbations sur le système nerveux. Avec la réparation de l'anémie dans la Maladie de Biermer on constate la régression et la disparition des troubles gastriques, le malade retrouve un appétit normal, en particulier il n'a plus de dégoût pour la viande. C'est ce que l'on put observer chez notre malade ; cependant avec le retour de l'appétit qui coïncidait avec la réparation sanguine on ne constata aucune amélioration des troubles neuro-anémiques. Chez le Biermerien qui mange et dont la digestion est redevenue normale il est logique d'admettre que le facteur intrinsèque et le facteur extrinsèque de Castle ne font plus défaut ; la persistance de la myélopathie conduit à penser que les altérations du système nerveux ne sont pas dues dans la Maladie de Biermer à la disparition du facteur antianémique de la paroi gastrique ni à celle du facteur extrinsèque qui provient de l'action de l'acide chlorhydrique du suc gastrique sur la viande ingérée.

L'étude clinique de notre malade conduit donc aux conclusions suivantes :

1° Hépato-résistance des troubles neuro-anémiques;

2° Indépendance de l'anémie et du syndrome neuro-anémique ;

3° Absence de lien entre les manifestations nerveuses de la Maladie de Biermer et les troubles gastriques.

Comme l'écrit P. Chevallier l'anémie de Biermer apparaît donc comme une maladie totius-substantiae dans laquelle les lésions de la moelle osseuse ne constituent qu'une des localisations du processus pathologique. La déficience de l'hormone de Whipple Castle n'est qu'une des conséquences de la maladie ; il en est d'autres qui commencent à être étudiées, en particulier les carences en vitamines.

Mellanby a constaté l'absence de vitamine A dans le foie de certains sujets morts de Maladie de Biermer. Pour Mac-Callum, Minot et Murphy l'action du foie serait due à la vitamine A. Start Miller, Mac-Callum, Mellanby, sur des chiens et des porcs carencés en vitamine A, constatèrent des lésions médullaires. Gildea et Katwinkel soutinrent que la déficience en vitamine A n'était pas la seule et que la carence en vitamine B intervenait davantage encore dans la production des lésions médullaires. Cowgwill montra que les régimes pauvres en vitamine B déterminent chez l'animal des paraplégies spasmodiques.

Quelle est donc l'action de la vitamine B dans la maladie de Biermer ? Lassen et L. Wills ont essayé de traiter l'anémie pernicieuse par la vitamine B_2, ils n'eurent pas de résultat alors que les extraits de foie guérissaient l'anémie. La malade que nous avons étudiée reçut des doses considérables de vitamine B_1 en injection sans qu'il ait été possible de déceler la moindre action sur la réparation sanguine. Ces vitamines B_1 et B_2 semblent inactives sur la régénération globulaire ; mais on peut se demander si la vitamine B n'a pas une action sur les troubles neuro-anémiques. C'est ainsi que notre malade fut traitée par la vitamine B_1 dans la période où les signes d'atteinte médullaire étaient à leur maximum ; elle reçut pendant plusieurs mois une injection quotidienne de un centigramme de vitamine B_1. Alors que l'hépatothérapie avait été inopérante on constata une amélioration des

plus nettes au point de vue neurologique. L'ataxie qui était si considérable que la malade ne pouvait plus marcher régressa ; la marche devint possible ; la spasticité diminua considérablement, les réflexes devinrent beaucoup moins vifs, la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule disparut ; il n'y eut plus de dysesthésies.

Ce traitement des syndromes neuro-anémiques par la vitamine B_1 en injection n'a fait à notre connaissance l'objet d'aucune publication, sauf celle de Bickel qui préconisa le traitement par la vitamine B_1 dans les syndromes neuro-anémiques qui résistaient à l'hépatothérapie.

L'action si favorable de la vitamine B_1 dans le cas que nous rapportons permet-elle de penser que dans la Maladie de Biermer les altérations du système nerveux sont dues à la carence de cette vitamine ?

Il existe des analogies entre le syndrome neuro-anémique et les manifestations pathologiques que l'on considère actuellement comme des avitaminoses B.

Les mieux étudiées de ces avitaminoses B sont le béribéri, la pellagre, la polynévrite expérimentale. Dans ces affections il existe des troubles nerveux. Les sujets atteints de béribéri présentent des troubles de la sensibilité ; les réflexes exagérés au début sont ensuite diminués puis abolis. Dans la pellagre on constate des crampes dans les jambes, des contractures, de l'exagération des réflexes tendineux ; ces manifestations peuvent aller jusqu'à la paraplégie spastique avec ataxie marquée. Dans la polynévrite expérimentale du rat déterminée par la carence en vitamine B on observe des paralysies avec incoordination.

Ces similitudes des avitaminoses B avec le syndrome neuro-anémique se retrouvent également au point de vue anatomo-pathologique dans le syndrome neuro-anémique ; il existe des lésions des cordons postéro-latéraux de la moelle bien décrites par Van Gehrichter.

Comme l'écrit Lhermitte, la dégénérescence frappe avec prédilection le complexe cordonal situé sur un plan postérieur à celui qui passe transversalement par le canal de l'épendyme. Dans la pellagre humaine on a décrit des lésions hémorragiques de la partie postérieure de la moelle et dans la pellagre expérimentale du rat Stern et Findlay ont signalé des lésions analogues.

On peut encore noter des similitudes au point de vue thérapeutique entre l'anémie de Biermer et les avitaminoses B. Svend Petri, Oscar Wanscher, Else et Stubbe, Tegebjaerg de Copenhague ont traité avec succès des cas de pellagre par des préparations à base d'antre pylorique.

Ainsi donc les divers rapprochements que l'on peut faire entre les avitaminoses B et la Maladie de Biermer conduisent à l'idée que les manifestations neuro-anémiques tiennent pour une part à la carence de vitamine B_1. L'action de la vitamine B_1 utilisée à forte dose avec succès dans le cas que nous avons étudié tend encore à démontrer que les syndromes neuro-anémiques rentrent dans le cadre des avitaminoses B.

S'agit-il simplement dans la Maladie de Biermer d'un défaut d'absorption de la vitamine B_1 par suite de l'altération de la paroi gastrique. Il ne semble pas, car il n'y a aucun parallélisme entre la réapparition des fonctions de l'estomac signée par la reprise de l'appétit, et l'amélioration des perturbations nerveuses. Y aurait-il neutralisation de la vitamine B_1 par le suc gastrique, le suc duodéno-pancréatique ou le foie ? Ce n'est qu'une hypothèse ; cependant la vitamine B_1 donnée à notre malade par voie buccale n'avait donné aucun résultat ; l'amélioration ne se manifesta qu'à la suite des injections. La voie d'introduction parentérale de B_1 semble donc indispensable pour l'action de cette vitamine. Tout se passe comme si chez le biermerien la vitamine B_1 absorbée per os n'arrivait pas à l'utilisation cellulaire par le système nerveux. D'autre part, pour conserver les résultats acquis par les injections de vitamine B_1 dans les troubles neuro-anémiques, il est indispensable de continuer les piqûres ; il faut un traitement d'entretien un peu comparable à la cure insulinique chez les diabétiques.

Comment peut-on concevoir l'action de la vitamine B_1 sur le système nerveux ?

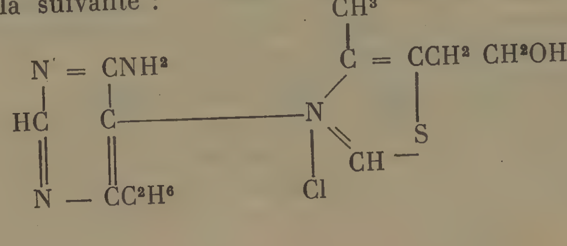
Des expériences déjà anciennes de L. Randoin et H. Simonnet (1922-1924) ont montré que les polynévrites chez les animaux carencés en vitamine B sont d'autant plus précoces que la quantité de glucides absorbée est plus grande. Comme l'a écrit L. Randoin il semble que l'organisme en l'absence de la vitamine B devient incapable d'utiliser les glucides ingérés ; il se produirait alors une accumulation de produits toxiques dérivés des glucides ou causés par leur non utilisation et ce serait la cause des polynévrites observées dans l'avitaminose B.

F. Toullec soutient que dans la Pellagre l'apport insuffisant en vitamine B empêchant le métabolisme complet des glucides, ce sont certains produits intermédiaires, comme l'acide lactique et l'acide pyruvique, qui détermineraient les lésions nerveuses. M. Labbé, Nepveux et Gringoire ont montré que l'action du complexe vitamine B augmente le glutathion qui joue le rôle de catalyseur dans le métabolisme des glucides. L. Randoin et Fabre avaient déjà montré que la carence en vitamine B entraîne la diminution de glutathion.

Les travaux récents sur la structure chimique de la vitamine B_1 donnent quelques précisions sur la difficile question de la fonction de cette vitamine.

Windaus a montré que la vitamine B_1 se composait d'un dérivé de la pyrimidine et d'un dérivé du thiazol. La synthèse de ce noyau thiazolique a été réalisée en 1936 par Williams ; il s'agit d'une amine soufrée pour laquelle on a proposé le nom d'aneurine.

La formule de la vitamine B_1 admise actuellement est la suivante :



P. Boulanger de Lille a récemment insisté sur la fonction du groupe alcoolique CH^2OH d'une chaîne latérale. Ce groupe serait esterifié par l'acide pyrophosphorique ; ainsi transformé il serait le co-ferment de la carboxylase diastase qui permet la décarboxylation de l'acide pyruvique. C'est ainsi que la vitamine B_1 interviendrait dans le métabolisme des glucides. Peters a d'ailleurs montré que dans les avitaminoses B_1 il y avait accumulation d'acide lactique et l'acide pyruvique dans le tissu nerveux.

P. Boulanger montre également le rôle de la vitamine B_1 comme accepteur d'hydrogène.

On sait le rôle considérable joué par les oxydations et les réductions dans les phénomènes de la vie.

Sous l'influence de déhydrases, des corps comme le glucose subissent une activation de l'hydrogène qui se fixe sur des accepteurs qui, ainsi réduits, donnent naissance à des corps de haut potentiel chimique. L'hydrogène se combine, d'autre part, avec l'oxygène de l'air par l'intermédiaire de transporteurs comme le glutathion et l'on sait que la carence en vitamine B provoque la diminution du glutathion.

On voit donc le rôle considérable joué par la vitamine B_1 dans certain métabolisme cellulaire et l'on conçoit ainsi que l'avitaminose B_1 puisse déterminer d'importantes perturbations dans le comportement anatomo-physiologique du système nerveux.

L'étude de ce syndrome neuro-anémique et son traitement par la vitamine B_1 amènent à un certain nombre de *conclusions* :

1° Il existe dans la Maladie de Biermer une certaine indépendance entre l'anémie et les troubles neuro-anémiques ;

2° Le syndrome neuro-anémique est hépato-résistant ;

3° Le syndrome neuro-anémique est accessible au traitement par la vitamine B_1 ;

4° La vitamine B_1 doit être introduite par la voie parentérale et de façon continue ;

5° La vitamine B_1 agirait comme co-ferment de la carboxylase et sur la quantité de glutathion.

Ainsi l'étude d'un cas de Maladie de Biermer avec syndrome neuro-anémique conduit naturellement à des considérations physiologiques et physico-chimiques qui démontrent une fois encore que la clinique mérite bien le nom de biologie clinique.

BIBLIOGRAPHIE

Biologie Médicale, mars 1934.
B. Bickel, *Sweiz. Med. Woch.*, n° 11, 13 mars 1937.
P. Chevallier, *Journal méd. franç.*, décembre 1937.
Dereux, *Socu méd. Hôp. Paris*, 3 mai 1929.
Lassen, *Am. Journ. of the Med.*, octobre 1934.
J. Lhermitte, *Gaz. Hôp.*, 25 mai 1935.
L. Randoin, *Monde méd.*, 1er juin 1936.
Henri Roger et Jean Olmer, Syndromes neuro-hématiques.
V. Strumza, *LXIXe Congr. des Soc. sav. de Montpellier*, séance du 17 avril 1936.
F. Toullec, *Soc. de Path. exotique*, 12 mai 1937.
L. Wills, *Lancet*, 1933.

RAPPORTS ENTRE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LES PROFESSIONS

Par M Paul FOUCAUD,
Médecin-chef de dispensaires,
Inspecteur adjoint d'hygiène, à Château-Thierry.

Il est toujours intéressant d'évaluer la pénétration de la tuberculose et d'en rechercher ses causes, sinon fondamentales, tout au moins favorisantes. Possédant dans les dispensaires antituberculeux une documentation abondante nous avons recherché quels étaient les métiers et professions où la tuberculose sévissait le plus et à quel degré chacun d'eux était atteint. Après avoir étudié les fiches du Dispensaire de Château-Thierry, que nous dirigeons depuis 1930, nous avons tenu compte seulement des cas où la tuberculose était confirmée soit par la présence de bacilles, soit par des signes cliniques et radiologiques suffisants pour affirmer la tuberculose, ou par l'évolution de cas suivis et examinés, pour la plupart, pendant plusieurs années. Bien que le Dispensaire fonctionne depuis 1920, nous n'avons fait des recherches qu'à partir de 1925, moment où la radioscopie et les examens de Laboratoire furent appliqués systématiquement à tous les consultants.

Nous n'avons retenu que les consultants de sexe masculin, âgés de plus de 18 ans de façon à ce qu'une période de cinq ans de travail se soit écoulée ; ayant noté les métiers de tous ces hommes examinés de 1925 à août 1938, nous avons relevé les cas de tuberculose pulmonaire et pleurale diagnostiqués. Sans vouloir prétendre à ce que le Dispensaire dépiste et suive tous les cas de la région suspects ou avérés de tuberculose, l'activité en est assez grande pour estimer, en comparant les statistiques de mortalité et de morbidité, que 80 % des tuberculeux y sont examinés au moins une fois, et ceci grâce à la collaboration du Corps médical. En effet, dans notre région l'entente est parfaite entre les médecins et le Dispensaire, et ceux-ci utilisent largement ses ressources en envoyant à peu près tous les malades pulmonaires aigus ou chroniques, en demandant des examens prophylactiques, ou des renseignements radiologiques, complément de diagnostic. De plus étant le seul centre de phtisiologie de la région, il nous est donné d'examiner des personnes de toutes conditions et de tous métiers.

*
* *

Sur un total de 2.293 hommes nous avons constaté que 1.666, soit 72,7 %, ne présentaient pas de signes cliniques ou radiologiques de tuberculose ; 627, soit 27,3 %, en étaient atteints.

Voici, classés par professions, l'ordre de fréquence des cas de tuberculose représentés dans ce tableau :

Professions	total	non tuberculeux	pour cent	tuberculeux	pour cent
Terrassiers, maçons.	138	93	67,6%	45	32,4%
Boutonniers	40	28	70 %	12	30 %
Professions libérales, employés de bureau, fonctionnaires	454	320	70,5%	134	29,5%

Ouvriers, manœuvres, cheminots....	626	445	71 %	181	29 %
Menuisiers.........	45	32	71,2%	13	28,8%
Agriculteurs, cultivateurs, vignerons....	609	445	73 %	164	27, %
Artisans, petits commerçants..........	235	184	78,3%	51	21,7%
Boulangers.........	34	28	82,2%	6	17,8%
Matelassiers........	12	10	83,4%	2	16,6%
Carriers, plâtriers, tailleurs de pierres.	69	59	85,5%	10	14,5%
Polisseurs de verres d'optique..........	31	27	87,1%	4	12,9%

En examinant ces chiffres, l'on constate que les *maçons et terrassiers* sont les travailleurs les plus atteints par la tuberculose pulmonaire et pleurale. Peut-être la poussière de ciment et de pierres a-t-elle quelque action favorisante, mais très légère ; la tuberculose est surtout provoquée par les conditions où travaillent ces ouvriers : toujours en plein air, par tous les temps, déplacements fréquents et éloignés les obligeant à manger froid et souvent sur le chantier même. L'alcoolisme ne semble pas en cause plus que d'habitude.

Il existe deux usines régionales de boutons et les ouvriers tuberculeux s'y trouvent en proportion élevée ; les *boutonniers* scient et polissent au tour et à la meule, le corozo et le bois ; or la poussière émise est très abondante, très fine, très légère et chaude ; la protection est difficile à réaliser parfaitement et la poussière est absorbée par l'ouvrier qui est obligé de se moucher fréquemment et de boire beaucoup ; l'éthylisme est observé. Les atteintes pulmonaires faites par ces poussières végétales sont à peine perceptibles chez les boutonniers sains ; mais la tuberculose prend dans les cas que nous avons observés, une forme fibro-caséeuse évolutive à marche extensive, non comparable aux formes tuberculeuses greffées parfois ou provoquées par les poussières siliceuses, qui tendent à la fibrose.

Les professions libérales, dans lesquelles sont compris les employés de bureau, les fonctionnaires, les commerçants et représentants, sont fortement atteintes par la tuberculose. La cause évidente réside en ce que ces carrières sont choisies assez souvent par des personnes de développement physique inférieur, à qui les travaux manuels sont interdits ; ils ont été parfois atteints antérieurement de tuberculose pulmonaire stabilisée ou viscérale en raison de quoi une occupation sans efforts physiques a été conseillée. (C'est pour éviter les indisponibilités et pensions non imputables au service que l'Etat exige depuis quelques années l'examen phtisiologique préalable de tous les candidats fonctionnaires.) De plus l'air confiné de certains locaux et bureaux, la promiscuité de tuberculeux ignorés, sont des causes supplémentaires de contamination.

La tuberculose est fréquente chez les *ouvriers d'usine* et les *manœuvres*, même dans les petites villes où le taudis, comme dans les bourgs d'ailleurs, est plus répandu qu'on le croit habituellement. Il faut ajouter le surmenage manuel, les ateliers malsains. Notre statistique est alourdie par les cas de tuberculose des employés de chemins de fer ; malgré un sévère examen médical pratiqué à l'entrée, la tuberculose est très fréquente ; on constate que l'éthylisme y sévit aussi abondamment.

Les *menuisiers* semblent souvent atteints ; on peut relever les ateliers généralement malsains, ouvert à tous les vents, et le travail fréquent à l'extérieur.

Les *agriculteurs, vignerons*, sont frappés dans des proportions plus élevées qu'on le croit en général. Les raisons en sont de plusieurs sortes : les cultivateurs de la région sud de l'Aisne sont en majorité petits et moyens propriétaires ; ils travaillent eux-mêmes et font travailler avec acharnement et opiniâtreté ; au moment des travaux annuels les journées sont de 16 et 18 heures ; le surmenage saisonnier amène une recrudescence des nouveaux cas de tuberculose en septembre et en octobre. Le paysan est assez négligent, se soigne peu et marche « jusqu'au bout », par nécessité et par fierté ; les paresseux sont rares et le cultivateur n'aime pas se reposer ; les petits propriétaires ne bénéficient pas des Assurances sociales, et pour eux la maladie atteint des proportions de calamité qu'ils préfèrent ignorer ; le médecin est demandé tardivement. De plus ils n'ont pas la facilité de consulter dans les hôpitaux, comme dans les grandes villes. Les femmes sont aussi souvent atteintes que les hommes par la tuberculose : elles travaillent autant. Cependant de plus en plus les campagnes s'éduquent, et leurs habitants viennent se faire examiner plus volontiers : la preuve en est donnée par leur fréquentation plus grande au Dispensaire.

La fréquence de la tuberculose diminue (21,7 %) chez les *artisans* et *petits commerçants*, le taux étant en-dessous de la moyenne (27 %).

Mais la fréquence est très basse dans quatre métiers qui, traditionnellement, sont considérés comme tuberculisants ; ce sont des métiers à poussières, les *boulangers* (17,8 %), les *matelassiers* (16,6 %), et enfin principalement les *carriers* et *plâtriers* (14,5 %) et les *polisseurs de verre* (12,9 %). Ayant examiné 69 carriers et tailleurs de pierres, broyeurs de sable, atteints de troubles pulmonaires, nous n'avons constaté que 10 cas de tuberculose, soit 14,5 %. De même chez 31 ouvriers de deux usines d'optique, dont le travail consiste à polir du verre au moyen de jet de sable et de meule à émeri, nous n'avons trouvé que 4 tuberculeux. Sans entrer dans les détails ou en discuter (cette question des silicoses pulmonaires faisant l'objet d'un travail ultérieur), il est certain que les poussières minérales provoquant des affections pulmonaires, les pneumokonioses, créent des symptômes généraux et physiques rappelant la tuberculose pulmonaire, mais dans lesquelles le bacille de Koch n'a aucun rôle. La rareté de la localisation et de la prédisposition à la tuberculose par les pneumokonioses, surtout celles causées par le calcaire, le ciment, la silice combinée, même le marbre (constatée par de nombreux auteurs italiens : Pieracini, Mori, Turano, et en France par les importantes recherches du Dr A. Feil) semble donc trouver dans cette modeste statistique, suggérée par les faits observés au cours de la pratique et du dépistage des maladies pulmonaires, une preuve supplémentaire.

LIVRES NOUVEAUX

Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses, par F. D'HÉRELLE. Un vol. de 416 pages, avec 4 planches, 75 fr. — Masson et Cie, éditeurs.

Les ouvrages précédents de l'auteur, publiés en 1921 et 1926, véritables recueils d'expériences, étaient spécialement destinés aux bactériologues. Le plan du présent ouvrage est différent et son intérêt plus général, comme d'ailleurs l'indique son titre : « Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses ».

La question du bactériophage a fait de grands progrès au cours des dix dernières années ; de nouvelles preuves, irréfutables, sont venues confirmer qu'il s'agit bien d'un minuscule parasite des bactéries ; le fait est maintenant généralement accepté, même par les savants qui l'avaient le plus vivement contesté. Au cours des trois premiers chapitres, d'Hérelle expose l'état actuel de cette question qui intéresse au plus haut point les biologistes. Le lecteur se rendra d'ailleurs compte que l'importance du sujet ne fait que croître, c'est ainsi par exemple, qu'il englobe maintenant le problème des mutations.

Le point de vue théorique, c'est-à-dire l'étude expérimentale, au laboratoire, du bactériophage, est certes fort importante, mais où l'intérêt devient passionnant, c'est dans la recherche du comportement du parasite des bactéries dans ses conditions naturelles d'existence. Il a fallu à d'Hérelle vingt années de travaux et de voyages par le monde, pour mettre à jour toutes les modalités de ce comportement ; il a suivi des épizooties dans les marais de la Cochinchine, des épidémies de choléra dans les hôpitaux du Bengale et dans les villages du Pendjab, des épidémies de peste en Asie et en Afrique, d'autres maladies infectieuses un peu partout ; il a travaillé dans plus de vingt laboratoires, la plupart improvisés pour la circonstance, scrutant, non seulement des milliers de malades, mais le milieu où ils vivaient. Tenant compte de tous les faits découverts, il a édifié une théorie qui explique, à la fois, le processus et le mode de guérison des maladies infectieuses, l'allure et le mode d'extinction des épidémies.

Mais une théorie ne vaut que par la preuve cruciale de sa réalité. Ici nous ne pouvons mieux faire que de citer le passage suivant de d'Hérelle, extrait de la préface : « Mais si la théorie de la guérison que l'observation des maladies infectieuses naturelles m'a suggérée est exacte, nous devons pouvoir reproduire expérimentalement, à notre gré, le processus naturel de la guérison : les recherches faites à ce sujet sont relatées dans le cinquième chapitre. Comme ce livre sera probablement lu par des médecins praticiens, j'ai tenu à décrire en détail la thérapeutique par « bactériophagie provoquée » et leur permettre ainsi d'appliquer en connaissance de cause un mode de traitement qui se répand chaque jour davantage et qui, si j'en juge par les résultats déjà atteints, deviendra dans un prochain avenir le mode de traitement classique général des maladies infectieuses bactériennes. Déjà d'ailleurs, dans quelques pays, des laboratoires officiels préparent des cultures de divers bactériophages et les distribuent pour des fins thérapeutiques. »

« Si la validité d'une théorie de la guérison doit être fournie par la reproduction expérimentale du phénomène naturel, une telle preuve croisée, nécessaire et suffisante, doit étayer une théorie de l'extinction des épidémies déduite de l'observation. C'est le sujet du septième chapitre. Ainsi se termine un cycle qui me semble complet. »

En résumé, le présent ouvrage intéresse le bactériologue et plus généralement le biologiste par ses trois premiers chapitres qui sont une mise au point de l'état actuel de la question du bactériophage et du problème des mutations bactériennes. La partie traitant de l'étude des maladies infectieuses et des épidémies présente un intérêt de premier ordre pour le pathologiste et l'hygiéniste. Quant au médecin, il trouvera pour chacune des maladies actuellement passibles de ce mode de traitement, un exposé détaillé de la méthode thérapeutique « par bactériophagie provoquée », qui représente la thérapeutique spécifique, par excellence, puisqu'elle tend à provoquer chez le malade le phénomène naturel de la guérison.

La tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains et la vaccination anti-tuberculeuse, par L. SAYÉ, professeur de phtisiologie à l'Université de Barcelone. — Un volume de 256 pages avec 88 figures. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 60 francs.

Il résulte des recherches poursuivies depuis plusieurs années que les sujets apparemment sains sont, dans les proportions de 1 à 3 p. 100 environ, porteurs de lésions de tuberculose active ou évolutive décelables seulement par la radiographie. Ces lésions, dans l'enfance et l'adolescence et même chez les jeunes adultes, sont très souvent provoquées par la primo-infection, plus tard par la surinfection. Cette recherche est possible à cause de la lenteur de l'évolution des lésions tuberculeuses du poumon jusqu'à la production des signes toxiques ou fonctionnels.

C'est l'étude des lésions tuberculeuses inactives, actives et nettement évolutives chez les sujets morts d'autres processus qui permet de reconnaître leurs variétés et leurs caractères. Elles sont dans la plupart des cas si définies, qu'elles donnent une base de plus en plus solide à leur interprétation radiographique. La plupart de ces lésions sont absolument asymptomatiques. Dans d'autres cas, elles sont associées à des signes cliniques, minimes, très discrets, sans rapport avec l'importance des lésions constatées. Les signes radiographiques donnent dans certains cas des indications très utiles pour juger de leur degré d'activité. Mais c'est surtout l'application des nouvelles techniques de diagnostic bactériologique qui a permis de constater, par la culture ou l'inoculation, la présence de bacilles dans l'expectoration ou le contenu gastrique dans une proportion importante de ces cas, ce qui permet de faire un pronostic plus exact.

Comme ces processus évoluent souvent vers la phtisie, la question de leur traitement se pose. Pour certains auteurs, l'application de la collapsothérapie doit être envisagée, celle également de la chrysothérapie qui a permis d'obtenir la stérilisation des crachats, même dans des cas où le sujet traité a poursuivi son travail habituel. La prophylaxie de ces formes présente un intérêt primordial dans la lutte contre la phtisie.

Les travaux expérimentaux ont démontré que les animaux allergiques sont plus résistants aux surinfections que les non allergiques. Les enseignements de la clinique humaine le confirment. Les observations faites par l'auteur lui-même sur un groupe d'enfants vaccinés par la voie digestive, qui ont maintenant atteint dix à quinze ans, lui ont montré que le but poursuivi par Calmette de rendre l'enfant allergique a été atteint. Il y a donc tout intérêt à mieux faire connaître la pratique de la vaccination et à étudier les moyens de la rendre plus efficace.

Telles sont les questions traitées dans ce livre ; c'est-à-dire celles qui ont paru à l'auteur avoir le plus d'importance. Mais en ce qui concerne la vaccination, les résultats obtenus lui paraissent avoir une portée si considérable que la conclusion primordiale, qui résulte de son étude, est que le B C,G, en réduisant la gravité de la primo-infection, limite considérablement le nombre et la signification des lésions de la tuberculose inapparente.

INFORMATIONS

(Suite de la page 1170.)

Ecole d'application du Service de santé militaire. — Un concours sera ouvert le lundi 28 novembre 1938, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à l'emploi de médecin et de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

Le nombre des admissions sera fixé suivant la valeur du concours et en fonction des possibilités budgétaires ; il pourra atteindre le chiffre de vingt-cinq pour les médecins et de deux pour les pharmaciens.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisé Français depuis dix ans au moins au 31 décembre de l'année du concours, à moins de remplir les conditions déterminées par la loi du 28 août 1936, complétant l'article 6 de la loi du 10 août 1927, modifié et complété par la loi du 19 juillet 1934 sur l'accession des naturalisés à certaines fonctions ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de pharmacien ;

3° Avoir eu moins de 29 ans au 1er janvier 1938, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1909 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux ;

4° Avoir satisfait, au 31 décembre 1938, conformément à l'article 39 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée, aux obligations du service militaire actif telles qu'elles sont définies par l'article 37 de ladite loi ;

5° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant.

Les épreuves du concours seront :

Pour les docteurs en médecine

1° *Composition écrite sur un sujet de pathologie générale* (coefficient 2). — Il est accordé trois heures pour cette composition, qui doit être faite sans l'aide de livres ou de notes.

2° *Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale* (coefficient 3). — Le candidat disposera de vingt minutes pour l'examen de chaque malade, de dix minutes de réflexion et de dix minutes pour exposer devant le jury le résultat de chaque observation clinique et les conclusions pratiques à en tirer.

3° *Interrogation sur une question de chirurgie d'urgence* (coefficient 1). — La durée de cette épreuve est de quinze minutes. Il est accordé au candidat quinze minutes de réflexion avant de commencer son exposé.

4° *Interrogation sur les grands problèmes de l'hygiène prophylactique, particulièrement sur la prophylaxie des maladies infectieuses et des maladies sociales* (coefficient 1). — La durée de cette épreuve est de quinze minutes après quinze minutes de réflexion.

5° *Examen par le jury des titres et travaux scientifiques ainsi que du dossier militaire du candidat* (coefficient 1). — Les candidats devront remettre, à l'ouverture de la séance, au président du jury, un résumé en trois exemplaires de leurs travaux, ainsi qu'une note rappelant leurs différents titres scientifiques et relatant notamment les fonctions hospitalières qu'ils ont exercées.

Pour les pharmaciens

1° *Composition écrite sur une question de chimie appliquée à la pharmacie* (coefficient 2). — Il est accordé trois heures pour cette composition, qui sera faite sans l'aide de livres ou de notes.

2° *Interrogation portant sur quatre questions :* une de physique, une de chimie, une d'histoire naturelle et une de pharmacie (coefficient 2). — Durée : dix minutes par question.

3° *Epreuve de chimie analytique :* recherche des acides et des bases contenus dans plusieurs sels solides ou dissous (coefficient 1). — Il est accordé cinq heures pour cette épreuve.

Document autorisé : tableau synoptique de recherche des acides et des bases.

4° *Vérification et titrage d'un médicament* (coefficient 2). — Il est accordé six heures pour cette épreuve.

L'emploi de livres sera autorisé.

5° *Détermination de :* a) dix plantes ou drogues appartenant à la matière médicale ; b) dix médicaments chimiques ; c) dix médicaments galéniques (coefficient 1).

Les plantes, drogues simples, médicaments chimiques et galéniques seront choisis parmi ceux qui figurent au codex en vigueur.

Pour les plantes et drogues simples, le candidat devra, autant que possible, donner le nom français, le nom latin et celui de la famille naturelle.

Durée de l'épreuve : quinze minutes.

6° *Examen par le jury des titres et travaux scientifiques ainsi que du dossier militaire du candidat* (coefficient 1).

Les candidats devront remettre à l'ouverture de la séance, au président du jury, un résumé en trois exemplaires de leurs travaux, ainsi qu'une note rappelant leurs différents titres scientifiques et relatant, notamment, les fonctions hospitalières qu'ils ont exercées.

Nota. — Tous les candidats seront, en outre, soumis : 1° à un examen médical en vue de la constatation de leur aptitude physique dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926 et le décret et l'instruction du 15 juillet 1929 ; 2° à une expertise comportant un examen clinique, un examen radiologique et, s'il y a lieu, une analyse bactériologique des crachats, en vue de déterminer s'ils sont ou ne sont pas indemnes de toute affection tuberculeuse (loi du 18 avril 1931).

MAJORATION DE POINTS

Une majoration de 30 points est accordée aux candidats docteurs ès sciences.

Une majoration de 20 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences dont le diplôme mentionne l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° A ceux pourvus du diplôme supérieur de pharmacie ;

3° A ceux qui ont été nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté de médecine et de pharmacie.

Une majoration de 10 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences dont le diplôme ne mentionne pas l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° Aux docteurs de l'Université (pharmacie) ;

3° Aux lauréats des facultés de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours ouvert annuellement pour chacune des années d'études dans ces établissements d'enseignement supérieur ;

4° Aux internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville d'école de médecine ou de pharmacie ;

5° Aux anciens préparateurs des facultés de médecine et de pharmacie ;

6° Aux internes provisoires (externes en premier) des villes de Faculté.

PIÈCES A PRODUIRE

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Défense nationale et de la Guerre (Direction du Service de santé, 1er Bureau, Personnel) avant le 10 novembre 1938 au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° *a*) Diplôme, ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien, indiquant le régime d'études terminales (cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien ;

b) Le cas échéant, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candide au point de vue du service militaire ou état signalétique et des services ;

4° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

5° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans les réserves ;

6° L'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active à partir de la nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux dates et heures fixées à l'Ecole d'application du Service de santé militaire au Val-de-Grâce, sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce n° 4.

Nota. — Les candidats admis seront nommés médecins ou pharmaciens sous-lieutenants à dater du 31 décembre 1938, et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme. Ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études, seront nommés immédiatement médecins lieutenants, pour prendre rang du 31 décembre 1938 ; les pharmaciens seront nommés pharmaciens lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1938.

Ils rejoindront, le 31 décembre 1938, l'Ecole d'application du Service de santé militaire pour y accomplir, en même temps que les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire reçus docteurs en médecine ou pharmaciens en 1938, un stage d'une durée maximum de neuf mois, à l'issue duquel ils recevront une affectation suivant le classement obtenu à la suite du concours de sortie.

Toute fraude ou tentative de fraude dans l'une quelconque des épreuves entraîne l'exclusion du concours.

PRATIQUE MÉDICALE

LES OREILLONS ET LEUR TRAITEMENT

par A. Masson (1)

La bénignité des oreillons chez le jeune enfant ne doit pas faire oublier sa gravité relative chez l'adolescent et l'adulte ; l'orchite ourlienne peut avoir une redoutable conséquence : l'atrophie testiculaire.

Beaucoup d'auteurs préconisent cependant l'abstention thérapeutique, se contentant de prendre quelques mesures d'hygiène ; d'autres ont essayé des traitements plus énergiques et plus ou moins efficaces.

Récemment un progrès a été réalisé par l'emploi de Rhocya (rhodanate de potassium pur) : celui-ci, doué d'un certain pouvoir antiseptique, a la propriété d'augmenter la sécrétion parotidienne et s'élimine électivement par la salive sans entraîner aucune irritation ; son absence de toxicité fait qu'il est très bien toléré par tous les sujets, même les jeunes enfants. Administré précocement, il diminue la tuméfaction parodidienne, raccourcit la durée de la maladie et évite les complications ; administré plus tardivement, il a une action favorable sur l'orchite et améliore le pronostic chez le jeune adulte.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET ÉVOLUTION DES NÉPHRITES CHRONIQUES (2)

2. *Les progrès de l'insuffisance cardiaque* se notent à l'apparition des signes péjoratifs qui sont :

— La cyanose ;

— La distension des jugulaires et l'hépatomégalie douloureuse ;

— L'apparition et l'augmentation rapide des *œdèmes*, tous signes de stase périphérique coïncidant avec la distension de toutes les cavités cardiaques, la présence d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

La nature mixte *cardiaque* et *rénale* reste prouvée :

— *par l'existence habituelle d'une dyspnée du type Cheyne-Stokes ;*

— *par le taux relativement élevé de la diurèse ;*

— *par le chiffre anormalement haut de la pression artérielle ;*

— *par l'existence d'une albuminurie notable* et surtout par la constatation de l'*hyperazolémie* (quelle qu'en soit la pathogénie invoquée d'ailleurs : azotémie par oligurie relative ou plus simplement azotémie par imperméabilité rénale croissante).

3. *L'évolution* est plus ou moins rapidement fatale.

Quelques rémissions passagères se voient sous l'effet du traitement digitalique — mais l'azotémie reste élevée — et le plus souvent la dilatation du cœur, une fois apparue, ne cesse de s'aggraver.

(1) *Journal des Praticiens*, 1938, n° 23, p. 1134.

(2) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, n° 70, du 31 août, p. 1117 ; n° 72, du 7 septembre, p. 1149.

La mort survient par asphyxie progressive dans le tableau habituel de la grande insuffisance cardiaque, dans lequel s'intriquent de façon variable les manifestations propres à la grande hyperazotémie.

Tel est le tableau depuis longtemps classique — et le plus fréquent — de la néphrite chronique *hypertensive* et *urémigène*, et ses modalités évolutives.

Restent à envisager certaines *Formes cliniques* des néphrites chroniques qui sont anormales, soit en raison de leurs particularités étiologiques, soit en raison de leur symptomatologie.

1. *Néphrite chronique saturnine.*

— Intoxication chronique professionnelle.

— Se rencontre également chez des sujets *jeunes* et chez des sujets *âgés*.

Cliniquement : Prédominance habituelle du syndrome cardio-artériel, qui domine l'évolution de la néphrite par les accidents d'hypertension qu'il peut engendrer.

— Syndrome urinaire discret.

— Mais hyperazotémie habituelle — 1 g. 2 g. Subissant des poussées après les paroxysmes saturnins (colique de plomb). Longtemps bien tolérée, fait assez particulier aux saturnins.

2. *Néphrites Juvéniles.*

Elles ont souvent pour origine une néphrite aiguë de l'enfance (scarlatine surtout), dont il a pu rester une *albuminurie résiduale*, permanente ou non.

A un moment donné — avec ou sans raison (infection, troumatisme) : syndrome d'hypertension artérielle aboutissant, comme chez le sujet âgé, à l'insuffisance cardiaque, compliquée de rétention azotée (celle-ci pouvant prendre d'ailleurs la première place).

Rôle de la syphilis des plus discutés — et discutable. Parfois aspect particulier du « *chloro-brightisme* » (Dieulafoy) chez la jeune fille, dont la nature peut être inconnue si on ne recherche pas systématiquement les petits signes du brightisme, et surtout le syndrome cardio-artériel.

Influence incontestable de ces N.C. de l'enfance sur le métabolisme général : « *infantilisme rénal* », incompatible avec une longue existence.

3. *Néphrites chroniques avec syndrome urinaire isolé.*

a) *Néphrites avec albuminurie.*

Albuminurie isolée, avec ou sans cylindrurie. Montrer que l'albuminurie isolée n'est pas un signe probant de lésions rénales.

Surveiller toujours l'apparition des autres syndromes.

b) *Néphrites hématuriques.*

Symptôme *majeur* et *unique : l'hématurie.*

Survenant sans cause, et parfois très abondante.

Fait important : les urines sanglantes ne contiennent jamais de caillots (Marion).

— *Habituellement :* pas de rétention chlorurée, pas d'azotémie.

— *Rarement :* poussées albuminiques coïncidant avec une décharge hématurique.

— L'exploration des fonctions rénales montre leur intégrité.

On ne trouve pas non plus d'hypertension artérielle.

Evolution. — Fonction de la répétition des hématuries, et de leur abondance qui peut forcer la main à une *décapsulation rénale.*

Mais réserver l'avenir : les autres syndromes habituels à la N.C. peuvent survenir — et évoluer.

4. *Néphrites chroniques avec syndrome de Rétention Azoté Isolé.*

Elles restent latentes aussi longtemps que le taux de l'urée sanguine ne s'élève pas assez pour provoquer les symptômes révélateurs de l'azotémie.

Elles se voient souvent chez des sujets jeunes hypotrophiques.

Elles sont incriminées comme facteur de la « *fragilité rénale* » invoquée pour expliquer les cas de morts par anurie et azotémie suraiguë après anesthésie chloroformique.

Dans tous les cas, leur pronostic est grave.

5. *Néphrites chroniques avec albuminerie et rétention chlorurée.*

Il s'agit là de faits assez rares et typiques de N.C. — car ce syndrome se rencontre plus volontiers au cours des néphrites subaiguës.

Il concerne les cas où l'imperméabilité du rein pour les chlorures peut se manifester *pendant des années* en même temps que l'albuminurie — ces deux syndromes restant isolés.

1. *Le début.* — Souvent après une néphrite aiguë passagère (grippale ou scarlatineuse), dont il persiste : albuminurie, œdèmes.

2. *Etat.* — Ces œdèmes d'abord localisés (paupières, malléole) peuvent se généraliser et devenir permanents :

Œdèmes périphériques, typiquement rénaux ;

— *Œdèmes viscéraux* (hydrothorax bilatéral, ascite), compatibles avec un *état général bon*, tout au plus un léger degré d'anémie, et quelques troubles digestifs.

Bilan des fonctions rénales :

— Epreuves d'élimination souvent absolument normales.

— Fonction d'excrétion uréique normale.

— *Rétention hydro-chlorurée isolée* comme le prouvent :

— l'épreuve de la chlorurie alimentaire,

— l'épreuve des éliminations en échelons,

— l'hyperhydrémie,

et surtout, dans la règle : *hyperratrémie* sans *hyperchlorémie*, car il s'agit (Widal) de rétention *hydro-saline* : une conséquence thérapeutique capitale.

Le régime déchloruré qui a pratiquement toujours de remarquables effets : fonte des œdèmes — polyurie avec chlorurie libératrice — chute de l'albuminurie.

Le pronostic est cependant réservé, car :

1. Des rechutes surviennent — au cours desquelles peuvent éclore des accidents brutaux redoutables dus à cette rétention chlorurée :

Respiratoires : œdème aigu du larynx, accidents broncho-pulmonaires aigus (où intervient aussi la défaillance cardiaque aiguë) ;

Digestifs : Vomissements et diarrhée incoercibles ;

Nerveux surtout : crises convulsives, amaurose subite, coma brusque par œdème cérébral.

2. *Surtout :* parce que, au syndrome chlorurémique, peut toujours s'adjoindre le syndrome hyperazétomique, puis hypertensif — faisant ainsi tous les intermédiaires avec la N.C. habituelle.

— Tels sont les aspects multiples que peuvent revêtir en clinique les néphrites chroniques. Ils prouvent assez la complexité du syndrome d'insuffisance rénale — qui entraîne à sa suite la déficience d'autres organes — et dont l'évolution est trop souvent inexorable malgré toutes les ressources thérapeutiques mises en œuvre.

Guy Le Sueur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 75. —SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Un concours pour onze places d'interne titulaire en médecine et la désignation d'internes provisoires des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés, près la Préfecture de Police, de l'hôpital Henri-Rousselle (service libre de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le 7 novembre 1938.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la *Préfecture de la Seine* (service des établissements départementaux d'assistance, 1er bureau, administration des établissements, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 19 septembre 1938 au 3 octobre 1938 inclus.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Hôpitaux de Tunis. — Un concours sera ouvert au siège de la Faculté de Médecine de Paris, le 7 novembre 1938, à 9 heures, pour un emploi de médecin spécialiste de dermatologie et de syphiligraphie aux hôpitaux Sadiki et E. Conseil, de Tunis.

Les épreuves consisteront en : 1° Épreuve écrite : une composition écrite sans livre, ni manuscrit. Il est accordé 3 heures pour cette épreuve ; 2° Épreuve orale : une dissertation orale précédée d'une heure de réflexion ; l'exposition durera 1/2 heure. Le sujet de ces deux épreuves sera tiré au sort dans les questions de dermatologie et vénéréologie ; 3° Épreuve clinique : *a)* une épreuve de consultation écrite. Il est accordé aux candidats 15 minutes pour l'examen du malade, qui aura lieu en présence du jury, et 30 minutes pour la rédaction de la consultation ; *b)* une épreuve orale sur un malade. Il est accordé aux candidats 15 minutes pour l'examen du malade, 15 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation orale devant le jury. Le président du jury fera un rapport sur les opérations du concours et présentera les candidats par ordre de mérite en indiquant la valeur respective des épreuves de chacun d'eux.

Conditions d'inscription au concours. — Pour se présenter au concours, les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Adresser à la Direction de l'Assistance et de la Santé publiques, à Tunis, une demande avec indication de leur résidence ; 2° être Français ou Tunisien ; 3° avoir le diplôme d'État de docteur en médecine, conféré par une faculté française ; 4° produire une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs (ces documents seront remis au jury) ; 5° ne pas être âgé de plus de 40 ans, cette limite d'âge est reculée d'une durée égale à celle des services militaires et sans qu'elle puisse excéder 45 ans.

L'entrée en fonctions est fixée au 1er janvier 1939. Les avantages attachés à l'emploi consistent en une indemnité annuelle de 15.000 francs. La liste d'inscription sera close le 10 octobre 1938.

Pièces à fournir : 1° une copie certifiée conforme ou l'original du diplôme de docteur en médecine ; 2° un extrait du registre des actes de naissance ; 3° un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 4° un certi-

ficat de bonnes vie et mœurs remontant également à moins de trois mois ; 5° un état signalétique et des services militaires ou un certificat de position militaire ; 6° un certificat médical constatant, le cas échéant, l'absence de toute lésion organique, en particulier de toute lésion tuberculeuse ; 7° justification des titres ou travaux scientifiques et des services publics précédemment rendus.

COURS

Cours de la Faculté de médecine de Lyon. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* Clinique de M. le professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national.

Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 9 novembre au 10 décembre 1938 avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Bérard, Bertoye, Bonnet, Courmont, Dufourt, Dumarest, Favre, Fraissard, Gardère, Gate, Collet, Moulinier, Mouriquand, Pichat, Rochaix, Tixier, Tavernier, etc.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose, les notions les plus récentes et les plus pratiques sur : l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, des préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le droit d'inscription est de 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon (avenue Rockefeller), jusqu'au 1er novembre 1938.

Le Comité national de Défense contre la Tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui suivront ce cours et doivent être chargés d'un service de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Programme : L'enseignement sera donné tous les jours (sauf samedi après-midi). Il comprendra : 1° des leçons théoriques (matin et après-midi) ; 2° des exercices pratiques de clinique (le matin à la clinique du Perron et dans divers hôpitaux) et de laboratoire, de radiologie, de dispensaires (l'après-midi) ; 3° des visites aux organisations antituberculeuses : dispensaires de Lyon, sanatorium, préventorium, Musée de la Tuberculose, etc.

Clinique et thérapeutique. — *Radiologie.* Diagnostic du début, diagnostic et pronostic des formes, tuberculose de l'enfance, pleurésie tuberculeuse, pneumothorax spontané, tuberculose du larynx, tuberculose oculaire, tuberculose osseuse, tuberculose des voies génito-urinaires, tuberculose des yeux, etc., radiologie, conférences et exercices pratiques, méthode de Forlanini (conférences et exercices à la clinique), chirurgie thoracique, thérapeutique générale et médicamenteuse, chimiothérapie, sels d'or.

Prophylaxie. Conférences et visites, Musée de la Tuberculose.

Anatomie pathologique : Démonstrations à l'amphithéâtre.

Bactériologie : Le bacille de Koch (ses divers états). Cultures, inoculation. Comparaison avec les autres acido-résistants.

Les réactions humorales ; sérologie : Séro-diagnostic par l'agglutination, déviation du complément, réactions de floculation, pouvoir bactéricide du sérum.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le professeur Paul Courmont, 77, rue Pasteur, Lyon.

NÉCROLOGIE

Le docteur CARRIÈRE, de Salles d'Aude.

Le docteur Carrière, maire de Salles d'Aude, médecin praticien, vient de s'éteindre dans la force de l'âge, aux confins de l'ancien port romain de Narbonne. Né paysan, il était au sortir de la Faculté, retourné à la terre, et bien qu'il ait su apprécier la valeur et la finesse de la vie urbaine, c'est aux travailleurs de la vigne qu'il avait voulu consacrer sa vie de labeur. Il aimait avec passion la médecine générale, comme il aimait à soulager ceux qui vivent courbés sous le soleil méditerranéen ; aussi accourait-il toujours à leur appel de jour et de nuit. Quand il entrait dans un *mas*, ce n'était pas lui qui prononçait ces paroles impies : « Qui est-ce qui paye ici? » Fidèle à la vieille morale altruiste, Carrière oubliait souvent de se faire payer et il s'attardait en grillant des cigarettes sur le seuil de la ferme en causant avec l'entourage du malade.

En 1914, il quitta son cabinet et devint médecin de bataillon. Il se distingua à Morhange, puis dans tous les postes qui lui furent confiés.

Rentré dans ses foyers, il fut l'élu des anciens combattants, à la mairie d'abord, puis dans des circonstances mémorables, il fut l'élu national au siège de conseiller général de Coursan.

Carrière ne laisse que des regrets sincères parmi ses malades, ses concitoyens et ses confrères qui avaient pour lui une estime et une amitié profondes.

Plus de 2.000 personnes dont le président Albert Sarraut assistèrent à ses obsèques, et le préfet M. Voizard, dans une belle oraison funèbre, a su mettre en valeur les qualités variées du citoyen, du médecin, et — ce qui a son prix en Septimanie — de l'humaniste.

Maurice Mordagne.

Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris

Sous-Direction des Hôpitaux et Hospices.
Service de l'exploitation

Le jeudi 20 octobre 1938, à 15 heures, et le vendredi 21 octobre 1938, à 10 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture d'articles de coucher, linge, habillement et pansements nécessaire au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant l'année 1939, pour les articles de coucher, linge, habillement, et pendant le premier semestre 1939 pour les articles de pansement.

La dite fourniture, divisée en 110 lots, comprend les articles suivants :

Séance du jeudi 20 octobre 1938 à 15 heures (lots 1 à 70 inclus). — Couvertures de laine et coton ; langes de laine et coton ; laine blanche, crin, plume, duvet ; toiles diverses et étoffes de fil ; cotonnades blanches et écrues ; cotonnades de couleur ; soieries.

Séance du vendredi 21 octobre 1938 à 10 heures (lots 71 à 110 inclus). — Draperie, molleton ; étoffes de laine et de laine et coton ; toile imperméable caoutchoutée ; bonneterie ; chapellerie ; sabots ; chaussons, coton cardé, coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt ; cellulose hydrophile ; tampons hygiéniques en cellulose.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, Bureau n° 8, tous les jours, les samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin Central des Hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes jusqu'au mardi 4 octobre 1938. 1105

REVUE GENERALE

LES POLYRADICULONÉVRITES CURABLES avec DISSOCIATION ALBUMINOCYTOLOGIQUE du LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN [1]

(Type Guillain-Barré)

Par MM. H. ROGER et J. BOUDOURESQUES
(de Marseille)

III. — Formes suivant l'évolution

L'évolution du syndrome de Guillain-Barré se fait toujours vers la guérison. C'est là un de ses caractères les plus importants.

Guillain rejette la possibilité d'une évolution mortelle.

Cependant, la mort a pu être la terminaison de polyradiculonévrites apparemment des plus typiques (Obs. de Code et Kubik, de Marguelis, de Paliard et Dechaume, Obs. de Alajouanine, Thurel, Hornet et Boudin, Obs. de Pinkrey, Obs. de Morsier et Steinmann, une obs. de Galpin, Moersch et Kerokan).

Quand la mort survient, c'est rapidement dans les premiers jours de l'infection. Passé trois semaines, il est rare d'observer une évolution fatale.

Dans ces cas, la quadriplégie et l'atteinte de la face se compliquent de phénomènes respiratoires et cardiaques ; le pouls devient rapide, arythmique ; la respiration est difficile et irrégulière ; le malade tombe dans le coma asphyxique par paralysie du diaphragme et il meurt au cours d'une syncope terminale. Ces faits rappellent la paralysie ascendante de Landry, mais ici il s'agit d'atteinte diffuse du système nerveux périphérique ayant touché les nerfs cardiaques et respiratoires.

La *forme aiguë*, rapidement ascendante, entraîne la mort en quelques jours. On pourrait penser à une poliomyélite, mais l'importance des troubles sensitifs impose le diagnostic de polynévrite. De plus, souvent la face est atteinte avant les membres supérieurs, ce qui enlève toute raison d'être à un processus médullaire ascendant.

Quand on assiste à la gravité de l'atteinte bulbaire dans certains cas, il semble qu'il n'y a aucune raison de refuser d'admettre l'éventualité, fût-elle rarement réalisée, d'une évolution fatale. Et Van Bogaert pense, comme le fait de Morsier et Steinmann, qu'il est inutile de distinguer deux types différents de polyradiculonévrite : l'un curable, l'autre mortel.

Nous partageons l'avis de Van Bogaert et nous pensons que, malgré leur rareté extrême, ces cas mortels doivent être intégrés dans le même cadre que ceux qui guérissent.

D'ailleurs, en 1938, Guillain écrit :

« Peut-être, sur certains de ces cas mortels, conviendrait-il toutefois d'apporter quelques réserves et je ne voudrais pas intégrer dans notre syndrome des paralysies bulbaires à évolution très rapide, des paralysies de Landry à forme polynévritique avec évolution mortelle. J'accepte très bien qu'une polyradiculonévrite avec dissociation albuminocytologique, présentant une localisation sur les nerfs bulbaires de la respiration et de la circulation, puisse avoir une évolution mortelle, mais combien sont rares de tels faits par rapport aux cas où l'évolution est favorable. » « Cette notion de pronostic favorable nous paraît extrêmement importante pour les malades. Il est des maladies qui, comme la varicelle, sont considérées par tous les cliniciens comme étant des maladies bénignes ; on a pu cependant voir exceptionnellement des cas de mort de varicelle ; ceux-ci ne sont pas suffisants pour modifier le pronostic classique de la maladie. Il me paraît en être de même pour notre syndrome. » Ainsi Guillain met les choses au point.

Formes à évolution entrecoupée. — Il peut arriver de constater un syndrome de Guillain-Barré classique, en voie d'amélioration, s'aggraver lors d'une complication quelconque. Une nouvelle amélioration fait suite à cet incident évolutif.

Barré voit un malade, en voie d'amélioration, aggraver ses paralysies lors d'une congestion pulmonaire ; suit une nouvelle amélioration, puis une nouvelle aggravation en raison d'une phlébite ; enfin, survient une amélioration définitive, suivie bientôt de guérison.

Ces complications, au cours de l'évolution d'un syndrome de Guillain-Barré, n'aggravent pas le pronostic de l'affection, puisque, dès la complication passée, l'amélioration se produit.

IV. — Formes suivant l'âge

Les radiculonévrites surviennent généralement chez les adultes jeunes.

Le vieillard, quoique rarement atteint, peut parfois être touché. Giraud et Sicard ont observé un cas chez une femme de 70 ans. Alajouanine en a observé un autre chez un homme de 50 ans.

Les enfants semblent plus souvent frappés qu'on ne l'avait cru jusqu'à ces dernières années. Cependant, les observations restent rares. Fait assez surprenant, puisque, dans un an, l'un de nous a pu, dans le Service d'enfants de son Maître le Professeur Giraud, en observer trois cas évidents, un autre plus douteux.

Nous allons, à la lumière de ces trois observations et de celles publiées antérieurement par différents auteurs, essayer de dégager certaines notions cliniques, qui nous semblent particulières au jeune âge.

Un point est important chez les enfants : c'est l'existence fréquente d'une angine, d'une rhino-pharyngite, à l'origine du syndrome.

Un deuxième point qui mérite également une mention, c'est le début brutal de ces radiculonévrites se faisant parfois du jour au lendemain.

A la période d'état, le syndrome douloureux domine le tableau clinique, il se manifeste de la même manière chez nos trois malades. C'est un Lasègue très intense et un Kernig tel que la moindre tentative de flexion arrache des cris au malade. Il s'agit en somme de signes méningés. Laruelle et Massion-Verniory in-

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 73, du 10 septembre, p. 1157.

sistent sur l'importance des réactions méningées chez l'enfant.

L'absence de déficit moteur évident est un des caractères bien particuliers chez ces enfants ; nous avons vu combien peuvent être importantes chez l'adulte les paralysies des radiculonévrites, et il est vraiment étonant de trouver un déficit moteur, minime chez une de nos malades, presque inexistant chez une autre, plus important chez une troisième, quoique peu marqué par rapport aux descriptions classiques.

L'*évolution* est rapide, la guérison est complète en deux mois pour deux malades et en un mois et demi pour une autre.

La réaction cellulaire discrète du L.C.R. d'une d'elles, en rapport avec les signes méningés, ne saurait faire écarter le diagnostic, car la dissociation albuminocytologique existe ; chez une autre malade, la réaction lymphocytaire est légère.

Les réactions électriques se réduisaient à un simple allongement de la chronaxie chez l'une d'elles, ce qui prouve que l'atteinte nerveuse est très légère chez les enfants.

Le DIAGNOSTIC de ces radiculonévrites chez l'enfant se pose parfois d'une façon angoissante avec la *poliomyélite*. Le début pharyngé avec rapidité de la constitution du syndrome nerveux, la raideur de la nuque et du rachis sont autant de points qui pèsent en faveur de la poliomyélite. Cependant, dans cette affection, les paralysies restent plus localisées, elles se limitent même parfois à un simple groupe musculaire ; les troubles sensitifs sont absents. Mais il peut exister des poliomyélites douloureuses ; le L.C.R. et surtout l'évolution feront alors le diagnostic.

D'après Röhmer et Meyer le L.C.R. des poliomyélites passe par quatre périodes **distinctes** :

1° Phase de myélite vraie (polynucléose importante avec albuminose à 0,40 environ) ;

2° Phase négative ou de calme méningé négatif de deux à trois jours ;

3° Phase ascendante méningo-radiculo-funiculaire. La lymphocytose apparaît et augmente progressivement, l'albumine peut atteindre 1 gr. et plus ;

4° Phase descendante méningo-funiculaire à dissociation albuminocytologique ou phase de guérison.

Il est certains cas où le diagnostic entre polynévrite et poliomyélite est très difficile, surtout quand la poliomyélite prend le type de syndrome de Landry. Boudin insiste sur le début brutal, l'ascension régulièrement rapide et progressive des phénomènes paralytiques, sur l'atteinte tardive du VII, atteinte contemporaine de la paralysie bulbaire en évolution, quand il s'agit de poliomyélite.

Le diagnostic chez l'enfant peut encore se poser avec la *diphtérie*, dans le cas où le syndrome nerveux survient assez longtemps après la période infectieuse. Il se posait surtout dans un cas de Sarrouy et Bullinger-Muller ; un mal de gorge important avait précédé la quadriplégie dans un milieu où il existait des diphtéries ; de plus, l'amélioration fut nette lors de la sérothérapie et nous savons que la dissociation albuminocytologique du L.C.R. peut se retrouver dans les diphtéries.

En terminant cette étude des radiculonévrites chez l'enfant, disons que B.-P. Lévy et Jean Schneider ont observé une fillette de 10 ans avec troubles moteurs et trophiques des membres inférieurs : marche tabétiforme, abolition des réflexes tendineux des quatre membres, tremblement, phlyctènes aux orteils, somnolence, arrêt de développement psychique, tristesse et apathie, dissociation albuminocytologique importante dans le L.C.R.

De cette observation ne pourrait-on conclure à la possibilité de *formes acrodyniques* de la radiculonévrite ?

V. — Formes suivant la réaction des méninges

A) Formes avec signes méningés

Il arrive parfois que les signes méningés tiennent une place importante dans le tableau clinique.

Riser a observé 6 cas de cette forme avec prédominance de méningite rachidienne, 5 fois chez l'enfant, 1 fois chez l'adulte.

Dans cette forme, le premier signe neurologique est un Kernig, précédant la paralysie flasque et douloureuse des membres.

A la période d'état, quelques jours après le début, le syndrome méningé clinique est toujours au premier plan, mais essentiellement rachidien ; le rachis dorso-lombaire est extrêmement raide et douloureux, dès qu'on tente la moindre extension. C'est pour cette raison que la station debout et, à plus forte raison, la marche sont impossibles, alors que la nuque reste souple et la céphalée absente.

Dans cette forme, la pression musculaire et le Lasègue sont très douloureux. Il n'y a jamais d'atrophie. L'évolution dure 3 ou 4 semaines.

B) Forme avec réaction arachnoïdienne

De cette forme méningée, nous rapprochons le cas d'un malade de Draganesco chez qui un Lipiodol intrarachidien montra un arrêt dû à un cloisonnement. Mais pareil cas doit-il être conservé dans un pareil cadre ?

C) Formes limites sans dissociation albuminocytologique constante du L.C.R.

Il en existe deux types :

a) *Formes avec leucocytose transitoire du début.*

Biémond a observé trois cas dans lesquels il existait lors de la première ponction une légère augmentation cellulaire (21-11-8 lymphocytes par mm^3); mais, dès la seconde ponction, toute réaction cellulaire avait disparu.

Chez deux de nos enfants, observés avec M. le Professeur Giraud, nous avons rencontré par deux fois cette lymphocytose au début ; dans un cas, elle atteignait 44 éléments par mm^3 pour 1 gr. 10 0/00 d'albumine ; dans un autre 18 éléments par mm^3 pour 2 gr. 0/00 d'albumine ; mais elle disparaissait rapidement.

Nous voyons donc la nécessité de plusieurs ponctions lombaires dans certaines observations, car le fait d'une réaction lymphocytaire ne pourrait être invoqué dans tous les cas, pour éliminer le diagnostic.

Si la pléiocytose est plus forte ou si sa durée est plus longue, on quitte le domaine du syndrome de Guillain-Barré pour passer dans la catégorie plus spéciale des cas, dans lesquels le syndrome radiculaire est suivi, plus ou moins rapidement, de quelques signes médullaires généralement discrets. On voit l'importance de ces cas pour le diagnostic différentiel. De tels faits ont été publiés en Amérique par Strauss et Rabiner en 1930 sous le nom de myélo-radiculite.

b) *Formes avec leucocytose tardive.*

Biémond, qui a insisté sur ces formes de transition, a observé un cas bien démonstratif. Au cours d'une polyradiculonévrite typique avec dissociation albuminocytologique, apparaissent, au bout de quelques semaines, quelques troubles médullaires (troubles sphinctériens, hypoesthésie du tronc à limite segmentaire). Finalement, se constitue une lésion transversale atteignant la hauteur du mamelon. La transition du syndrome méningo-radiculaire en syndrome méningo-myélitique s'exprima par un abaissement du taux de l'albumine et, d'autre part, par une élévation du taux cellulaire avec apparition de leucocytes.

Biémond écrit : « Nous voyons cette même propagation d'une infection de l'espace méningé à l'espace spinal médullaire, s'opérer à une cadence beaucoup plus rapide dans un groupe indéterminé de cas d'une maladie que l'on doit dénommer « méningo-myélite aiguë » et dans lesquels une pléiocytose importante (surtout leucocytaire dans les premiers jours) se produit sans grande élévation du taux de l'albumine, lors de la phase aiguë de la maladie. Cliniquement, ces cas forment à tous points de vue un contraste avec la maladie de Guillain-Barré ; mais si nous voulons arriver à une conception de la pathogénie des cas dont je parle en ce moment, les cas de méningo-myélite aiguë peuvent être inclus dans cette démonstration ».

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Il n'est pas d'*âge* qui favorise l'apparition de ces polyradiculonévrites. Il est classique de dire que c'est entre vingt ans et trente ans qu'on les voit le plus souvent ; cependant, elles peuvent s'observer à tout âge ; chez les enfants, comme le montrent les observations de Meyer, de Sarrouy et Bullinger-Muller, celle de Babonneix et Lévy, celle de Taylor et Donald ; nous-mêmes avons pu relever plusieurs observations chez des enfants de deux et cinq ans. Les nourrissons peuvent eux-mêmes être touchés (Obs. de Péhu et Dechaume). Les vieillards également n'en sont pas indemnes et Giraud et Sicard ont relevé une observation chez une femme de 70 ans.

Les deux sexes sont également touchés.

Si la symptomatologie des polyradiculonévrites est bien connue, leur pathogénie est très discutée et les théories émises sont nombreuses et variées.

Tous les auteurs sont d'accord sur l'origine infectieuse. Plusieurs arguments plaident en faveur de cette hypothèse : le léger épisode infectieux du début, l'allure aiguë ou subaiguë de l'affection, l'évolution favorable et le processus inflammatoire diffus sont autant de raisons pour invoquer l'infection. De même, l'analogie avec les polynévrites secondaires aux infections, du double point de vue symptomatologique et lésionnel, est aussi en faveur de cette théorie.

D'ailleurs, nombreuses sont les affections qui ont précédé ou accompagné certaines de ces polyradiculonévrites : Guillain, Alajouanine et Périsson, Sarrouy et Bullinger-Muller ont publié, comme nous-mêmes, des cas survenus après une angine banale. Abel, Kissel, Simonin, après une angine phlegmoneuse: Barker, après un abcès dentaire, Russetski après une grippe, Draganesco, Fajon, Jordanesco, Vasilesco après un abcès périnéal, Draganesco et Claudion après un furoncle et une ostéomyélite ; Cathala, Bertrand et Bolgert après des oreillons. Popeck après des oreillons avec orchite ; Thomas, Rendu et Monnier-Vinard après parotidite ; Meyer après rougeole ; Lévy-Valensi, Desboni, Mangeais et Thiel après colibacillose ; Chavagny à la suite d'une vaccination antityphoïdique et d'un accès de paludisme.

Une infection a été assez discutée comme susceptible d'être à l'origine du syndrome, c'est la tuberculose. Nous avons publié avec Recordier un cas de syndrome de Guillain-Barré, associé à une tuberculose. Il faut y joindre un cas de Nicolas Vasilesco. Nous en avons même observé un second cas.

Quel rôle peut-on faire jouer à ces infections dans la détermination de la polyradiculonévrite ?

Remarquons que ces diverses infections sont bien disparates. En ce qui concerne la tuberculose, nous ne trouvons pas de parallélisme entre le processus neurologique qui marche vers la guérison, alors que les lésions pulmonaires s'aggravent et entraînent la mort.

Pareille unité de tableau clinique nous paraît relever non de facteurs multiples, mais d'une cause unique. Toutefois ces diverses infections ont pu jouer un rôle adjuvant.

Si ces polynévrites relèvent d'un *virus neurotrope*, quel est ce virus ? Plusieurs ont été incriminés.

Le *virus poliomyélitique* a été discuté. Un début parfois brutal, une abolition des réflexes, l'apparition de paralysies sont des éléments en faveur de cette origine. Certaines petites épidémies de poliomyélite ont coïncidé avec une recrudescence de polyradiculonévrite. De plus, il existe des poliomyélites qui, quoique très graves d'emblée, rétrocèdent sans laisser de séquelles importantes.

Si la symptomatologie et même le liquide céphalo-rachidien peuvent être parfois identiques dans la poliomyélite et le syndrome de Guillain-Barré, l'anatomie pathologique nous montre combien sont opposées les lésions ; dans la poliomyélite, l'atteinte est essentiellement cellulaire. Expérimentalement, l'inoculation du virus poliomyélitique n'a jamais permis de reproduire un syndrome polynévritique, mais seulement de provoquer des lésions discrètes de polynévrite interstitielle. Aussi n'admet-on plus actuellement l'origine poliomyélitique des polyradiculonévrites primitives.

Le *virus encéphalitique* n'est-il pas en cause ? Cette hypothèse, encore soutenue actuellement, est basée sur des arguments de valeur.

Des phénomènes sensitivo-moteurs, d'allure périphérique, avaient été signalés dans les premières descriptions de l'encéphalite épidémique.

Bériel, en 1926, étudiant les formes de l'encéphalite épidémique, distingua à côté des formes centrales et des formes méningées, des formes périphériques, parmi lesquelles la forme polynévritique, caractérisée par la diffusion des lésions, une atteinte des nerfs craniens et une évolution favorable, la forme pseudomyopathique et la forme à début polynévritique évoluant vers l'atteinte médullaire. N'oublions pas, en faveur de cette étiologie, la fréquence des polyradiculonévrites après la guerre.

L'un de nous a publié la première observation de forme polynévritique d'encéphalite. Sicard et Kudelski ont observé une paralysie des membres supérieurs, précédée de mouvements cloniques ; Bosc publiait des cas de paralysie faciale avec douleurs radiculaires, pendant une épidémie d'encéphalite. P.-E. Weill rapporte un cas typique d'encéphalite avec quadriplégie, abolition des réflexes et troubles sphinctériens.

Au cours des polyradiculonévrites on note parfois l'existence d'une diplopie, de la somnolence. Dans une de nos observations, le syndrome de polyradiculonévrite typique s'associait à des secousses myocloniques des membres supérieurs et des membres inférieurs.

D'autres auteurs opposent par contre des arguments sérieux à cette origine névraxitique.

Cruchet et Weill n'admettent pas le caractère névritique des formes périphériques de l'encéphalite épidémique. Pour Alajouanine, l'atteinte du système nerveux périphérique est très rare au cours de l'encéphalite. De plus, la diplopie, la somnolence ne sont pas des signes propres de l'encéphalite.

L'hypothèse d'un *virus neurotrope spécifique* est née de ces incertitudes étiologiques.

Guillain a inoculé le liquide céphalo-rachidien d'un malade, atteint d'un syndrome de Guillain-Barré, à trois souris par voie intracérébrale et à trois autres par voie péritonéale ; deux cobayes ont été inoculés par voie intracérébrale, deux par voie sous-cutanée, deux par voie intrapéritonéale, un singe par voie intracérébrale. Toutes ces inoculations sont restées négatives ; mais ceci ne suffit pas à rejeter l'origine infectieuse.

Guillain fait remarquer que les virus neurotropes peuvent s'accompagner de réaction méningée (sclérose en plaques, certaines encéphalomyélites à virus neurotropes où on peut même voir une dissociation albuminocytologique). Guillain rappelle à ce sujet que Le Gac et Albrand ont publié récemment une étude sur les modifications du L.C.R. au cours de la fièvre à Pappataci. Cette maladie relèverait d'un virus filtrable, transmis par le phlébotomus pappataci. Dans le L.C.R. des malades atteints, on trouve une albumine voisine de 1 gr. 20 à 2 gr. 80 0/00, avec une réaction cellulaire minime. Un mois après, la réaction albumineuse a disparu. Pourquoi une autre maladie infectieuse de nos climats ne pourrait-elle pas avoir des effets similaires ?

D'autres auteurs ont invoqué une intoxication. L'alcoolisme a été incriminé par Laruelle et Massion-Verniory. Barré retrouve, lui aussi, souvent l'alcool dans les antécédents de ces malades. L'intoxication gravidique et oxycarbonée est retrouvée dans un cas de Biémond.

Mais on doit, semble-t-il, considérer, comme nous l'avons déjà dit, ces intoxications, comme ayant un rôle purement déclenchant.

Mentionnons l'opinion curieuse de Biémond concernant l'origine toxique et sa comparaison au point de vue pathogénique entre les polyradiculonévrites et les néphroses.

Pour Biémond, la maladie de Guillain-Barré manquerait des divers critères habituels aux infections à virus neurotrope. En effet, d'après cet auteur, les virus neurotropes seraient caractérisés par une action destructive primaire sur le parenchyme nerveux, par une tendance à s'étendre rapidement à travers le système nerveux, par la possibilité de transmission par inoculation. Ces trois propriétés manquent au syndrome Guillain-Barré.

Et Biémond ajoute : « On voit des néphroses graves, le plus souvent inguérissables, lors des empoisonnements par le sublimé ; Guillain a décrit un cas mortel de polyradiculonévrite avec dissociation albuminocytologique dans un empoisonnement de ce genre. On connaît les néphroses de la diphtérie, de la syphilis, de la toxicose de la grossesse. Or, on sait que la diphtérie et la syphilis peuvent causer des syndromes polyradiculaires typiques avec altération caractéristique du L.C.R., tandis que nous avons observé nous-mêmes une polyradiculonévrite, lors d'une toxicose de la grossesse avec une guérison longue, mais complète. Ce sont surtout des néphroses dont le degré est léger et réversible que l'on peut, à mon avis, comparer avec la maladie de Guillain-Barré ».

« Les deux syndromes, néphrose d'une part et polyradiculonévrite d'autre part, ne diffèrent que par leurs résultats. Dans la polyradiculonévrite en effet, les racines qui sont revêtues par des embouchures de l'espace arachnoïdien sont directement comprises dans le processus, ce qui conduit au syndrome polyradiculaire. »

En conclusion, Biémond explique le mécanisme pathogénique de la maladie de Guillain-Barré : « La maladie de Guillain-Barré a à sa base une congestion capillaire et un gonflement toxique de l'épithélium d'une partie plus ou moins étendue de l'espace arachnoïdien, lésion qui gagne aussi les racines ».

« Dans ces conditions, le liquide céphalo-rachidien doit être formé en partie par la transsudation de l'épithélium endommagé. De là son taux élevé d'albumine sans cellules et la xanthochromie si fréquente ; triade caractéristique que nous ne trouvons jamais ou bien rarement dans les syndromes neurotropes connus. »

L'*anatomie pathologique* peut-elle nous apporter des arguments en faveur de l'origine infectieuse neurotrope ?

Mais comment parler d'anatomie pathologique dans une affection curable ?

Gilpin, Moersch et Kernohan ont, en 1936, observé 20 cas de maladie de Guillain-Barré à la Clinique Mayo ; deux étaient morts d'infection intercurrente et les auteurs ont constaté des altérations œdémateuses des racines et des nerfs.

Nous allons rapporter intégralement l'étude anatomo-pathologique de 2 cas observés par Paliard et Dechaume.

Il s'agit de « lésions diffuses ». Certaines régions de l'encéphale ou de la moelle présentent de la dilatation vasculaire avec dans certains points des manchons périvasculaires. Mais celles-ci sont en tout cas extrêmement discrètes et passent nettement au second plan. Dans nos deux observations, les lésions prédominent sur les nerfs périphériques et dans les nerfs périphériques sur le syncitium de Schwann. Elles débordent même des nerfs mixtes, pour intéresser le sympathique, ganglions et filets nerveux.

Ces lésions ne sont pas destructives. Elles sont complètement différentes des lésions de polynévrite banale qui sont surtout dégénératives. La lésion caractéristique est, en effet, la dégénérescence segmentaire périaxile, c'est-à-dire l'atteinte prédominante des gaines de myéline respectant assez longtemps le cylindraxe. La myéline gonfle, se fragmente, disparaît, tandis que les cellules de la gaine de Shwann prolifèrent. Dans les polynévrites que nous étudions, il s'agit de lésions de *névrite interstitielle*. L'opposition anatomique est donc très nette et très caractérisée.

Devant ce tableau anatomo-pathologique, Paliard et Dechaume concluent que ces constatations relèvent d'une septinévrite à virus neurotrope. Le mot de septinévrite a été employé pour la première fois par Nicolau et ses élèves pour désigner une affection généralisée des nerfs.

De tous ces faits, il est difficile de conclure. Nous pensons cependant que le syndrome de Guillain-Barré dépend très vraisemblablement d'un virus neurotrope ou plutôt d'un *virus méningo-neurotrope*. Guillain et Barré supposent que cet agent infectieux est plus irritatif que lésionnel et ils entrevoient le processus comme lié, souvent, à un état congestif, œdémateux, passager, susceptible de régresser complètement.

TRAITEMENT

En face de l'hypothèse très vraisemblable d'un virus infectieux neurotrope, le salicylate de soude intraveineux, la septicémine intraveineuse ou intramusculaire, l'uroformine intraveineuse ou par prise buccale trouvent ici des indications formelles.

La pyrétothérapie sous diverses formes, sulfosine, chlorure de calcium, peptones, dmelcos a été préconisée.

En raison de la vraisemblance d'un processus congestif, susceptible de produire ces lésions, Barré conseille la sérothérapie. Cet auteur a fait quelquefois usage de sérum antidiphtérique « parce que ce sérum a été souvent efficace, apparemment au moins, contre des troubles toxiques à expression paralytique, sans que la diphtérie ait pourtant été en cause et parce que les mélanges connus de vaso-constricteurs avaient chance à s'opposer à la vaso-dilatation profonde ».

Toutefois, il est bien difficile, devant une affection cyclique éminemment curable, d'affirmer l'action favorable de tel ou tel agent thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

Toutes les publications, concernant les polyradiculo-névrites avec dissociation albumino-cytologique du L.C.R., parues avant 1936, sont rapportées dans la bibliographie complète du livre de M. Boudin, *Les Polyradiculo-névrites généralisées avec dissociation albumino-cytologique.* Thèse Paris, 1936. Maloine, édit. Nous ne rapporterons donc ici que les travaux parus en 1936, 1937 et 1938.

Alajouanine et Boudin (G.). — Polyradiculo-névrite, avec xanthochromie et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, revêtant successivement l'aspect d'une polynévrite motrice, d'une polynévrite ataxique et enfin d'une polynévrite pseudo myopathique. *Revue neurol.*, t. 65, n° 3, mars 1936, p. 609.

Alajouanine, Thurel, Hornet et Boudin. — La polyradiculo-névrite aiguë, généralisée avec diplégie faciale et paralysie terminale des muscles respiratoires et avec dissociation albumino-cytologique. *Revue neurol*, t. 65, n° 3, mars 1936, p. 681 (fig.).

Alajouanine, Hornet, Boudin et Faulong. — Un nouveau cas anatomo-clinique de polyradiculo-névrite aiguëe généralisée avec diplégie faciale et dissociation albumino-cytologique : mort au 8e jour par paralysie des muscles respiratoires. *Revue neurol.*, vol. 66, n° 66, décembre 1936, p. 754.

Ansay. — Contribution à l'étude du syndrome polyradiculo-névritique de Guillain et Barré chez l'enfant. *Journ. (belge) neurol.*, 37, 311, 1937.

Audibert, Mattei, Boudouresques, Mlle Legré. — Polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique. *Soc. de méd. de Marseille*, 8 janvier 1937.

Barre. — Considérations diverses sur le syndrome de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique. *Journ. (belge) de neurol. et de psych.*, n° 4, 1938, p. 313-321.

Biemond. — Quelques remarques sur l'étiologie de la maladie de Guillan-Barré. *Journ. belge de neur. et psych.*. n° 3, 1938, p. 231-239.

Cathala (J.), Bertrand (I.), Bolgert (M.) et Auzepy (P.). — Paralysie diffuse à type extenso progressif avec dissociation albumino-cytologique et xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, au cours des oreillons. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. de Paris*, n° 1, 20 janvier 1936, p. 33.

Chavany. — Névraxite bulbo-ponto-cérébelleuse aiguë et curable de l'enfant. *Presse médicale*, 5 juin 1937.

Clément et Ketelbant. — Syndrome de Guillain et Barré et varicelle chez un enfant. *Journ. belge de neurol, et psych.*, n° 3, 1938, p. 240-242.

Cohen. — A propos de trois enfants présentant certains caractères du syndrome de Guillain-Barré. *Journ. belge de neurol. et psych.*, n° 4, 1938, p. 306-312

Cossa, Goglio et Cestelleni. — Un cas de polyradiculo-névrite curable, syndrome de Guillain-Barré. *Soc. neurol.*, 2 juin 1938, in *Rev. neurol.*, 1938, p. 208-211.

Creyx, Massières, Léger. — Sur un cas de polyradiculo-névrite. *Journ. de méd. de Bordeaux*, octobre 1937, p. 307.

Dagnelle (J.). — Remarques sur quelques observations de polyradiculo-névrites avec dissociation albumino-cytologique et évolution favorable. *Journ. belge de neurol. et de psych.*, 1938, p. 282-305.

de Morsier (J.) et Steinmann (J.). — Les polyradiculo-névrites. Forme aiguë curable et forme à évolution fatale. *Presse médicale*, 21 nov. 1936.

DRAGANESCO et FAÇON. — Nouvelle contribution à l'étude des polyradiculo-névrites primitives. *Paris-Médical*, n° 19, 8 mai 1937, p. 411.

DUBOIS (R.) et VAN BOGAERT (L.). — Sur un syndrome d'ataxie cérébelleuse aiguë curable avec dissociation albumino-cytologique du liquide. *Revue française de pédiatrie*, 12, 668, 1936.

DUMOLARD, SARROUY, SCHONSBOE et BADAROUX. — Polyradiculo-névrite avec hyperalbuminose du L.C.R. sans réaction cellulaire et névrite optique. *Revue d'O.R.L.*, 15, 26, 1937.

FASQUELLE SAINT-YVES MENARD. — Les polyradiculo-névrites généralisées. *Le Concours médical*, 1937, p. 277-278.

FENYES (I.) et GOTTCHE (O.). — Zur Nosographie des Guillain-Barreschen Syndroms. *Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk*, 141, nos 1-2, juillet 1936, p. 49.

GIANOTTI (A.). — Sulla diagnosi e sulla ezio-patogenesi delle radiculo-neuriti infettive da virus neurotropo indeterminato. *Pensiero med.*, n° 10, oct. 1936. p. 285.

GILPIN, MOERSCH et KERNOHAN. — Polyneuritis a clinical and pathological Study of a special group. of cases frequently referred to as instances of neuronitis, *Ann. of neurol.*, 35, 937, 1934.

GIRAUD (P.) et BOUDOURESQUES (J.). — Radiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien (syndrome de Guillain et Barré) chez l'enfant. *Journ. belge de neurol. et de psych.*, n° 4, 1938, p. 256-263.

GIRAUD (P.) et BOUDOURESQUES (J.). — Polyradiculo-névrites avec dissociation albumino-cytologique. *Soc. de pédiatrie de Paris*, S. du 11 mai 1937.

GIRAUD (P.) et BOUDOURESQUES (J.). — Polyradiculo-névrites avec dissociation albumino-cytologique. *Arch. de méd. des enfants*, n° 8, août 1937, p. 505-517.

GIRAUD et SICARD. — Sur un cas de polyradiculo-névrite généralisée et dissociation albumino-cytologique. *Soc. méd. de Nancy*, 28 avril 1937.

GUILLAIN. — *Journ. belge de neurol, et psych.*, n° 4, 1938, p. 322-329.

GUILLAIN — Radiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du L.C.R. *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 00, p. 575-590, n° 5, nov. 1936.

GUILLAIN (G.). — Radiculoneuriti with acellular hyperalbuminose of the cerebrospinal fluid. *Arch of Neurol.*, 36, 975, 1936.

GUILLAIN (G.). — Sur un cas de radiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique. Guérison complète, mais persistance de l'abolition des réflexes tendineux ; ses conséquences pour les diagnostics d'avenir. *Revue neurol.*, t. 65, n° 4, avril 1936, p. 799.

GUILLAIN (G.) et BARRÉ (J.-A.). — Quelques remarques sur notre syndrome de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. *Soc. de neurologie*, 5 mars 1936.

GUILLAIN et BERTRAND. — Etude anatomo-pathologique de deux cas de radiculo-névrite, le premier survenu au cours d'une intoxication mercurielle aiguë, le second d'origine infectieuse probable. *Revue neurol.*, vol. 66, n° 5, novembre 1936, p. 519.

GUILLAIN et KREIS. — Deux cas de polyradiculo-névrite avec hyperalbuminose du L.C.R. sans réaction cellulaire. *Paris méd.*, 2 oct. 1937, p. 244.

GUILLAUME (G.). — Sur un cas de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. *Annales méd. psychol.*, n° 4, avril 1936, p. 642.

KABAKER et KIRCHNER. — Le syndrome de Guillain et Barré à propos d'un cas. *Soc. de médecine de Strasbourg du Bas-Rhin*, S. 19 décembre 1936.

LARUELLE et MASSION. — Contribution au syndrome polyradiculo-névritique de Guillain et Barré. *Journ. belge neurol.*, 37, 646, 1937.

LEVY (Pierre-Paul) et SCHNEIDER. — Méningo-radiculite d'étiologie indéterminée. *Soc. de pédiatrie*, 17 nov. 1936.

LEVY-VALENSI, DESBOUIS, MANGEAIS, THIEL (H.). — Polyradiculo-névrite curable. *Semaine des hôpitaux de Paris*, 1er avril 1937, p. 200-203.

MARTIN et TITECA. — Diplégie faciale curable. *Journ. belge de neurol. et psych.*, n° 3, 1938, p. 217-227.

MAS. — Contribution à l'étude des infections du système nerveux avec dissociation albumino-cytologique chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1936.

MEYER (R.). — Nouvelles études sur les cas de poliomyélites observés en Alsace après l'épidémie de 1930. Le diagnostic précoce de la maladie de Heine-Médin. *Rev. franç. de pédiatrie*, 12, 756, 1936.

NAOURA et NISHIMURA. — *Psychiatria et neurologia Japonica*, 1937.

NICOLAS (C.), VASILESCO. — Synudrome de Guillain-Barré fruste au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive. *Soc. méd. Hôp. Paris*, S. du 30 oct. 1936, p. 1404-1407.

PINCKNEY. — Acute infective polyneuritis. *Brit. md. J.*, 2, 393, 1936.

RECORDIER et BOUDOURESQUES (J.). — Polyradiculo-névrite curable avec dissociation albumino-cytologique chez une tuberculose pulmonaire évolutive. *Soc. méd. of. Hôp. de Paris*, 26 février 1937, p. 282-285.

RISER et PLANQUES. — Les polyradiculo-névrites aiguës. Syndrome de Guillain-Barré. *Journ. belge de neurol. et de psych.*, n° 4, 1938, p. 264-274.

ROGER (H.) et BOUDOURESQUES (J.). — Quelques réflexions sur le syndrome de Guillain-Barré (six cas chez l'adulte). *Journ. belge de neurol. et de psych.*, n° 4, 1938, p. 243-255.

SABRAZES et BERGOUIGNAN. — Radiculo-névrite généralisée des membres avec diplégie faciale et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. *Gazette des Sc. méd. de Bordeaux*, oct. 1936, p. 630.

SARROUY (P.) et BULLINGER-MULLER. — Polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du L.C.R. *Société de pédiatrie de Paris*, Séance du 17 novembre 1936.

VAN BOGAERT. — *Journ. belge de neurol. et psych.*, 1937, p. 718-720.

VAN BOGAERT (L.) et MAERE (M.). — Les polyradiculo-névrites craniennes bilatérales avec dissociation albumino-cytologique. *Journ. belge de neurol. et psych.*, n° 4, 1938, p. 275-281.

VAN BOGAERT, PHILIPS (F.), DADERMECKER (J. et M.-A.) et VERSCHRAEGEN (Th.). — Essai sur un groupe épidémique des cas de polyradiculo-névrite avec dissociation albumno-cytologique du L.C.R. chez l'enfant et chez l'adulte. *Journ. belge de neurol et psych.*, n° 3, 1938, p. 151-211.

VAN GEHUCHTEN. — Un cas de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique et œdème de la papille. *Journ. belge de neurol. et psych.*, n° 3, 1938, p. 212-216.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

SÉANCE DU 3 JUIN 1938

Myosite streptococcique du psoas. — MM. Riche, Aussilloux et Soulier rapportent une observation de myosite suppurée du psoas à streptocoque. L'intérêt de ce cas réside dans les difficultés du diagnostic en présence d'un syndrome de psoïtis avec hyperthermie persistante et tout un ensemble évoquant nettement le phlegmon périnéphritique. Du point de vue étiologique il faut souligner la rareté des myosites à streptocoque. Enfin, du point de vue thérapeutique, les ponctions suivies d'injections de bouillon vaccin semblent nettement avoir favorisé le processus de cicatrisation.

Anthrax de la lèvre supérieure traité par roentgenthérapie. Guérison rapide. — MM. Massabuau, Guibal, Joyeux et Souchon.

Kyste de l'ovaire ou kyste du mésentère. Difficultés du diagnostic. — MM. Massabuau, Guibal, Joyeux et Souchon rapportent le cas d'un kyste du méso-sigmoïde. Ils insistent sur deux éléments essentiels pour établir un diagnostic exact :

1° La grande mobilité transversale de la tumeur avec mobilité réduite dans le sens vertical ;

2° L'absence de signe pathologique sur l'image hystérographique.

SÉANCE DU 24 JUIN 1938

L'insuline-protamine-zinc. Considérations cliniques. — MM. Baumel et A. Vedel ont expérimenté ce produit sur plusieurs malades, en clientèle et en milieu hospitalier. Voici leurs conclusions : injection sous-cutanée unique très bien tolérée. Diminution de la ration I.P.Z. par rapport à celle de l'insuline ordinaire (40 pour 100 dans un cas) pouvoir hypoglycémiant de l'I. P. Z. progressivement croissant, qui paraît être la conséquence d'une certaine accumulation. Dose maxima correspond à la moitié de la dose optima d'insuline ordinaire — disparition progressive de l'acétonurie sous l'influence de l'I.P.Z.

L'I.P.Z. facilite donc le traitement du diabète, ne nécessitant qu'une injection quotidienne, à une heure pratique, avec une ration moindre d'insuline (la moitié). Maniée prudemment, avec des dosages fréquents de la glycémie, elle paraît sans danger.

Etude expérimentale des effets de l'insuline-protamine-zinc chez le chien dépancréaté. — MM. A. Loubatières et G. Heymann ont étudié chez le chien totalement dépancréaté les effets de l'insuline-protamine-zinc et ceux de l'insuline ordinaire sur la glycémie et la glycosurie. Ils donnent une série de courbes comparatives et aboutissent aux conclusions suivantes :

Une seule dose d'I.P.Z. par voie sous-cutanée maîtrise le diabète du chien dépancréaté aussi bien que deux doses d'insuline ordinaire administrées l'une le matin, l'autre le soir. L'I.P.Z. présente son maximum d'action entre la quatrième et la dixième heure après l'injection. Quand les repas sont administrés pendant cette période, ils ne provoquent ni hyperglycémie importante ni glycosurie. L'action de l'I.P.Z. se prolonge pendant plus de vingt-quatre heures. Des injections quotidiennes d'I.P.Z. peuvent entraîner des accidents hypoglycémiques très graves. Il est donc nécessaire au cours d'un traitement prolongé de diminuer progressivement les doses.

Sur quelques particularités des accidents hypoglycémiques présentés par les animaux traités par l'insuline-protamine-zinc. — MM. A.-L. Loubatières et J. Broussy rapportent l'observation d'un chien totalement dépancréaté traité pendant plusieurs jours par l'insuline-protamine-zinc qui a présenté des accidents hypopglycémiques d'une extrême gravité. Les convulsions ont continué à se produire, même après des administrations massives et prolongées de glucose par voie intra-veineuse et alors que le taux du sucre dans le sang était très élevé. Elles ont laissé comme séquelle un syndrome de type cérébelleux auquel correspondaient des lésions congestives et des altérations des cellules de Purkinje.

Un cas de conjonctivite des piscines. — MM. Ch. Dejean et P. Artières.

Quelques cas d'hyperazotémie après hémorragies digestives et épistaxis abondantes. — M. H. Serre. Il s'agit de quatre observations confirmant l'existence d'hyperazotémie dans les hémorragies abondantes d'origine digestive (deux gastrorragies, une entérorragie) ou secondairement accumulées dans le tube digestif (épistaxis).

Le taux moyen de l'azotémie dans ces cas, est de 0 gr. 84 pour 1000. Apparue 24 heures après l'hémorragie, l'hyperazotémie disparaît d'ordinaire 8 à 10 jours plus tard.

Dépourvue de traduction clinique et de valeur pronostique nette, elle ne comporte pas d'indication thérapeutique spéciale. Sa connaissance évite de porter à tort le diagnostic d'hémorragies d'origine urémique. Elle relève d'un facteur constant : l'hyperuréogenèse par résomption sanguine et de deux facteurs inconstants : oligurie et insuffisance rénale fonctionnelle.

Hémorragie méningée au cours d'une néphrite aiguë chez un adolescent. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, J. Boucomont et M. Godlewski. Au cours d'une néphrite aiguë apparue chez un malade de 17 ans, 20 jours après un érythisme scarlatiniforme, on constate une hémorragie méningée. Les auteurs discutent la nature de l'éruption initiale et le problème que pose la coexistence d'un syndrome urémique et d'une hémorragie méningée, en raison de la fréquence constatée par eux, de l'hyperazotémie dans des hémorragies arachnoïdienne sans néphrite. Ils soulignent le caractère fruste de la symptomatologie et la relative rareté des conditions étiologiques de cette hémorragie méningée.

Péricardite avec épanchement et atélectasie pulmonaire gauche par corps étranger inclus de l'œsophage. — MM. J.-M. Bert et M. Vergues.

Maladie d'Addison à évolution rapide avec polynévrite et hépatonéphrite. — MM. P. Mas et L. Simon décrivent un cas de maladie qui s'accompagnait de polynévrite et d'hépatonéphrite (confirmée par l'examen histologique) avec hyperazotémie.

Les auteurs rapportent l'hépatonéphrite à l'infection tuberculeuse. Quant à la polynévrite, ils font intervenir dans sa pathogénie une intoxication étylique associée à la tuberculose. Ils font jouer un rôle favorisant considérable à la diminution de la fonction antitoxique surrénale.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1938

Evolution lente d'un épithélioma sur une cicatrice cutanée consécutive à une brûlure à la soude caustique. — MM. Sollier et P. Radaody Rularosy.

Syndrome de sclérose latérale amyotrophique à évolution prolongée et ascendante et d'origine indéterminée. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, J. Boucomont et Mlle L. Bougarel.

Il s'agit d'un cas de sclérose latérale amyotrophique lentement constituée depuis une vingtaine d'années, prédominant à droite et ayant respecté le membre supérieur gauche. La malade présente en outre une névralgie faciale droite continue, apparue à peu près treize ans après le début, un syndrome oculaire (inégalité pupillaire, parésie des droits internes et de la convergence, nystagmus dans le regard vertical), un syndrome pseudo bulbaire avec rire et pleurer spasmodiques, puérilisme, dysarthrie et nasonnement. L'origine de ce cas est indéterminée ; il s'agit peut-être d'un processus lent de névraxite chronique.

Etude de l'azotémie dans deux cas d'hémorragie méningée. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, J. Boucomont et Mlle Bougarel. Ces observations montrent l'hyperazotémie qui succède souvent aux hémorragies méningées en dehors de toute néphrite. De degré variable, débutant 36 à 48 heures après l'hémorragie, elle atteint très rapidement son maximum et disparaît en 4 à 5jours.

Dans ces cas, le mécanisme de l'hyperazotémie semble relever surtout de la résorption sanguine, accessoirement de l'oligurie.

Les limites du tabès (A propos de quatre observations). — MM. L. Rimbaud, H. Serre, J. Boucomont et M. Godlewski. Il s'agit de quatre malades chez qui, cliniquement, le diagnostic de tabès s'impose du fait de l'association de trois ou quatre des signes fondamentaux de la série tabétique. Or, dans un cas, les réactions de la syphilis sont positives dans le sang seulement, dans une autre, on trouve une légère lymphocytose rachidienne et une réaction de Meinicke + + +, chez les deux autres malades enfin toutes les réactiosn humorales sont normales.

Tabès fruste ou syndrome neurologique inclassé, telle est l'alternative que posent ces cas pour lesquels les auteurs adoptent une conduite thérapeutique différente suivant les malades.

Paraplégie spasmodique survenue au cours d'une fièvre de Malte contractée à Tombouctou. Arsénothérapie. Guérison. — M. J. Vidal.

Etude de quelques eaux puisées dans les environs immédiats des cimetières. — MM. Carrieu, Jaujou et Mme Rambault. Cette étude nous montre que le voisinage des cimetières n'a pas l'influence néfaste sur les eaux que l'on serait en droit d'attendre. En effet, les résultats indiquent que les qualités bactériologiques et chimiques des eaux ont subi des modifications par le fait de la proximité des fumiers et des égouts et non par le fait du voisinage d'un cimetière. D'autre part la façon dont les nappes sont captées intervient dans la pureté de l'eau (Norias ou pompes à tubes par exemple).

Recherche sur la souillure des salades des champs. — MM. Carrieu, Mme Rambault, Mlle Laporte. Les salades paraissent être l'objet d'une contamination banale par les germes saprophytes importants. La contamination spécifique par les germes contenus dans les matières fécales paraît être moins accusée ; en effet, la quantité des colibacilles trouvés dans la deuxième eau de lavage des salades examinées oscille aux alentours de 100 par litre, alors que la numération des germes sur boîte de Pétri ensemencées avec la même eau permet d'enregistrer des résultats atteignant jusqu'à 60 millions de germes par centimètre cube. L'évaluation de cette souillure est d'autant plus importante à connaître qu'aucun des essais entrepris jusqu'à ce jour n'a permis d'obtenir la désinfection des légumes verts.

La ponction de la rate, par P.-Emile Veil, P. Isch-Wall et Suzanne Perlès. Un volume de 138 pages avec 124 figures. Prix : 32 fr. Chez Masson et Cie, Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Analyse physique des calculs urinaires et biliaires, par le docteur E. Pillet. Un volume de 96 pages. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 25 francs.

L'auteur a eu l'idée d'appliquer à l'étude de ces calculs les procédés cristallographiques, ce qui n'avait pas encore été réalisé chez l'homme.

L'urine est un milieu minéral ; ses sédiments critallins s'agglomèrent dans les calculs des reins et de la vessie. Ceux-ci sont étudiés sur des coupes, amincies jusqu'à quelques centièmes de millimètre et examinées au microscope polarisant.

Une méthode nouvelle apporte avec elle des faits nouveaux.

Après un rappel de quelques notions sur les systèmes cristallins et la lumière polarisée, l'auteur met en évidence les diverses constantes physiques qui caractérisent chacun de ces cristaux. Les calculs d'oxalates sont composés de petits octaèdres, ils apparaissent sur les coupes en fers de lance ou en sphérolithes, suivant que les urines sont limpides ou sanglantes. Les calculs d'acides uriques ont une structure cristalline fibro-lamellaire différente des cristaux isolés.

Les calculs de phosphate am-mg sont une agglomération de gros cristaux tabulaires. Ils sont pyro-électriques, c'est-dire que des fractions de quelques centièmes de degré de température suffisent à développer à leurs extrémités des pôles d'électricité, positive ou négative ; aussi les trouve-t-on sur ces coupes orientés en une couronne radiaire. Notion nouvelle et importante dans leur pathogénie. Les calculs biliaires ont été soumis aux mêmes procédés, qui y ont décelé des cristaux d'oxalates de Ca, ce dont aucun traité d'analyse n'avait fait encore mention.

Contagion. Hérédité. Discussion de leur rôle dans la genèse de l'infection tuberculeuse, par Jean Le Tacon. Préface du docteur F. Dumarest. — 1 vol. in-8° de 196 pages, 40 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cet ouvrage est d'abord un exposé aussi complet que possible des variations de l'opinion médicale au cours des âges, quant au problème de la transmission de la tuberculose, opinion qui a constamment oscillé de l'hérédité à la contagion, en les opposant toujours, on ne sait trop pourquoi, l'une à l'autre.

Que la contagion existe, qu'elle joue le rôle prépondérant dans la diffusion de la maladie, cela est aujourd'hui admis sans conteste et cela est évident.

Faut-il pour cela conclure que l'hérédité est indifférente ? Son rôle est sans doute difficile à préciser. C'est ici que l'auteur, empruntant des arguments aux travaux de biologie générale de Le Dantec, aux multiples faits d'observation colligés par Sanarelli, s'inspirant des méditations de philosophie biologique générale que nous a laissées Ch. Nicolle et enfin des vues synthétiques exposées par M. Dumarest dans sa préface, cherche à construire une hypothèse raisonnable du rôle possible de l'hérédité bacillaire.

Selon cette hypothèse qui n'est que l'application au cas particulier de la tuberculose des lois qui régissent les grandes maladies infectieuses connues, l'hérédité tuberculeuse pourrait s'exercer, tantôt dans le sens de la prédisposition, tantôt et plus fréquemment dans le sens de l'atténuation progressive au cours des générations de l'infection ancestrale.

Psycho-physiologie sexuelle (étude biologique, clinique et sociale, par L. Strominger, docent d'urologie à la Faculté de médecine de Bucarest, lauréat de l'Académie de médecine de Paris. Préface de M. le professeur Laignel-Lavastine. — 1 vol. in-8° de 286 pages, 55 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Ce livre est une étude biologique, clinique et sociale de la psycho-physiologie sexuelle, basée sur les recherches des grands savants de la sexologie mondiale et complétée par les constatations et les recherches personnelles de l'auteur.

A cette étude biologique et clinique s'ajoute une revue sur les troubles sexuels, sur la crise sexuelle, sur le mariage et sur la sexualité en général. L'auteur traite très largement les rapports entre la sexualité et la sociologie, et s'arrête longuement sur l'Eugénique et ses applications pratiques.

Après avoir passé en revue la psycho-physiologie sexuelle chez l'enfant, chez l'homme et chez la femme, l'auteur insiste sur l'abstinence sexuelle, sur l'éducation sexuelle et ses modalités.

La psychopathologie sexuelle avec tous ses revers, et surtout la pornographie ; les troubles de l'instinct sexuel et leur rôle social ; le mariage enfin et son facteur social, insuffisamment étudié dans beaucoup de livres ; le certificat prénuptial avec ses conséquences biologiques et sociales, font le sujet de chapitres importants et donnent lieu à des considérations très développées.

Un chapitre tout nouveau et d'intérêt capital est constitué par l'étude de la vie sexuelle des grands hommes et des femmes célèbres.

Ces connaissances de psycho-physiologie sexuelle serviront surtout à l'éducation sexuelle — si nécessaire aujourd'hui — ainsi qu'à la connaissance approfondie des troubles sexuels organiques et dynamiques.

Cet ouvrage très documenté intéressera les praticiens, les sexologues, les pédiatres, les urologues et principalement les éducateurs de la jeunesse.

PRATIQUE MÉDICALE

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES PAR LES ANTIGÈNES SPÉCIFIQUES ASSOCIÉS A LA CHOLESTÉRINE

Dans une communication au congrès d'hygiène de l'Institut Pasteur (19-22 octobre 1936), le docteur Barbary a préconisé pour le traitement prophylactique et curatif des maladies infectieuses, l'association d'une solution cholestérinée aux médicaments biologiques spécifiques (vaccins, anatoxines, sérums).

Barbary expose les résultats obtenus d'après diverses observations, où la solution cholestérinée spéciale, le Cinnozyl (solution huileuse de cholestérine-camphre-cinnamate de benzyle) fut associée à l'anatoxine diphtérique, à des sérums spécifiques (antidiphtériques, antitétaniques), à l'antigène tuberculeux, à divers vaccins, et il conclut que cette méthode :

Assure une action antichoc certaine et accroît le degré de l'immunité active.

Ces faits s'accordent du reste pleinement avec les expériences de Ramon, Lemétayer, Zoeller, sur le renforcement de l'immunité spécifique active, par l'injection d'antigènes incorporés à certaines substances (lanoline et cholestérine en particulier).

Barbary remarque également que sa méthode est comparable à celle de M. Flandin, exposée dernièrement à l'Académie des sciences, par le prof. Achard, sur le traitement de la lèpre par l'injection intraveineuse d'un complexe nouveau de chaulmoogra et de cholestérol, méthode permettant l'introduction de hautes doses de chaulmoogra.

Cette médication associée paraît particulièrement intéressante dans le traitement de la tuberculose : l'on sait les résultats obtenus depuis de nombreuses années avec l'utilisation du Cinnozyl, comme traitement adjuvant des tuberculoses pulmonaires ou extra-pulmonaires, ce produit créant, selon l'expression de Barbary, une « immunité artificielle chez les organismes moins privilégiés, en utilisant les propriétés du cholestérol ».

Barbary associe au Cinnozyl l'antigène méthylique tuberculeux, selon la technique suivante :

« Dans une seringue de 10 cc., on aspire le contenu d'une ampoule de 5 cc. de Cinnozyl, puis l'antigène méthylique (1/2 cc.), enfin le contenu d'une seconde ampoule de Cinnozyl. Injection sous-cutanée de la région fessière haute. Deux injections par semaine, pendant deux semaines. Dans les jours intermédiaires, chaque jour, deux ampoules de la solution cholestérinée sans antigène. Repos 8 jours. Puis même technique avec 1 cc. d'antigène ».

Aucune réaction, aucun choc, aucune interruption dans les occupations journalières. Le traitement s'applique aux différentes formes de la tuberculose pulmonaire, osseuse, cutanée, ganglionnaire, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Les tuberculeux traités lors des essais thérapeutiques de cette méthode, étaient des bacillaires tous positifs, avec lésions constatées cliniquement et contrôlées par radiographie avant et en cours de traitement. Ils présentaient un état général souvent de splus médiocres, en raison de leur situation sociale.

Rapides chez les uns, lents chez d'autres, les résultats se traduisent par un arrêt dans l'évolution, chute de température, augmentation de poids correspondant à une régression plus ou moins active des lésions vis-à-vis desquelles la sclérose s'établit.

Stimuler les processus de réparation, tel a été le but de la méthode du docteur F. Barbary, basée sur les études les plus récentes de l'immunité. La cure disciplinée, — repos, aération, alimentation, reminéralisation, agents de diététique — jointe à la thérapeutique locale (collapsothérapie) loin de la vie trépidante pour les uns, du taudis pour les autres, explique l'action salutaire du sanatorium.

Il était utile de faire connaître qu'on pouvait compléter ces moyens classiques par ceux que nous ont procuré les éléments de résistance de l'organisme que représentent associés, le cholestérol et l'antigène méthylique vis-à-vis de la tuberculose.

La phlébite et les varices, thérapeutique homéopathique, par le docteur E.-A. Maury. Un vol. de 96 pages, chez Doin et Cie, 1938. Prix : 25 francs.

Tactique opératoire des glandes endocrines, par G. Jeanneney et P. Foucault. Un vol. in-8° de 190 pages, avec 126 figures, chez Doin et Cie, 1938. Prix : 65 francs.

Contagion, Hérédité. Discussion de leur rôle dans la genèse de l'infection tuberculeuse, par Jean Le Tacon, avec une préface du docteur F. Dumarest. Un vol. in-8° de 196 pages, chez Douin, 1938. Prix : 40 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 76. — MERCREDI 21 SEPTEMBRE 1938 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste d'interne en médecine sera vacant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura), à partir du 15 octobre 1938.

Traitement de 12 à 16.200 francs et avantages en nature.

Conditions : Être Français, étudiant en médecine muni de seize inscriptions. Age maximum : 30 ans.

Adresser les candidatures à M. le Directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura).

Sanatoriums publics. — M. le docteur Crouzet, médecin adjoint au sanatorium de Ponteils (Gard), a été nommé, par arrêté du 10 septembre 1938, médecin directeur du sanatorium Bellevue à Montpellier (Hérault).

Dispensaires de la Drôme. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires de la Drôme, ne faisant pas de clientèle, conformément au règlement intérieur des dispensaires antituberculeux.

Adresser les demandes d'inscription au président du Comité départemental d'Hygiène sociale, préfecture de la Drôme, à Valence, qui indiquera les pièces à fournir pour la constitution des dossiers.

Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 1er octobre, dernier délai.

Guerre. — Le *Journal Officiel* du 15 septembre publie la liste des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes auxquels le ministre de la Guerre a conféré des récompenses honorifiques pour soins gratuits donnés à la gendarmerie.

Marine. — Des concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navales auront lieu à Brest en mai et juin 1939, en vue de la nomination d'un titulaire dans chacune des catégories suivantes :

Chirurgie générale.

Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

Deuxième anniversaire de la mort de Jean Charcot. — Il y a eu deux ans, le 16 septembre, que notre confrère, le commandant Jean Charcot a disparu en mer, avec tous ses camarades du *Pourquoi-Pas ?* Donnons un pieux souvenir au grand marin dont la vie de labeur reste un si magnifique exemple pour nous tous.

Fédération nationale des Médecins du Front. — Grâce à la générosité des Laboratoires du Léniforme et de la Lénifedrine, la Fédération nationale des Médecins du Front a pu décerner, cette année-ci, vingt bourses de voyage de deux mille francs chacune à ses membres les plus méritants.

La dénatalité. — On vient de publier les statistiques sur le mouvement de la population pour le premier trimestre 1938.

Mariages : 54.639, contre 55.001 pendant la période correspondante de 1937.

Divorces : 5.281, contre 5.206 en 1937.
Naissances : 157.253, contre 158.605 en 1937.
Décès : 192.937, contre 177.671 en 1937.

Le déficit des naissances est passé de 19.066 en 1937, à 36.684 en 1938, en augmentation de près de 45 % sur la période correspondante de l'an passé. Si rien n'arrête ce déclin, dans cinquante ans la population diminuera de 12 millions d'habitants.

La question angoissante de la dénatalité est avant tout une question morale, toutes les autres explications sont vaines.

Le Comité de l'Alliance nationale contre la Dépopulation nous communique d'autre part :

D'après un tableau qui vient d'être publié par l'Office de Statistique du Reich, le nombre des naissances s'est élevé en Allemagne, pendant le premier trimestre de cette année, à 363.000, en augmentation de 12.000 sur le chiffre correspondant de l'an dernier ; le nombre des décès n'a pas dépassé 233.000, en diminution de 24.000, si bien que l'excédent des naissances atteint 130.000, en trois mois. — Comparez.

IIIe Congrès international de Médecine et de Malariologie, — Ce congrès aura lieu, à Amsterdam, du 24 septembre au 1er octobre, à l'Institut des Colonies. Des délégués de trente pays se sont déjà inscrits. Le programme comporte cent dix communications et démonstrations cinématographiques. M. le professeur Wenckebach, de Vienne, traitera le problème du cœur dans le béri-béri ; Sir Malcolm Watson, l'organisateur de la lutte contre le paludisme, qui a séjourné 30 ans à Malacca, et M. le professeur Nocht, d'Hambourg, feront des conférences sur le paludisme. On entendra aussi des conférences sur les maladies provoquées par la leptospire et la filaria, ainsi que sur la vaccination contre la fièvre jaune et la peste, la mouche tsé-tsé et la rage canine.

Pour tout renseignement, s'adresser à l'Instituut voor Tropische Hygiene, Mauritskade 57, Amsterdam-O.

Congrès International de la médecine d'Assurance-Vie (1939)
Le prochain Congrès international de médecine d'Assurance-Vie se tiendra à Paris, du 18 au 21 mai 1939, sous le patronage de M. le ministre de la Santé publique, sous la présidence du Dr. P. Hornig (Berlin) et du professeur Sir Walter Langdon-Brown (Londres), et sous la présidence du professeur M. Loeper (Paris).

Les rapports suivants y seront exposés et discutés :

1° *Tuberculose pulmonaire et assurance-vie.* Rapporteurs. 1° docteur Courcoux (Paris) ; 2° professeur G. Malan (Turin) et docteur T. Ricciotti (Rome).

2° *L'hyperthyroïdisme dans l'assurance-vie.* Rapporteurs : 1° professeur L. Dautrebande (Liége) ; 2° docteur Ch. Aubertin (Paris).

3° *L'influence de l'obésité dans l'assurance-vie.* Rapporteurs : 1° professeur Marañon (Madrid) ; 2° docteur M. Shaw (Londres).

4° *L'importance du tabagisme dans l'assurance-vie et dans la médecine préventive.* Rapporteurs : 1° professeur H. Bergstrand (Stockholm) ; 2° professeur Külbs (Cologne) ; 3° professeur von Bergmann (Berlin).

5° *L'albuminurie dans l'assurance-vie.* Rapporteurs : professeur Volhardt (Francfort) ; 2° docteur G. Cavalie (Milan) et docteur A. Starna (Rome).

6° *Valeur de la statistique dans l'assurance-vie.* Rapporteurs : 1° docteur Wireman Cook (Minneapolis) ; 2° professeur L. Winternitz (Trieste) et docteur P. Trottarelli (Rome) ; 3° docteur J. Siegenbeck Van Henkelom (Rotterdam) ; 4° docteur Stévenin (Paris).

Les demandes de renseignements peuvent être adressées au Secrétariat général, docteur P.-A. Carrie, 8, rue de Belloy, Paris (16e).

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique (professeur Georges Portmann). Clinique Piccini 6, rue Piccini (16e). Tél. Kléber 61-61. Du vendredi 21 octobre au jeudi 27 octobre 1938, avec la collaboration du docteur J. Auzimour, du professeur agrégé Despons et du docteur Paul Leduc.

Programme :

Vendredi 21 octobre, 9 h. 30, les thrombophlébites sinuso-jugulaires et leur traitement chirurgical ; 15 heures, les otites aiguës ; 16 heures, sinusites fronto-maxillaires, traitement chirurgical.
Samedi 22 octobre, 9 h. 30, mastoïde, anatomie, pathologie ; 15 heures, la mastoïdectomie.
Lundi 24 octobre, 9 h. 30, ethmoïde, anatomie, pathologie, chirurgie ; 15 heures, insuffisance respiratoire nasale et traitement chirurgical.
Mardi 25 octobre, 9 h. 30, tumeurs malignes du massif facial ; 15 heures, amygdales, anatomie, pathologie, chirurgie.
Mercredi 26 octobre, 9 h. 30, les otites chroniques ; 15 heures, traitement chirurgical des otites chroniques.
Jeudi 27 octobre, 9 h. 30, tumeurs malignes du larynx ; 15 heures, chirurgie du larynx.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions seront reçues chez le profseseur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, à Bordeaux (Tél. 806-98), 15, rue Franklin, à Paris (Tél. Tro 37-16).

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec une douloureuse émotion la mort de notre collègue et ami le professeur Octave Crouzon, membre de l'Académie de Médecine, médecin en chef de la Salpêtrière, secrétaire général de la Société de Neurologie.

— Le docteur Marcel Rifaux, à Chalon-sur-Saône.

— Le docteur N. Nicolaïdès (d'Athènes), décédé à Paris.

— Le docteur Catoire (de Paris), décédé accidentellement à Issoudun.

— Le docteur Constantin Puica, à Nice.

— M. Pierre Ruel, interne à l'hôpital d'Ivry.

A PROPOS DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE

Par M. le docteur JEAN-PAUL GRINDA

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris,
Chirurgien des hôpitaux de Nice.

A en juger par les blessés vus en expertise, les résultats du traitement des fractures de la rotule sont loin d'être toujours satisfaisants. Dans la majorité des cas, les blessés, atteints de séquelles « moyennes » conservent une incapacité de 30 à 40 %. Longtemps la marche est restée difficile et la reprise du travail a été tardive. En définitive, la rotule est restée volumineuse, hypertrophique, l'extension complète est diminuée, la flexion est freinée, et surtout il existe des signes d'arthrite chronique du genou, genou sensible, gonflé, enraidi avec une atrophie souvent importante du quadriceps crural. Dans certains cas, la diminution de la capacité de travail a été de 45 à 50 % et même plus.

Ces résultats médiocres tiennent pour une part à ce qu'il s'agit d'une fracture articulaire, souvent multifragmentaire ; et d'autre part, au traitement employé : cerclage au fil de bronze avec mobilisation précoce du genou.

Lorsque nous nous sommes présenté au Concours de l'Internat de Paris, il y a une douzaine d'années, les six ou sept cents candidats ont écrit sans hésiter « que les fractures de la rotule devaient être opérées « dans les jours qui suivent l'accident, qu'il convenait de les cercler avec un fil de bronze, de com« mencer la mobilisation passive dès les premiers « jours, la mobilisation active et la marche vers le « 12e-15e jour ».

Depuis, notre technique a changé.

Nous n'opérons plus systématiquement toutes les fractures de la rotule dans les jours qui suivent l'accident, nous avons abandonné le cerclage au profit de la suture et les fils de bronze au profit des crins ; nous avons abandonné complètement la mobilisation passive et nous n'hésitons plus à plâtrer les fractures de la rotule pendant trois semaines, ce qui à l'époque nous aurait certainement valu une note éliminatoire.

Nous essaierons dans cet article de décrire et de justifier notre technique.

Deux auteurs sont responsables des modifications apportées au traitement classique. L'un, M. Fredet, nous a appris à préférer la suture au cerclage et les crins au fil de bronze. L'autre, Böhler, nous a appris à éviter les mouvements de flexion du genou pendant les premiers jours qui suivent la suture, tout en instituant dès le début un traitement fonctionnel énergique pour éviter les raideurs articulaires et l'atrophie du quadriceps.

Pour plus de clarté nous distinguerons :

1° Les fractures transversales, les plus fréquentes, de cause indirecte, fracture par flexion de la rotule sur le fémur.

2° Les fractures multifragmentaires en mosaïque, dues à la friabilité de l'os, où l'on retrouve toujours deux fragments principaux, supérieur et inférieur avec des petits fragments latéraux solidaires.

3° Les fissures en étoile de la rotule, de cause directe, sans diastasis interfragmentaire et sans interruption vraie de l'appareil extenseur du genou.

DATE DE L'INTERVENTION

Nous opérons les fractures de la rotule soit d'urgence, soit très tard.

Nous opérons d'urgence, dès les premières heures, toute fracture de la rotule sans lésion cutanée. Il n'y a aucun danger à opérer de si bonne heure et les avantages sont certains : ostéosynthèse facile, arrêt de l'hémorragie par la suture, gain de temps.

Par contre, quand il existe des lésions cutanées, il y a toujours intérêt à opérer très tard après avoir ponctionné l'hémarthrose et obtenu la cicatrisation parfaite des lésions cutanées.

FRACTURES A OPÉRER

Nous opérons toutes les fractures transversales avec diastasis, c'est-à-dire toutes les fractures interrompant l'appareil extenseur du genou.

TECHNIQUE

Nous décrirons notre technique avec précision. En chirurgie chaque geste, même le plus simple, a sa valeur.

a) *Anesthésie.* — Nous employons de préférence l'anesthésie rachidienne. Dans quelques cas, nous avons employé l'anesthésie locale sans éprouver de difficulté particulière au moment de la suture osseuse. L'anesthésie générale nous semble contre-indiquée.

b) *Précautions d'asepsie.* — Après badigeonnage à l'iode, un champ recouvre le pied, puis un tube de jersey stérile est déroulé de haut en bas depuis la pointe des orteils jusqu'à la racine de la cuisse.

Un drap fendu au milieu et fixé au niveau de la racine de la cuisse recouvre complètement le blessé et la table d'opération.

Ainsi la mobilisation de la jambe est aisée sans crainte de faute d'asepsie.

c) *Incision cutanée.* — Le genou étendu, on incise d'abord le jersey, puis la peau.

La ligne d'incision courbe est jalonnée par un repère médian et deux latéraux pour faciliter ultérieurement la suture.

La main gauche fixera le fragment supérieur entre pouce et médius et la pointe de la rotule de l'index. La ligne d'incision décrit autour de ces trois points une ligne courbe à concavité supérieure.

d) *Décollement du lambeau.* — Inutile de disséquer le lambeau. Il suffit de le soulever d'une main et de fléchir fortement le genou de l'autre pour décoller le lambeau, découvrir et faire bailler le foyer de fracture.

Parfois quelques fibres aponévrotiques non rompues, pré ou latéro fragmentaires, doivent être divisées aux ciseaux.

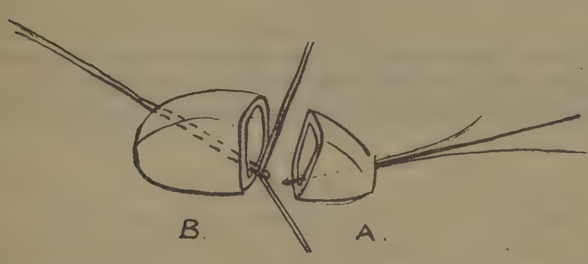
e) *Toilette articulaire.* — Deux écarteurs de Farabeuf sur la ligne médiane, écartent en haut et en bas les fragments. Au moyen d'une compresse montée sur une pince et imbibée de sérum chaud, l'opérateur enlève les caillots intra-articulaires.

f) *Préparation des fragments.* — Un écarteur de Farabeuf transversal soulève les fragments. Des coups de curette légers avivent les surfaces fracturaires.

Il est essentiel de noter et de respecter les irrégularités du trait de fracture qui serviront à forer en bonne place les canaux de suture.

g) *Forage des canaux.* — Le cerclage de la rotule est illogique ; dans les mouvements de flexion le cerclage n'empêche pas, au contraire, les fragments de bailler en avant. Seule la suture, perpendiculaire au trait de fracture, évite ce baillement et maintient rigoureusement en place les fragments réunis. Suivant les cas, il y a lieu de forer un canal médian, ou mieux, deux canaux latéraux dans les deux fragments supérieur et inférieur.

D'une main, l'aide récline en haut le surtout fibreux pré-rotulien au moyen d'un écarteur de Farabeuf, et de l'autre, fixe le fragment au moyen d'un davier latéral.



Pour forer les trous nous avons abandonné le perforateur à main de Lucas Championnière, instrument grossier et traumatisant. Le perforateur électrique au moyen d'une mèche fine fore avec aisance et précision le minuscule canal nécessaire au cerclage. L'anse médiane du crin est introduite à reculons (voir figure A) dans le canal au moyen d'une aiguille de couturière.

Elle ramène ensuite dans sa boucle (voir figure B) deux ou trois crins qui serviront à la suture.

Ce canal doit être oblique et aboutir sur la surface fracturaire immédiatement en avant de la corticale postérieure. La seule précaution à observer est de bien repérer les aspérités du trait de fracture et de forer sur les deux fragments supérieur et inférieur, des canaux rigoureusement symétriques pour que la suture de la rotule soit parfaite.

h) *Suture de la rotule.* — Les deux fragments étant réunis par un davier médian confié à l'aide, les crins sont noués et coupés court.

Les crins ont l'avantage sur les fils de bronze :

1° De ne pas couper (ce qui est essentiel pour un os friable) ;

2° D'être plus solides (ce qui est indispensable en raison de la fréquence des fractures itératives de la rotule.

i) *Suture du surtout fibreux et des ailerons.* — En avant de la rotule, la suture du surtout fibreux prérotulien recouvre les crins.

Latéralement, deux ou trois points de chaque côté de la rotule restaurent les ailerons rotuliens en évitant de prendre la synoviale dans la suture.

j) *Suture cutanée.* — Quelques agrafes, très rapprochées et non serrées, suturent la peau d'un repère cutané à l'autre.

Pansement ouaté compressif aux bandes Velpeau.

k) *Soins post-opératoires.* — Le membre inférieur est immobilisé sur une attelle en extension, le pied étant surélevé. Les agrafes sont enlevées le 6e jour. Au dixième jour, on met un appareil en colle de zinc sur le pied et sur la jambe, et par dessus une coquille plâtrée immobilise le genou en extension à 170°.

Le blessé quitte la clinique le douzième jour.

Chaque jour, il doit exécuter un traitement fonctionnel intensif : élévation du membre inférieur et marche. Un kilomètre la première semaine — deux la seconde semaine. Le plâtre est enlevé trois semaines après.

Dès ce moment, l'extension complète du genou est possible et l'atrophie du quadriceps minime. Seule la flexion reste limitée. Pour rétablir la mobilité du genou, on fait de l'air chaud et de la mobilisation active. La flexion à angle droit est obtenue en deux ou trois semaines chez les sujets jeunes, en cinq ou six semaines chez les sujets âgés.

Résultats. — En suivant cette technique, nous avons obtenu des rotules petites, solides, comparables à celles du côté opposé ; des genoux secs, non douloureux et mobiles, l'extension étant indemne et la flexion atteignant rapidement l'angle droit.

II. — Fractures multifragmentaires. — Dans ces fractures multifragmentaires, il existe toujours deux fragments principaux médians supérieur et inférieur, et des petits fragments latéraux, solidaires des deux premiers.

Pour rétablir la continuité de l'appareil extenseur du genou, la suture des deux fragments principaux, supérieur et inférieur, doit être combinée à un cerclage aux crins de la rotule. Ce cerclage a pour but de maintenir les petits fragments latéraux contre les deux fragments principaux.

III. — Fissures en étoile. — Ces fractures multifragmentaires de la rotule, véritable éclatement de l'os, sont dues à des traumatismes directs et sont souvent associées à des lésions cutanées. Ce sont souvent des fractures sans déplacement et sans interruption du tendon rotulien, à l'intérieur duquel les fragments restent inclus.

Dans ces cas, l'intervention immédiate est dangereuse en raison des lésions cutanées et l'intervention secondaire est bien inutile, la coquille plâtrée suffisant parfaitement à maintenir la rotule jusqu'à complète consolidation. Dans ces fractures, nous procédons :

a) A l'immobilisation du membre inférieur en extension et en élévation avec pansement compressif au niveau du genou ;

b) A l'évacuation de l'hémarthrose au moyen d'une petite incision pratiquée à l'anesthésie locale, ou d'une ponction au trocart.

Au dixième jour, le genou étant sec, le pied et la jambe sont enduits de colle de zinc et la coquille plâtrée est mise selon la technique de Böhler et le traitement fonctionnel entrepris comme pour les fractures de la rotule avec diastasis, suturées aux crins.

Conclusions

Dans l'ensemble, le traitement des fractures de la rotule doit tenir compte de l'anatomie et de la physiologie de la rotule, os sésamoide peu et mal vascularisé, inclus dans le tendon du quadriceps crural.

Os fragile : il y a lieu de préférer la suture aux crins aux fils de bronze et de forer avec délicatesse les canaux nécessaires à la suture.

Fracture transversale : la suture verticle, perpendiculaire au trait de fracture est préférable au cerclage.

Os à consolidation lente avec interruption de l'appareil extenseur de la jambe : les mouvements de flexion doivent être rigoureusement proscrits pendant trois à quatre semaines, et l'immobilisation plâtrée est à ce titre une précaution justifiée et utile en ce qu'elle permet un traitement fonctionnel intensif. Ces quatre semaines d'immobilisation sont d'autre part indispensables pour obtenir une cicatrice solide du surtout fibreux pré-rotulien et des ailerons latéraux du genou.

En résumé, les indications de Fredet et de Böhler sont loin de s'exclure et il est facile de les associer dans une technique réunissant leurs avantages respectifs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le yoga tantrique hindou et thibétain, par J. Marquès-Rivière. 1 vol. de 127 pages. Prix : 13 fr. 50. Librairie Vega, 175, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), 1938.

Le progrès scientifique, par Sir James Jeans, Sir William Bragg, les professeurs E. W. Appleton, E. Mellanby, J. B. S. Haldane, Julian Huxley, traduit de l'anglais par M. Paul Couderc. 1 vol. de 198 pages. Prix : 20 fr. Félix Alcan, Paris, 1938.

Le régime fiscal de la profession médicale, par Henri Dufour, docteur en droit. 1 vol. de 227 pages. Librairie technique et économique, 3, rue Soufflot, Paris (5e), 1938.

La mélancolie, syndrome, maladie, médecine légale, traitement, par R. Benon. 1 vol. de 206 pages. Prix : 30 fr. Librairie médicale Marcel Vigné, 11 et 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e), 1937.

Annuaire médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires de France (sanatoriums, maisons de santé), 66e édition, année 1938. 1 vol. illustré de 616 pages. L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

ULCÈRE DUODÉNAL PROBABLE CHEZ UN ENFANT

Par M. L. BABONNEIX et Mme ALDOU

Observation. — E. Christian, 14 ans 1/2, 43 kg. 400, ayant 1 m. 47 de taille. Entré salle Boulloche le 15 mai 1938, pour angine aiguë et hémorragies digestives.

Antécédents héréditaires. — Le père, 41 ans, a des habitudes d'intempérance. La mère, 34 ans, est bien portante, ainsi qu'un frère.

Antécédents personnels. — Né à terme normalement, nourri au lait ordinaire ; premières dents à 8 mois ; premiers pas à 16 ; quelques vomissements les premiers mois. Vacciné contre la variole en 1937 ; contre la dipthérie à 6 ans.

L'enfant a eu la varicelle, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, une otite fruste, sans complications graves.

En 1936, une fracture du fémur a nécessité une greffe osseuse après prélèvement d'un greffon tibial.

Histoire de la maladie. — Son début remonte seulement au 13 mai 1938. Il a été marqué par une ascension thermique à 39°3 et de la céphalée. Dans la nuit du 14 au 15 mai, alors qu'il était encore chez lui, le malade est pris simultanément d'une épistaxis, de vomissements et de diarrhée sanglants.

Il entre à l'hôpital le 15 mai, à 6 heures du matin, où le service de garde constate une angine pultacée, une température à 39°, et prescrit des gargarismes, un prélèvement de gorge, de l'arrhémapectine et de la glace sur l'abdomen.

Aucune hémorragie ne se produit ce jour-là.

Le 16 mai au matin, gros melaena : selle pâteuse, couleur de suie, accompagnée d'un liquide brunâtre émis en quantité assez considérable. On constate de la pâleur des muqueuses et de la peau. Le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt, mais la rate n'est pas perceptible. Il n'y a ni taches rosées, ni gargouillement de la fosse iliaque droite. Le ventre est souple, sans aucune réaction péritonéale. Il n'y a pas de ganglions, le cœur est normal.

L'examen des poumons révèle quelques râles ronflants de la base pulmonaire droite à l'auscultation postérieure.

Examen de M. Sabourin.

La palpation de l'abdomen ainsi que le toucher rectal se montrent négatifs.

La température est tombée à 37°6.

Le prélèvement de la veille n'a montré que des staphylocoques.

La cuti-réaction est négative.

La numération globulaire donne : 2.080.000 globules rouges, 8.400 globules blancs.

La formule leucocytaire se répartit ainsi :

Polynucléaires	58
Lymphocytes	26
Mononucléaires	13
Eosinophiles	3 %

L'interrogatoire poussé de l'enfant révèle quelques douleurs gastriques récentes, attribuées à la tachyphagie, et une constipation habituelle.

Le 17 mai, température à 37°3.

Il n'y a pas de nouvelle hémorragie.

La gorge est détergée.

Examen de M. Boppe : négatif.

Le temps de saignement est de 2'45''.

Le temps de coagulation est de 9'.

Le 18 mai. La température est descendue à 37°, mais il se produit un melaena, moins important que celui du 16 mai : selle noire, solide.

L'examen de la gorge montre un petit caillot sur la face interne de l'amygdale gauche, avec saignotement discret, qui ne paraît pas, à lui seul, expliquer le meloena.

Le 19 mai.. L'hémorragie est tarie. La température est à 37°2 et va rester désormais autour de 37°. La tension artérielle est de 10-5.

Le 21 mai. Constipation durant depuis le 18. Il semble qu'on perçoive un léger souffle systolique doux de la région moyenne du cœur, souffle transitoire qui, perçu le 21 pour la première fois, ne sera plus entendu aux examens suivants. La tension artérielle est de 8-5.

Le 22 mai, quatrième hémorragie, plus petite que les précédentes, réduite à une selle noirâtre.

Le 25 mai, selle normale. Depuis cette date, constipation assez habituelle.

Durant toute cette évolution, la thérapeutique a été symptomatique : glace sur le ventre, diète hydrique ; chlorure de calcium, 4 gr.., du 15 au 18 mai ; ergotine, 1 gr., du 19 au 24 ; arrhémapectine du 15 mai au 3 juin ; sérum physiologique au moment des hémorragies ; huile de paraffine, 1 cuillerée à soupe, le 21 mai.

En conclusion : quatre hémorragies intestinales, dont la seconde fut la plus importante, coïncidant avec une angine pultacée banale, sans signes abdominaux ou hématologiques.

Le 1er juin, l'enfant, en apparence guéri, est examiné par le docteur Chène, qui, lui non plus, ne trouve rien au toucher rectal. La rectoscopie, remontant jusqu'à 24 cm. de l'anus, est négative. Elle est facilitée par l'existence d'un dolichocôlon.

Le 2 juin, un examen radiologique complet montre un remplissage normal. Les contractions mettent un certain temps avant d'apparaître, puis les passages pyloro-duodénaux se poursuivent, mais le bulbe paraît mal injecté à la radioscopie.

Il n'y a pas de point douloureux sur la surface de l'aire gastrique. Il existe une petite quantité de liquide résiduel.

Sur les clichés de la série, le bulbe paraît irrégulier, suspect d'ulcération.

Le 9 juin, l'enfant est examiné par M. Brulé.

« L'enfant semble bien avoir un ulcère du duodénum, et sur les radiographies on trouve, sur un film, une niche de face ; sur trois autres, le bulbe a pris très inégalement la baryte, par suite de l'œdème autour de l'ulcère... Le traitement médical doit être prolongé : kaolin purifié lavé ; sous-nitrate de bismuth ; teinture de belladone ; paratyrone ; laristine. Le traitement chirurgical (gastrectomie) sera discuté si l'hématémèse se reproduit. »

***

Si nous avons tenu à rapporter ce cas, c'est parce que l'ulcère duodénal est rare chez l'enfant. MM. P. Lereboullet et G. Bohn, dans le *Traité de médecine des enfants* (Paris, 1934, in-8°, III, p. 766-768) ne lui consacrent que deux pages, et encore, la plus grande partie de leur description concerne-t-elle l'ulcère du nourrisson. Ils font observer que, cliniquement et anatomiquement, l'ulcère de l'enfant rappelle celui de l'adulte. C'est, en effet, ce qui ressort de notre observation, dont les points principaux sont l'apparition, chez un enfant de 14 ans 1/2, d'hémorragies digestives abondantes et répétées, avec, à l'examen radiologique, présence d'une niche sur un des films, et, sur les autres, remplissage très irrégulier du duodénum par le baryte.

SÉMÉIOLOGIE NEUROLOGIQUE

LE SIGNE DE ROSSOLIMO ET LES RÉFLEXES DU PIED DANS LES LÉSIONS PYRAMIDALES

Rien de plus précieux, en séméiologie neurologique, que l'exploration des réflexes du pied. Ils sont, en effet, au nombre de trois : le réflexe de Babinski, que cet auteur décrivit pour la première fois en 1900 dans ce journal (1); le réflexe de Bechterew-Mendel, dont la signification a été précisée en 1925 par MM. L. Rimbaud et Boulet ; le réflexe de Rossolimo, dont seuls s'occupent les spécialistes, et qui n'a encore été l'objet d'aucune étude d'ensemble. C'est pourquoi nos lecteurs trouveront-ils peut-être quelque intérêt à l'analyse du mémoire que viennent de lui consacrer MM. L. Rimbaud et G. Anselme-Martin dans le *Montpellier Médical* (juillet 1938, p. 1-11).

Ce réflexe fut décrit par Rossolimo, en 1902, dans la *Revue neurologique*, sous le nom de « réflexe profond du gros orteil ». En 1908, dans le *Neurologische Centralblatt*, son auteur précise ainsi la technique de sa recherche :

Le pied du malade étant immobilisé dans la main de l'observateur, percuter légèrement et rapidement la face inférieure ou plantaire des orteils avec les doigts repliés en crochet, ou mieux avec un marteau de Dejerine ou de Babinski.

On observe alors, soit sur les cinq orteils (cas habituel), soit sur le gros orteil, un phénomène de flexion caractéristique. Si le signe est négatif, il se produit un simple retrait des orteils en extension ou ceux-ci restent immobiles.

D'après les auteurs, le signe de Rossolimo pourrait être mis en évidence par percussion du talon antérieur du pied, la face inférieure ou la pulpe même des orteils. Mais c'est le sillon métatarso-phalangien qui en est le lieu d'élection.

Quant à sa réponse, quelle que soit l'étendue de la zone de percussion, elle se traduit par une flexion qui paraît intéresser surtout les quatre derniers orteils et assez rarement le premier.

Comme l'a montré Rossolimo, dans certains cas, il se produit un phénomène d'éventail.

Signalons enfin que ce signe, comme celui de Bechterew, existe chez le nouveau-né, pour disparaître à l'âge de deux et trois mois, d'après les recherches de L. Rimbaud et de Partelidès, sur 400 nourrissons normaux.

Comme les réflexes de Babinski et de Bechterew-Mendel, il traduit une lésion des voies pyramidales, notion démontrée par l'étude initiale de Rossolimo, étayée par 91 observations de malades présentant une atteinte caractérisée des centres et des faisceaux moteurs, et par la monographie de Goldflam (1930).

Les recherches que M. L. Rimbaud a entreprises, en collaboration avec G. Partelidès, confirment celles de Knud Crabe et Niogeus Ellermann.

Elles leur ont permis d'arriver aux mêmes conclusions en ce qui concerne l'origine du signe de Rossolimo, tout en leur révélant la dissociation possible des réponses des trois réflexes du pied dans un même état pyramidal.

L'examen de 33 malades présentant des lésions des voies motrices les a conduits, en effet, à classer les faits en trois catégories :

Première catégorie (14 cas) : Babinski + ; Rossolimo +.

Seconde (9 cas) : Babinski + ; Rossolimo —.

Troisième (10 cas, dont 8 concernant des scléroses en plaques ou des lésions médullaires) : Babinski — ; Rossolimo +.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, p. 1900, nos 52 et 53.

De l'étude de ces cas, les auteurs tirent d'intéressantes déductions :

1° Le signe de Rossolimo est caractéristique d'une atteinte pyramidale ;

2° Il peut être associé aux autres réflexes du pied, ou exister à l'état dissocié.

Le premier point étant en dehors de toute contestation, envisageons le second.

Ces dissociations se présentent habituellement sous deux formes :

Premier type. — Babinski fréquent ;
Rossolimo et Mendel rares.

Ce type paraît correspondre aux lésions hautes intracérébrales du faisceau pyramidal.

Deuxième type. — Rossolimo et Mendel fréquents ;
Babinski rare.

Les auteurs l'ont rencontré dans les lésions médullaires surtout limitées et dans la sclérose en plaques, où il avait déjà été signalé par Goldflam.

Les signes de Rossolimo et de Mendel sont généralement associés et leur valeur séméiologique paraît voisine.

Remarquons cependant que, si leur coexistence est fréquente, elle n'est pas constante et le Mendel manque souvent où le Rossolimo existe, en l'absence de Babinski.

Au contraire, le Mendel ne se rencontre jamais sans Rossolimo.

Ce fait démontre une sensibilité plus grande du signe de Rossolimo pour le dépistage précoce des lésions pyramidales.

Néanmoins, malgré cette nuance, la signification de ces deux signes reste la même : ils traduisent l'atteinte médullaire des voies pyramidales. Les récentes recherches d'auteurs américains montrent que le Rossolimo, comme le Babinski, est d'origine encéphalique.

Kennard et Fulton, du laboratoire de Physiologie de New-Haven, procédant à des ablations chirurgicales partielles sur le cortex du chimpanzé, isolent en effet et décrivent sous le nom d' « area 4 » une zone, répondant à la frontale et pariétale ascendantes de l'homme, dont la destruction entraînerait une hémiplégie flasque croisée avec signe de Babinski, et une zone prémotrice « area 6 », située en avant de la frontale ascendante de l'homme, dont la lésion réaliserait une hémiparésie spastique croisée avec Rossolimo et éventail des orteils. Ces deux centres corticaux auraient des fibres de projection indépendantes.

Cliniquement, Goldflam arrive aux mêmes conclusions et admet pour expliquer la dissociation du Babinski et du Rossolimo au cours des états pyramidaux, qu'il y aurait pour ce dernier une voie différente de la voie pyramidale cheminant à côté d'elle dans les cordons latéraux de la moelle.

D'où la conception pathogénique admettant un centre spinal situé à la hauteur des premier et deuxième segments sacrés. Ce centre spinal, constituant le relais réflexe nécessaire et suffisant, subirait l'influence frénatrice d'une zone corticale située dans la région frontale ascendante des hémisphères avec prédominance sur l'hémisphère gauche. Une lésion intéressant ce centre ou ses aires de projection, en libérant le centre spinal, donnerait naissance au signe de Rossolimo.

L'indépendance, dans la moelle, des fibres de projection du centre du signe de Rossolimo, paraît expliquer sa particulière fréquence dans les maladies de la moelle, du fait de l'atteinte élective et de la plus grande sensibilité des voies qui lui sont propres.

L. Babonneix.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'INSPECTION MÉDICALE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE LE SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE A RAISON

L'examen médical des élèves à l'entrée des établissements du second degré sera un examen éliminatoire, ou il ne sera pas. Il ne peut et ne doit pas être une demie mesure. S'il ne sert à rien, il n'y a qu'à ne pas le réaliser, mais si on veut le réaliser, et pour que cet examen soit sérieusement pratiqué, il ne doit pas être fait en série ; il ne doit pas ressembler aux examens que l'autorité militaire nous a imposés à partir de 1917, et qui a abouti à l'envoi au front de milliers de fébriles et de petits tousseurs. Ceux-ci moururent rapidement ou contaminèrent l'armée abondamment, ce qui nous a valu le lot de pensionnés si écrasant pour le budget national.

Comme les conséquences de l'examen médical d'entrée au lycée pourront consister dans le refus de cette entrée, il faut donc rassembler toutes les conditions d'un bon examen. Or, *un médecin ne peut pas voir plus de 3 malades ou pseudo-malades à l'heure ;* au-dessus de ce taux, on ne fait rien. A raison de 8 heures par jour pendant 5 jours, et de 3 élèves à l'heure, nous arrivons au total de 120 enfants examinés par semaine ! Dans les collèges de province fréquentés par 150 à 200 élèves, le travail pourra être terminé en 3 semaines. Et puis viendront les rapports et les décisions : exclusion, maintien ou congé. Avant la Toussaint, un médecin seul n'aura pas fini son œuvre ; et pendant ce temps les classes seront « flottantes », le professeur ne sachant pas si le cancre d'aspect bien portant lui restera, ou si le bon élève maladif ne lui sera pas enlevé.

Personne n'y trouvera son compte, et la véritable rentrée ne s'effectuera qu'au 1er novembre; résultat : 1 *mois perdu* pour l'enseignement.

J'ajoute que le médecin qui ainsi sera pris tout le mois d'octobre, devra pratiquement être fonctionnaire ou *fonctionnarisé*, car chargé de cette besogne ingrate, il ralentira ses soins à la clientèle privée.

Mais je n'ai pas parlé des lycées de 500 élèves des villes de 30 à 50.000 habitants, et des lycées de grandes villes à effectifs importants variant autour de 2.000 unités. Pour eux, à raison d'*un* médecin, il faudra compter 1.200 élèves examinés en *dix* semaines, soit 1.920 élèves en *vingt* semaines. Et vingt semaines, cela fait 5 mois !! Etc... Il faudrait donc une équipe de médecins fonctionnaires qui grèveraient le budget national ; c'est pourquoi M. Monod qui aurait préparé, dit-on, le projet avec le ministère de la Santé publique et qui s'est beaucoup occupé de la création des *loisirs dirigés*, a pensé à la création de 1.500 médecins-fonctionnaires pour les 522 lycées et collèges de la métropole ?

Combien coûteront ces 1.500 *nouveaux fonctionnaires.* Vraisemblablement la somme de 1.500×50.000 fr. = 75 millions de francs ; mais l'organisation, pour être complète, doit comprendre autant d'infirmières et d'assistantes sociales, soit deux dames par médecin ! Chacune d'elles doit pouvoir compter sur un traitement de 25.000 francs par an ; donc 3.000 personnes × 25.000 francs ; cela nous donne un total de 75 millions de francs.

Le tout s'élèvera, *dames* et *messieurs*, à 150 millions ! Il faudra penser ensuite au matériel, au local, au personnel subalterne..., et enfin aux importantes retraites de ce nouveau monde.

Je crois savoir que MM. Caillaux et Gardey, au Sénat, sont décidés à opposer à ces nouvelles prétentions le rempart de leur mauvaise humeur bien connue.

***

La *solution* au problème est la suivante : c'est celle qu'a préconisée le *Syndicat des Médecins de la Seine* dans l'ordre du jour voté à son assemblée générale de juin 1938 ; celui-ci demande que l'*inspection médicale des lycées et collèges soit limitée au dépistage des cas contagieux et à l'hygiène des locaux,* SANS ÉTABLISSEMENT DE FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE. Un certificat médical émanant du *médecin de famille* doit suffire au proviseur ou au principal qui n'ont pas à mettre en doute la valeur et l'honnêteté du signataire. Si on admettait cette manière de voir, ce besoin de contrôler des gens qui sont déjà les contrôleurs de la santé humaine, l'exercice de la médecine devrait toujours comporter deux degrés, le médecin-traitant et le super-médecin-traitant. *Où irait-on ?*

Autant vaut-il dire alors que seuls sont compétents et honnêtes les médecins fonctionnaires *sans clientèle privée.*

Les Pères de famille, les Anciens élèves des lycées et collèges, le Syndicat National des Professeurs de lycées et les médecins sont d'accord ; la *Commission interprofessionnelle* qui a réuni leurs délégués à Paris a réalisé l'unité de doctrine en juillet 1938, et M. Albert Fedel y a employé cette formule lapidaire : « le lycée ne doit pas être le lycée-hôpital » !

Personne ne veut de la fiche sanitaire et scolaire ; enfin plusieurs députés radicaux — et non des moindres — m'ont fait savoir qu'ils s'opposeraient à cette sélection inspirée des méthodes hitlériennes.

MAURICE MORDAGNE.

LIVRES NOUVEAUX

Les enfants des tuberculeux. Contamination familiale. Prophylaxie, par Christian PAUL, chef de clinique de la tuberculose à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. in-8° de 226 pages, avec figures. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e). Prix : 35 francs.

Le docteur Christian Paul, dans une étude à la fois très originale et très complète, s'attache à préciser l'avenir de la descendance des tuberculeux. Il met en évidence l'extrême variabilité des manifestations pathologiques rencontrées chez ces enfants. Ces réactions vont depuis le simple état allergique latent révélé par une cuti-réaction à la tuberculine positive, jusqu'aux poussées congestives graves et aux formes ulcéro-caséeuses.

Les enfants les plus jeunes, ceux qui ont été le plus en contact avec le sujet infectant, ne sont pas nécessairement ceux qui présentent les lésions les plus nettes et les plus évolutives.

Christian Paul insiste avec raison sur l'importance des « causes secondes » qui jouent dans le déterminisme des accidents tuberculeux un rôle essentiel (surmenage, conflits familiaux, émotions, etc.).

Du point de vue pathologie générale, l'auteur expose les idées de Bezançon et Braum sur les aspects radio-cliniques de la primo-infection tuberculeuse ou plus exactement de ses reliquats.

Si dans certains cas on retrouve la trace du chancre d'inoculation classique, il semble que bien plus souvent, des inoculations plus discrètes et disséminées dans les deux champs pulmonaires déterminent des reliquats eux aussi plus nombreux et plus effacés.

Ce seraient ces aspects de « tramite initiale diffuse », qui peut rester perpétuellement latente ou au contraire consti-

tuer le point de départ de nouvelles manifestations pathologiques.

Ces quelques considérations font de l'ouvrage de Christian Paul un document essentiel tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue social.

Questions cliniques d'actualité (sixième série). Leçons professées à la Charité (Service du professeur SERGENT). — Un volume de 318 pages, avec 557 figures. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 65 francs.

Sur les syndromes neuro-anémiques, par Th. ALAJOUANINE.

La diathèse hérédo-syphilitique, par Francis BORDET.

Vues nouvelles sur la circulation du sang, par Louis CHAUVOIS.

Le soufre en thérapeutique respiratoire, par Henri FLURIN.

Rétrécissement de la poitrine. Sinistrocardie et souffle artériel pulmonaire, par J. GENÉVRIER.

Le pronostic de convulsions de l'enfance, par H. JANET.

Les péricardites tuberculeuses, par Ch. LAUBRY.

Les albuminuries intermittentes des grands enfants et des adolescents, par A.-B. MARFAN.

Le rein mobile et ses conséquences, par Edouard MICHON.

Sur un cas de paralysie postsérothérapique antidiphtérique, par René MIGNOT.

Kystes aériens du poumon chez l'adulte, par Pierre PRUVOST.

Etudes humorales chez le nourrisson. Les troubles de l'équilibre acido-basique et leur représentation clinique, par RIBADEAU-DUMAS.

Les fonctions du cerveau, par G.-H. ROGER.

Contribution à l'étude des broncho-pneumonies aiguës non tuberculeuses : syndromes pseudo-tuberculeux d'origine grippale, par L. SAYÉ.

Tuberculose et contagion, par Emile SERGENT.

Les atteintes de la colonne vertébrale chez les tuberculeux pulmonaires, par Jacques STEPHANI.

Sur les mécanismes régulateurs nerveux et humoraux de la pression artérielle, par A. TOURNADE.

La génétique appliquée à la prophylaxie des maladies humaines, par R. TURPIN.

Petit guide de physiothérapie, par Vincent PASCHETTA, médecin-chef des services d'électro-radiologie des hôpitaux de Nice. — Un vol. de 188 pages, prix 40 fr. — Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Ce guide est un ouvrage donnant des indications précises, laissant de côté tout ce qui est incertain ou à l'étude. Il a été écrit surtout pour les internes et les médecins de médecine générale qui désirent avoir un petit livre, portatif et simple, sorte d'aide-mémoire ou de formulaire, concis et positif auquel ils puissent se référer dans les cas hésitants, et leur indiquant ce que l'on peut attendre des agents physiques.

Un livre positif, c'est-à-dire qui apporte des conseils éprouvés laissant systématiquement de côté toutes les indications incertaines et les procédés non encore suffisamment expérimentés ; mais qui, par contre, n'hésite pas à se lancer carrément dans la nouveauté, lorsque celle-ci se révèle très nettement supérieure aux méthodes anciennes.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première donne des notions générales très brèves et concises sur les principes généraux de technique et sur les propriétés biologiques des principales applications des rayons X, du radium, de la diathermie, de la diathermocoagulation, des ondes courtes, du courant continu et faradique, de l'ionisation, des rayons ultra-violets et des rayons infra-rouges.

Dans la deuxième partie, sont étudiées les principales affections traitées dans un service de physiothérapie : maladies cancéreuses, affections tuberculeuses, affections inflammatoires, système nerveux, affections rhumatismales, articulaires et osseuses, glandes endocrines, maladies de la nutrition, dermatologie, tube digestif, gynécologie, urologie, oto-rhino-laryngologie, appareil respiratoire, appareil circulatoire et sang. Pour chaque affection, sont données les indications et contre-indications et des renseignements pratiques sur la technique telle que l'auteur l'applique lui-même dans son service à l'hôpital Saint-Roch, à Nice où il dirige le centre de physiothérapie.

PRATIQUE MÉDICALE

LA LIPASE HÉPATIQUE DANS LES CIRRHOSES DU FOIE

par le docteur LEDERER (1)

L'auteur signale un cas de cirrhose avec ascite fonctionnellement guéri par la lipase hépatique. Un ancien colonial avec ascite est âgé de 54 ans, foie gros et un peu sensible. Une première fois, le repos au lit, le régime et les injections intraveineuses de cyanure de mercure l'améliorent. Au cours d'un second séjour à l'hôpital, ce traitement ne produit plus d'effet. La diurèse n'augmente pas. Plusieurs ponctions d'ascite, qui ramènent 5 à 6 litres de liquide. On tente alors un traitement par la lipase hépatique : injection de 5 cc. contenant 10 à 12 unités, cinq jours de suite. Pas de réaction, sinon une douleur locale passagère.

Après un traitement prolongé et une dernière ponction d'ascite, le malade quitte l'hôpital, reprend son activité, ne forme plus d'ascite et se porte bien.

L'action heureuse de la lipase s'exerce dans la moitié des cas sans qu'on puisse expliquer l'inégalité de cette action. Bien que la cirrhose hypertrophique réagisse plus facilement à la lipase, des améliorations importantes ont été constatées dans les formes atrophiques. La grande innocuité du remède, ce qui n'est pas le cas des diurétiques mercuriels, incite à l'employer.

On sait (G. Lyon, *Thérap. Biol.*, 1937, Paris, Doin, édit., p. 554) que MM. N. Fiessinger et Gajdos ont constaté dans la cirrhose hépatique un abaissement important du taux de la lipase sérique ; le foie serait un organe formateur de lipase sérique, comme on peut le déduire de la diminution du taux de ce ferment sanguin dans le cas d'insuffisance hépatique et aussi d'expériences sur les chiens qui, intoxiqués par le phosphore, ont pu résister grâce à l'injection de lipase hépatique (Biolipase) ; ce traitement a été expérimenté par les auteurs dans un grand nombre de cas de cirrhoses de Laënnec avec ascite et a eu une influence favorable (injection sous-cutanée de 5 à 10 cc. par série de 5 à 6 jours).

(1) *Revue belge de la Soc. de Méd.*, déc. 1936, anal. in *Journ. des Prat.*, Paris 1937, n° 14, 3 avril, p. 232.

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. La pathologie du colonial rapatrié, par F. BLANC et L.-A. BORDES, médecins commandants, professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — 1 vol. in-16 de 244 pages. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTHRITES GONOCOCCIQUES du GENOU

(sans le traitement)

La localisation articulaire, véritable métastase de l'infection gonococcique, est une arthrite au sens propre du terme.

— La fréquence de l'atteinte du genou (80 p. 100 des cas dans la statistique de Broca).

— L'évidence des caractères cliniques dans les formes aiguës.

— L'exploration facile de cette articulation, sont autant d'arguments qui autorisent à prendre l'arthrite gonococcique du genou, comme type de description.

ETIOLOGIE

L'arthrite gonococcique s'observe essentiellement à l'âge des contagions vénériennes. Mais aucun âge n'en est exempt, surtout si l'on tient compte des localisations articulaires, après des mois ou des années d'une infection initiale devenue latente et en apparence guérie.

L'uréthrite est la porte d'entrée la plus fréquente chez l'homme, au même titre que, chez la femme, toute localisation gonococcique courante : vulvite, vaginite, métrite, lésions annexielles... On connaît d'autre part chez l'enfant, le rôle de l'ophtalmie purulente, ou de la vulvite.

L'arthrite ne complique pas seulement les uréthrites intenses. Aiguë ou chronique, récente ou ancienne, grave ou bénigne, toute uréthrite peut être à l'origine d'arthrites graves.

La profondeur des lésions est par contre importante : dans la règle, il s'agit d'uréthrite postérieure.

Ceci fait mieux ressortir le rôle des vésicules séminales comme réservoir de l'infection.

Une première atteinte articulaire, après l'infection initiale, est une prédisposition certaine aux récidives.

En revanche, il paraît difficile d'accorder beaucoup de valeur à d'autres causes prédisposantes : terrain, hérédité, races de gonocoques (gonos, arthrophiles), traitement abortif de l'écoulement uréthral...

Le traumatisme est une cause adjuvante non douteuse. Les deux sexes paraissent également atteints.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion articulaire est essentielle, centrale. Périarthrite, bursite, myosite, sont le plus souvent ses complications mêmes.

La synoviale offre donc les lésions capitales :

— Au moindre degré, c'est la simple hyperhémie avec léger épaississement et simple dépoli.

— Un degré de plus et la synoviale est épaissi, charnue, tomenteuse, recouverte d'un exsudat fibrineux, voire d'une sorte de couenne fibrineuse adhérente, moulée sur la synoviale.

— Un degré de plus encore, et la synovialee est fongueuse. Les franges baignent dans le liquide purulent.

La cavité articulaire est cloisonnée en loges inégalement suppurées.

Le liquide intra-articulaire, jaune verdâtre, est en quantité variable, rarement très abondant. C'est tantôt un liquide louche, lactescent, tantôt du séro-pus, parfois du pus franc. Il peut s'y ajouter des grumeaux, des flocons fibrineux.

Les lésions du fibrocartilage ont un intérêt pronostique. Il sert de barrière de résistance à l'infection. Les formes sèches aiguës d'arthrite s'accompagnent d'une altération rapide du cartilage, dont les lésions passeraient par les phases suivantes :

Aspect grisâtre, dépoli ;

Ulcération en coup d'ongle, perforation circulaire ;

Décollement et destruction partielle ;

Parfois disparition, d'où mise à nu des extrémités osseuses.

Au niveau du genou, cette destruction atteint les ménisques.

L'atteinte des tissus péri-synoviaux est en général secondaire à la synovite. Dans certaines formes, elle prend très tôt un aspect prépondérant :

Infiltration œdémateuse de la capsule qui, peu à peu, s'épaissit et se rétracte.

Infiltration des ligaments qui se distendent, se rétractent ou se détruisent.

Bourses séreuses, synoviales péri-articulaires participent à l'œdème. L'atteinte isolée de ces éléments n'a pas été rencontrée.

Les lésions ostéopériostiques sont bien connues depuis l'emploi systématique de la radiographie.

Tantôt simples inflammations du périoste (périostites).

Tantôt, véritables tumeurs adhérentes à l'os (périostose).

Infiltration plastique sous forme de fuseau, ou d'une couronne de petites végétations ostéophytiques.

Les lésions osseuses, tantôt précoces, tantôt secondaires à l'effraction de la barrière cartilagineuse, revêtent l'aspect d'ostéite par nécrose, ou même d'ostéomyélite épiphysaire ; cependant l'aspect habituel est celui d'un os décalcifié.

Du point de vue microscopique :

La synoviale est encore le siège des lésions dominantes, surtout près de sa face libre, qui est stratifiée et autour de ses vaisseaux qui sont dilatés, à parois amincies.

La réaction inflammatoire y est diffuse : leucocytes avec prédominance de polynucléaires, hématies...

C'est à ce niveau que peut être mis le plus sûrement en évidence le gonocoque, agent pathogène unique et suffisant de la maladie.

CLINIQUE

Une classification aujourd'hui admise, distingue :

Les synovites légères, ou arthralgies (arthrites frustes) ;

Les synovites à épanchement ;

Les synovites phlegmoneuses ;

Les chondro-synovites ;

Les ostéo-arthrites...

Insistons d'emblée sur ce point essentiel, que toutes les formes de l'arthrite blennorragique sont reliées par des formes de transition. Il n'y a pas d'arthralgie négligeable.

Toute arthrite aiguë peut être le début d'une forme traînante, sévère.

Telle commence à grand fracas, qui fera la surprise d'une évolution favorable, alors qu'une autre évoluant à bas bruit, fera d'importants dégâts ostéo-articulaires.

« Il n'y a pas arthrite dans un cas, périarthrite dans l'autre, il y a synovite dans tous les cas, ou subaiguë et exsudative, ou virulente et phlegmoneuse ».

Il n'y a pas de formes mono- et polyarticulaires nettement séparées. La localisation succède le plus souvent à une phase de dissémination.

Mais tous ces aspects divers présentent un caractère évolutif commun, qui est la tendance ankylosante.

Ces réserves préliminaires étant faites, nous décrirons plus spécialement deux formes d'arthrites aiguës :

L'une avec épanchement ;

L'autre phlegmoneuse.

Sachant bien qu'il s'agit d'un schéma et que les deux éléments synovial et périsynovial s'associent presque constamment, avec prédominance de l'un ou de l'autre.

Début. — Un homme jeune atteint d'uréthrite aiguë présente vers la deuxième semaine de son écoulement, une série de douleurs articulaires assez vagues, tolérables, apparues brusquement, plus marquées la nuit, atténuées par les mouvements de la journée.

Ces douleurs fugaces, parfois symétriques atteignent plusieurs articulations et souvent les petites articulations.

Peu ou pas de température ;

Aucun signe objectif.

En sorte que le diagnostic pourrait hésiter avec une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Seule, la notion d'une infection générale concomittante ou antérieure, rapporte les symptômes à leur véritable cause.

Cette phase d'arthralgies, ou mieux, d'arthrites frustes, peut être l'épisode unique, passager, constituant toute la maladie. Eventualité rare.

Elle n'est en général que le premier stade.

Après cette phase de diffusion capricieuse et de douleurs intermittentes, les douleurs s'accusent, persistent, se cramponnent au niveau d'une articulation.

Le genou est le plus fréquemment atteint. Les signes cliniques d'arthrite apparaissent.

Etat. — Parfois, au lieu de ce début progressif, c'est l'explosion brutale de l'arthrite, l'aspect de la période d'état réalisé d'emblée. Les douleurs sont vives, entraînant de l'insomnie et une impotence totale. Le genou est en demi-flexion.

La température est souvent élevée.

1° Cas d'une arthrite avec épanchement

Le genou est globuleux.

La tuméfaction articulaire peut être considérable. C'est au genou que la distension synoviale est la plus importante, et sa recherche la plus facile.

Mais parfois, le cul-de-sac sous-quadricipital est tendu au point d'empêcher la recherche du choc rotulien.

Aussi bien, l'examen minutieux et méthodique paraît à cette phase impossible en raison des douleurs.

Le genou est chaud, douloureux, immobilisé en demi-flexion. Tout mouvement actif est douloureux. Aucun mouvement passif n'est possible. La pression de l'interligne réveille une douleur aiguë. Mais ce qui signe l'allure clinique spéciale de cette variété dans ses aspects schématiques, c'est *l'absence d'œdème diffus, l'aspect normal des téguments, l'existence d'une tuméfaction purement articulaire* par distension synoviale, comme en témoignent le relief visible du cul-de-sac sous-quadricipital, la sensation liquidienne au palper, le choc rotulien très net, quand la manœuvre est supportable.

Rien ne permet en clinique, de prévoir la nature de l'épanchement.

Telle évolution semble torpide et le liquide est purulent. En d'autres cas, l'évolution très fébrile s'accompagne d'un épanchement séro-fibrineux.

Le liquide peut être citrin, à peine louche.

Le plus souvent, la ponction ou l'ouverture chirurgicale de l'article montrent un liquide séro-purulent, louche, filant, contenant des débris, ou des flocons fibrineux.

Dans tous les cas, ce liquide au point de vue cytologique, présente les caractères du pus. Et la pyarthrose gonococcique, même macroscopique n'est plus considérée comme une rareté.

L'intensité de cette arthrite est évidemment très variable et tous les degrés se rencontrent depuis la synovite peu fébrile, avec douleur modérée, jusqu'à l'arthrite à début brutal, avec douleur atroce, énorme gonflement. Température à 40°. C'est dans ces derniers cas, formes de transition, qu'il peut exister un certain degré d'œdème et de rougeur cutanée, attestant la périsynovite concomittante.

Tel est le tableau caractéristique de l'arthrite aiguë avec épanchement à sa période d'état.

En quelques jours, l'immobilisation rigoureuse de ce genou douloureux amène la sédation des signes fonctionnels et généraux. Mais il s'en faut que la guérison soit obtenue.

Rapidement, l'atrophie musculaire apparaît.

Après le flou radiographique du début, l'interligne reprend un aspect souvent normal.

L'évolution ultérieure reste impossible à prévoir.

— Dans certains cas, après une phase d'explosion brutale avec douleurs atroces, énorme gonflement, la résolution est rapide.

— Dans d'autres cas, plus indolents, l'atrophie musculaire, la persistance de l'épanchement seront d'une ténacité désespérante. Le genou restera distendu pendant des mois et l'épanchement ne disparaîtra qu'en laissant à sa place une laxité articulaire importante.

Si le genou reste distendu, ce n'est pas toujours par un épanchement, la ponction peut être négative. Il s'agit alors d'un épaississement synovial, d'une *synovite devenue chronique*, avec douleurs légères et limitation des mouvements.

Ces synovites traînantes sont souvent des chondro-synovites plus ankylosantes que les précédentes.

Il arrive enfin que cette arthrite à épanchement évoluant par poussées successives, devienne insensiblement l'arthrite plastique ankylosante, la plus rebelle à tout traitement.

Tels sont les caractères évolutifs particuliers de cette arthrite à épanchement.

2° Cas d'une arthrite phlegmoneuse

C'est la variété essentielle, la véritable arthrite gonococcique selon Delbet. Après une phase d'arthralgies fugaces, mobiles, tolérables, l'arthrite phlegmoneuse éclate brutalement, atteignant en une nuit toute son intensité.

La fièvre, la pâleur, l'anorexie sont habituelles.

La douleur est atroce, l'insomnie complète, les moindres mouvements réveillent une douleur, d'où la contracture vigilante imposant au genou une position fixe.

L'aspect du genou est des plus caractéristiques.

La tuméfaction débute à l'interligne, mais en quelques heures, elle est diffuse, étendue à distance, noyant tout contour articulaire.

La peau est tendue, lisse, luisante, rosée, parfois rouge dans la zone articulaire, mais l'œdème dépasse ces limites et les téguments à distance sont d'une teinte blafarde.

Plus importante encore est la palpation, car elle constate :

— Au niveau de l'article : un empâtement dur, diffus, très douloureux, et à distance : un œdème mou, dépressible en godet, infiltrant tous les tissus périarticulaires.

Impossible de plisser la peau dans la zone avoisinant l'article.

On comprend que l'appréciation de l'état de la synoviale et la recherche du choc rotulien soient impossibles.

Aussi bien, deux éléments sont significatifs :

C'est l'œdème diffus et la participation des téguments, en un mot, l'importance de *la périsynovite*.

(A suivre) JACQUES REIGNIER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 77. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Jury du Concours de l'Internat.* — Médecins : MM. Caroli, Hallé, Jacquet, Ameuille, Caïn, Escalier, Étienne Bernard.

Chirurgiens : MM. Roger Couvelaire, Madier, Baumgartner, Soupault, Fey, Picot.

Spécialiste : M. Lallemant.

Accoucheur : M. Cleisz.

Hôpitaux du Havre. — Un concours pour six places d'internes en médecine et chirurgie s'ouvrira le 20 octobre, à 9 heures, à l'Hospice général, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert, au Havre. S'inscrire avant le 10 octobre.

Le concours est ouvert aux étudiants pourvus de seize inscriptions au minimum.

Traitement annuel, de 4.620 francs à 5.280 francs, plus des avantages en nature et des indemnités.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la Direction des hospices, 55 *bis*, rue Gustave-Flaubert, Le Havre.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Mayer, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet, a été nommé médecin directeur du sanatorium de Nouvielle, à Bretagne (Landes).

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique.* — Une série de révision des travaux pratiques d'anatomie pathologique commencera le mardi 4 octobre 1938, à 15 heures, dans les salles de microscopie du laboratoire, escalier C, 4e étage. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis, vendredis, 12 à 15 heures, jusqu'au vendredi 30 septembre inclus. Le droit d'inscription est de 50 francs.

La mise en série sera faite au bureau du chef des travaux pratiques tous les jours, de 14 à 18 heures, jusqu'au lundi 3 octobre inclus. Aucune inscription ne sera admise après cette date. Les boîtes de coupes seront distribuées au cours de la première séance.

Indépendemment du droit d'inscription, une consignation de 50 francs pour les boîtes de coupes devra être déposée ce même jour. Aucune boîte ne devra être délivrée au cours des séances ultérieures, même aux étudiants régulièrement inscrits.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Benoit, agrégé pérennisé à la Faculté de Médecine de Strasbourg est chargé provisoirement à partir du 1er octobre de l'enseignement de la chaire d'histologie (dernier titulaire, M. Courrier, nommé professeur au Collège de France).

École de Médecine d'Angers. — M. Boumard, chef de travaux, est nommé professeur de physiologie en remplacement de M. Turlain, retraité.

École de Médecine de Nantes. — M. Charles Pollès est chargé du cours de pharmacie.

École de Médecine de Poitiers. — M. Louis Julliard est délégué dans les fonctions de professeur suppléant de physique et de chimie.

Ministère de la Santé publique. — *Un essai de coordination des œuvres.* — Il vient d'être institué près le Ministère de la Santé publique une commission d'étude de coordination des

œuvres des 10e et 19e arrondissements (arrondissements pris à titre d'essai). Cette commission comprendra des membres désignés par le Ministère de la Santé publique et des membres désignés par les œuvres.

Inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène. — Un concours est ouvert au Ministère de la Santé publique pour le recrutement d'inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés.

Les docteurs en médecine, diplômés d'hygiène, français, âgés de 35 ans au plus, peuvent prendre part à ce concours.

Pour les conditions, consulter le *Journal Officiel* du 17 septembre 1938, p. 10.932.

Guerre. — M. le médecin-colonel Liégeois, adjoint au médecin-général inspecteur, président du Comité consultatif du Service de santé est désigné pour suivre les cours du Collège des Hautes Études de Défense nationale en 1938-1939.

La Saison des Congrès. — Cette semaine a eu lieu à Bruxelles, sous la présidence de M. Matas (de la Nouvelle-Orléans), le *Congrès international de Chirurgie*, suivi aussitôt du *Congrès de l'Insuffisance rénale*, à Évian, président : le professeur Rathery. Le 22 septembre s'est ouvert, à Arcachon, le *Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences.* Le 25 septembre a lieu, à Limoges, la *Journée de la Famille et de la Natalité.* Le 26 septembre s'ouvre, à Marseille, le *Congrès français de Médecine*, présidé par le professeur Olmer ; le 29 septembre, toujours à Marseille, le *Congrès néo-hippocratique*, présidé par le doyen Cornil ; le 30 septembre s'ouvriront en Suisse les *Journées orthopédiques.* Enfin, à partir du 3 octobre, les congrès habituels se tiendront à Paris : le *Congrès français de Chirurgie*, président : professeur Imbert (de Marseille) ; le *Congrès français d'Urologie*, président : M. Lavenant ; le *Congrès français d'Orthopédie*, président : professeur Rocher (de Bordeaux) ; le *Congrès d'Hygiène*, les *Journées du Rhumatisme*, le *Congrès des Médecins électro radiologistes de langue française*, et nous en oublions, sans doute. D'autre part, à Lisbonne, le professeur Portmann, présidera le *Congrès international d'Étude scientifique du Vin de raisin.*

L'insigne des médecins italiens. — Les médecins italiens porteront à la boutonnière un insigne spécial. Ainsi vient de le décider le Ministère de l'Intérieur. Cette obligation correspond à la mission sociale des médecins qui doivent pouvoir être reconnus à tout moment et en tous lieux.

Un monument Cruveilhier. — Un comité vient de se fonder à Limoges pour élever un monument à la mémoire de Jean Cruveilhier, médecin et anatomo-pathologiste, né à Limoges en 1791.

Jean Cruveilhier, après avoir été interne des hôpitaux de Paris, en 1811, devînt médecin de l'hôpital de la Charité et professeur d'anatomie à la Faculté. Dans son *Traité d'anatomie descriptive*, il insiste sur « l'anatomie médicale ».

C'est à Cruveilhier que l'on doit d'avoir séparé, en 1830 l'ulcère simple de l'estomac du cancer.

L'ulcère fut longtemps connu sous le nom de *maladie de Cruveilhier.*

Cruveilhier fut président de l'Académie de Médecine en 1859, il mourut en 1874.

Il eut un fils, Édouard Cruveilhier, qui fut chirurgien des hôpitaux de Paris. Notre confrère, le docteur Louis Cruveilhier est son petit-fils.

Cours. — CLINIQUE CALOT. — A l'occasion du Congrès de Chirurgie, M. Calot, de Berck, fera le mercredi 5 octobre, de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, avec le concours du docteur J. Fouchet, une séance de démonstration, avec présentation de malades et de sujets guéris :

1° Adénites cervicales.

Comment les guérir sans laisser de cicatrice ;

2° Traitement des luxations et subluxations congénitales, et présentation de sujets guéris.

Comment éviter les reluxations et comment les guérir ;

3° Autres affections orthopédiques.

CHAIRE DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (hôpital Broca, 111, rue Broca). Professeur : M. Pierre MOCQUOT. — *Cours supérieur de Gynécologie.* — M. le professeur Pierre Mocquot, assisté de M. R. C. Monod, chirurgien des hôpitaux ; M. R. Palmer, chef des travaux de gynécologie ; M. R. Moricard, chef du laboratoire ; MM. Longuet et Filhoulaud, chefs de clinique ; M. P. Lejeune, ancien chef de clinique obstétricale ; M. Pulsford, assistant d'électro-radiologie ; Mlles Wolff et Gothie, fera ce cours du vendredi 4 novembre au samedi 3 décembre 1938, avec la collaboration de MM. Louis Bonnet et Jacques Guillot, anciens chefs de clinique gynécologique et Mallet, électro-radiologiste des hôpitaux.

Ce cours s'adresse aux médecins et aux chirurgiens désirant être mis au courant de l'état actuel de la gynécologie médico-chirurgicale. Un certificat d'assiduité pourra être délivré à la fin du cours.

Le nombre des inscriptions est limité à 25. Le cours sera répété en janvier 1939 s'il y a 10 inscrits avant le 10 décembre 1938. Droit d'inscription : 500 francs. S'inscrire à la Faculté de Médecine au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (Guichet n° 4, de 14 à 16 heures) ; ou bien tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi), à la Salle Béclard (A. D. R. M.).

Cours de Biologie expérimentale appliqué à la gynécologie. M. R. Moricard, chef de laboratoire, fera ce cours à partir du 28 novembre, il comportera des exercices de diagnostic histo-pathologique et des titrages hormonaux.

Consulter l'affiche spéciale.

NÉCROLOGIE

Le docteur Huc, décédé à Chenu (Sarthe), à l'âge de 81 ans. Nous prions ses fils, nos confrères les docteurs Édouard et Georges Huc, de recevoir l'expression de notre vive sympathie.

Le professeur Gustave Poujol (d'Alger), décédé à Saint-Laurent-d'Olt.

LE CENTENAIRE DE LA MORT DE F.-J.-V. BROUSSAIS

(1772-1838)

Par M. L. BABONNEIX

Broussais n'a pas été seulement un médecin militaire de la plus haute valeur qui, avant de terminer au Val-de-Grâce, en qualité de premier professeur, sa prestigieuse carrière, avait, de 1793 à 1814, prodigué ses soins aux blessés sur tous les champs de bataille de l'Europe, un homme de cœur qui, en mainte circonstance, à la bravoure sut ajouter le courage professionnel ; un philanthrope qui, après avoir « eu la clientèle des salons dorés » (1), mourut pauvre. Il a été encore et surtout l'auteur d'une véritable révolution en nosologie (2). Il a jeté par terre les théories de son maître Pinel et, sur leurs ruines, il a édifié la *Doctrine physiologique*. Elle est de lui, cette ingénieuse conception, fondée sur le rôle que joue en pathologie l'inflammation, et sur la nécessité de lui opposer, non des stimulants, comme on le faisait avant lui, mais les médications propres à la calmer : saignées, délayants. Cette conception, il l'a soutenue avec une ardeur belliqueuse, en Malouin pour qui « la guerre est le bon temps » (3). Il l'a imposée au monde scientifique. Qu'elle soit aujourd'hui périmée, d'accord ! La gloire qu'elle lui a value n'en a pas moins rejailli sur notre pays. Au moment où l'on va célébrer le centenaire de la mort de ce « surhomme », que ses contemporains n'ont pas craint de comparer au Messie, comment, dans ce journal qui, tant de fois, jadis, a eu l'occasion de citer ses travaux, ne point évoquer sa mémoire ? (4)

***

En fouillant les dossiers de Broussais

Pour les historiens, il est l'auteur d'un révolution médicale ; pour les thérapeutes, l'inventeur d'une « méthode meurtrière » (5) ; pour les phtisiologues, l'éternel adversaire de son compatriote Laënnec (1). Tout semble avoir été dit sur lui, depuis cent ans qu'il y a des gens de lettres, et qui s'épanchent... Et pourtant, dans sa longue existence, que d'incidents ignorés ! Dans son Supplément illustré, notre excellent confrère, le *Progrès médical* (15e année, n° 4, 1938) en a cité quelques-uns. En voici d'autres, concernant ses *démêlés avec les sangsues*, les *origines de sa vocation*, sa *vie de corsaire*, ses *distractions*, ses *notes confidentielles*, ses *démarches pour être nommé professeur à la faculté de médecine*.

Broussais et les sangsues

Pour l'illustre créateur de la *Doctrine physiologique*, pas de thérapeutique active sans de copieuses applications de sangsues. Il en prescrivait à tous ses malades, y compris Casimir Périer, alors président du Conseil, qu'elles n'empêchèrent d'ailleurs pas de mourir du choléra (2) et (3). Et pourtant, il avait eu jadis à se plaindre d'elles. Comment en douter, puisque c'est le vicomte de Chateaubriand qui nous l'affirme (4) ?

> « M. Broussais, mon compatriote, étudiait avec moi à Dinan ; on menait les écoliers baigner tous les jeudis, comme les clercs sous le pape Adrien Ier, ou tous les dimanches, comme les prisonniers sous l'empereur Honorius. Une fois, je pensai me noyer ; une autre fois, M. Broussais fut mordu par d'ingrates sangsues, imprévoyantes de l'avenir. »

Les origines de sa vocation

« Son bisaïeul était médecin, son aïeul était pharmacien, son père officier de santé, exerçant à la fois la médecine et la pharmacie » (Larcher) (5). Rien d'étonnant à ce qu'il se soit senti attiré vers la carrière médicale. Il aurait pourtant, peut-être, hésité à l'embrasser sans certain incident que conte ainsi la *Gazette médicale de Paris* (1866, p. 587 (6) :

> « Un vieux médecin, Guérin, se trouvait en 1792 à Dinan, médecin chirurgien dans le 2e bataillon des Côtes-du-Nord, avec Broussais, alors simple fusilier, dont il distingua tout de suite la supériorité intellectuelle. « Mon pauvre Broussais, lui dit-il, « tu aurais bien du mal dans le métier de soldat, sans assurance de parvenir aux grades supérieurs, sans occasion d'utiliser de longtemps les éminentes facultés de ton esprit. Crois-moi, mets-toi à l'étude de la médecine, et tu as tout de suite une carrière plus douce, et pour l'avenir une brillante perspective... »

Quand on parlait de cette conversation à Broussais, devenu un maître, il affirmait ne pas s'en souvenir. Et pourtant comment nier qu'elle ait eu une influence décisive sur sa destinée ? N'est-ce pas, au moins en partie, grâce à elle que, le 12 frimaire an XI (3 décembre 1802), son diplôme avait été échangé contre un certificat de capacité, délivré par l'Ecole de Médecine de Paris (n° 160), le candi-

---

(1) L'expression est de Broussais lui-même.

(2) Cf. l'intéressant article de M. le docteur P. Gallois dans *Hippocrate*, juillet 1938, p. 406-409.

(3) J. Michelet, *Histoire de France au moyen âge*, Paris, s. d. in-18, p. 9.

(4) Nous sommes particulièrement heureux de remercier tous ceux qui ont bien voulu nous aider à mener à bien ce travail : M. Pierre Caron, directeur des Archives de France ; M. le capitaine de vaisseau de Carsalade du Pont, chef du service historique du Ministère de la Marine ; M. Hawke, attaché au service des communications des Archives historiques et administratives du Ministère de la Guerre ; M. l'abbé Beyssac, archiviste de l'Archevêché de Paris ; M. Bultingaire, bibliothécaire en chef honoraire du Muséum ; M. Hahn, bibliothécaire honoraire et M. Lobstein, bibliothécaire à la Faculté de Médecine de Paris ; M. Bouteron, conservateur de la Bibliothèque de l'Institut ; M. Magnin, secrétaire de la Faculté de Médecine de Paris ; M. le médecin commandant Janson, chef du service des Archives du Val-de-Grâce ; M. le conservateur du Père-Lachaise ; M. le secrétaire de la mairie de Vitry-sur-Seine ; Mme A. Cabanès, qui porte si dignement un des plus grands noms de l'histoire médicale, et qui a bien voulu nous communiquer quelques-uns des documents de sa riche collection. Nous nous en voudrions enfin d'oublier le cabinet d'autographes Noël Charavay, 3, rue de Fürstenberg, où le chercheur est toujours assuré de trouver le meilleur accueil.

(5) L'expression, appliquée à Brown, est de Broussais lui-même (F.-J.-V. Broussais et G.-P. Mocquot, *Lettre à MM. les chirurgiens majors des régiments du premier corps de l'Armée Impériale du Midi en Espagne, Xérès*, 1811, in-4°, p. 5 (Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris, 10957, C. 105, 12 *bis*).

---

(1) Laënnec observe qu'on lui (à Broussais) a prouvé, par les registres du *Val-de-Grâce*, que, pendant cinq années consécutives, il a constamment perdu plus de malades que tous ses confrères. médecins du même hôpital (*Revue médicale*, 1824). Les *Tables statistiques de Paris* montrent que, depuis 1819, époque à laquelle l'influence de la pratique de M. Broussais et de ses disciples a pu commencer à se faire sentir, la mortalité a augmenté dans cette capitale (Laënnec. *Traité de l'auscultation médiate*, Paris, I, 1826, 2e *édition*, p. 707 (note). Broussais n'aime pas beaucoup être appelé le pourvoyeur des fossoyeurs. Il trouve son adversaire « petit et mesquin dans sa théorie comme dans ses recherches ; c'est un un manœuvre qui recueille et apprête des matériaux ; mais ce n'est point un architecte, et l'édifice qu'il veut construire reste imparfait ». (F.-J.-V. Broussais, *Examen des doctrines médicales*, Paris, 1834, in-8°, IV, p. 334).

(2) *Archives du Val-de-Grâce*, Dossier Broussais (François-Joseph-Victor).

(3) Cf. dans le même numéro : Une consultation de Broussais.

(4) F.-R. de Chateaubriand, *Mémoires d'Outre-Tombe*, Paris, 1860, I, in-4°, p. 123.

(5) Larcher, Supplément illustré du *Progrès médical*, 15e année, n° 4, 1938.

(6) *Archives du Val-de-Grâce*, Dossier Broussais (Fr.-J.-V.).

« dat ayant fait preuve d'un savoir aussi solide qu'éten-
« du » ? (1)

Broussais corsaire et... pharmacien

Au début de sa carrière, « il accepta avec joie une commission de chirurgien de marine et, pendant six ans, fit la guerre de course... métier dangereux, mais procurant de gros profits » (Larcher). « Sur le *Bougainville*, il reçut 400 livres d'avance et, après la campagne contre les Anglais, il avait droit à quatre parts sur le tiers des bénéfices. Sa croisière dura trois mois seulement, mais la liquidation fut fructueuse, car, le 26 frimaire an IX (17 décembre 1800), on lui compta 7.450 livres (2). » Avant d'être sur le *Bougainville*, il avait, du 11 nivôse an IV (1er janvier 1796) au 22 du même mois (12 janvier 1796), embarqué sur la frégate la *Renommée*, « en qualité de Pharmacien à 200 francs » (3).

Les « distractions » d'un grand homme

En 1813, il est attaché, en qualité de médecin principal, à l'armée d'Espagne (4). Il est marié et père de trois enfants. Est-ce pure distraction d'« idéologiste» ? Ou bien a-t-il fait connaissance de quelque « brune Andalouse » (5) ? Toujours est-il qu'il n'envoie aucun subside aux siens. Sa femme, pendant six mois, ne peut subsister que grâce aux prêts à elle consentis par une amie. Aussi, comme sa « position devient de jour en jour plus pénible », se voit-elle obligée d'adresser une demande de secours au Ministère de la Guerre. Mais c'est en vain que, pour obtenir des fonds, elle ménage les formes... A sa requête, l'Administration répond, selon la règle, par une enquête, puis elle lui octroie « royalement » 30 francs par mois, de février à mai 1813, « pour la mettre à même d'attendre l'effet des ordres qui ont été donnés à son mari de faire passer de l'argent à sa famille ». Vous plairait-il de savoir comment était libellée cette « invitation obligatoire » ?

On engage vivement M. Broussais à ne pas différer davantage à envoyer de l'argent à sa femme. Pour lui faciliter les moyens de faire parvenir les sommes qu'il lui destinera, il n'aura qu'à déposer le montant chez le payeur de l'armée qui lui remettra en échange deux traites payables à vue sur le trésor impérial à Paris. (15 février 1813) (6).

Ses « notes confidentielles »

Pour des raisons que nous ignorons, seules figurent à son dossier quelques-unes des « notes trimestrielles » méritées par lui de 1826 à 1838 :

1826. — 4e trimestre. Proposé pour off. de la Légion d'honneur.
1827. — 4e trimestre. Proposé par le Conseil pour off. de la Légion d'honneur.
1828. — 1er trimestre. Modèle d'exactitude, de fermeté et de zèle.
2e trimestre. Donnant à l'instruction et service ses soins accoutumés.
1832. — 1er semestre. Les éloges sont superflus. On ne peut que rendre hommage à son dévouement auprès des cholériques.
1835. — 1er semestre. Réputation européenne : fait une excellente clinique; ne laissant rien à désirer ; on regrette qu'il n'ait pas encore été appelé au Conseil de Santé.
1835. — 2e semestre. La plus haute (?) capacité; réputation européenne; on regrette qu'il n'ait pas encore été appelé au Conseil de Santé.

Le démon de la chaire (1)

Depuis le 10 janvier 1820 (2), il est premier professeur au Val-de-Grâce. Cela ne suffit pas à son ambition. Il veut enseigner à la Faculté de médecine. En 1831, les circonstances lui paraissent favorables. Casimir Périer, président du conseil, est son client et son ami. Le ministre de l'Instruction publique, M. de Montalivet, informe le Doyen que le Roi a créé une chaire de pathologie et de thérapeutique générales et désigné, pour l'occuper, « M. Broussais père » (3) et (4), qui touchera 7.000 francs par an, payables par cinquantièmes. En marge de la lettre, se lisent ces mots : *N'a pas eû* (sic) *lieu*. Que s'est-il donc passé ? C'est ce qu'explique en détail une « note pour M. le Ministre ».

En apprenant la nouvelle de cette nomination, un certain nombre d'agrégés — 16 — (5), entraînant à leur suite les prosecteurs, avaient demandé que le titulaire de la chaire fût, comme il est de règle, nommé au concours. Ils provoquent — déjà — une « manifestation de masses » au Ministère de l'Instruction publique. Le Grand-Maître de l'Université, persuadé que ces manifestations représentaient l'opinion générale des étudiants, suspend la publication de son ordonnance.

Ce serait bien mal connaître « le médecin guerroyant » que de penser, ne fût-ce qu'un instant, qu'il va s'incliner sans protester. Cet ancien corsaire monte aussitôt à l'abordage. Dans une série de lettres au Ministre, de notes à la Faculté, il fait valoir — avec quelle vigueur ! — les arguments en sa faveur.

Cette chaire lui a été formellement promise par MM. de Broglie et Barthe : aurait-il démérité, puisque, maintenant, on lui en refuse l'accès ?

Aucune raison pour qu'elle soit mise au concours. Bien au contraire ! « Il aurait contre lui, et les anciens professeurs, dont il a ruiné les doctrines, et les nouveaux qui, tout en exploitant la sienne (la seule qui ait aujourd'hui du crédit), sont très flattés d'écarter leur maître et de se présenter à sa place aux nouvelles générations médicales. » Quand une partie — et non la totalité — des agrégés demande que cette chaire soit mise au concours, c'est parce qu'ils pensent qu'une telle insulte le « dégoûtera (*sic*) assez pour l'empêcher de se présenter. S'il passait outre, comment pourrait-il se soumettre « au jugement d'hommes dont il ne peut espérer impartialité ni, par conséquent, justice » ? Au reste, le principe du concours n'est valable que pour les chaires déjà existantes; il ne s'applique nullement aux chaires nouvelles. M. de Montalivet ne vient-il pas de créer, au Collège de France, trois chaires dont il a désigné les titulaires sans leur imposer la moindre épreuve ?

En réalité, il ne s'agit là que de misérables prétextes. Malgré son succès auprès des élèves, malgré la recommandation pressante du général de Rumigny, aide de camp du roi, il a été écarté par le parti jésuite qui domine à la Faculte.

Il a aussi joué de malchance. M. de Broglie, qui attendait, pour le nommer, la fin du procès des ex-ministres, a été renversé sans avoir pu signer le décret. M. Mérilhon avait promis au postulant de faire aboutir sa demande; il quitte aujourd'hui l'enseignement avant d'avoir rempli sa promesse. On a élu à la place de Broussais un jeune professeur qui se contente de répéter les théories du Maître. La Faculté, si favorable aux *sinécuristes :* MM. Sue, Royer-Collard, Moreau de la Sarthe, redoute son activité. Elle veut l'éloigner de l'enseignement. « Proscrit par les Jésuites, ne le sera-t-il pas également par le gouvernement de Louis-Philippe ? » Ne lui restera-t-il que « la pénible ressource de la publicité pour démontrer qu'il a été *interdit* avant le temps par les intrigues de l'ingratitude et d'une ambition hors de toute convenance » ?

---

(1) *Archives du Ministère de la Guerre*. Chefs d'Etat, Ministres, Célébrités.

(2) *Archives du Val-de-Grâce*. Dossier Broussais (Fr.-J.-V.).

(3) *Archives du Ministère de la Marine*. Dossier Broussais (François-Joseph-Victor), chirurgien de la Marine.

(4) Il a appartenu à cette armée du 7 octobre 1800 au 16 juillet 1813.

(5) Victor Hugo, Les Bleuets, *Les Orientales*.

(6) *Archives du Ministère de la Guerre*, Dossier Broussais (F.-J.-V.). Notons que, le 5 avril 1839, la pension de « veuve de militaire » de Mme Broussais est fixée à neuf cents francs. L'Administration ne s'était guère montrée généreuse pour la veuve d'un officier général, lequel comptait plusieurs campagnes et plus de 35 ans de service.

---

(1) *Archives nationales*, + + F17. 20293 (Dossier Broussais).

(2) *Archives du Ministère de la Guerre*. Chefs d'Etat, Ministres, Célébrités, Dossier Broussais.

(3) Pour le distinguer de son fils Casimir (1803-1847), médecin, comme lui, au Val-de-Grâce.

(4) *Faculté de Médecine de Paris, Secrétariat.*

(5) Dont Bouillaud.

Ses protestations restent vaines. Il n'enseignera pas, à la Faculté de médecine, la pathologie et la thérapeutique générales. Ni la *phrénologie*, car le cours qu'il consacrait à cette nouvelle science avait un caractère si « antisocial et antireligieux » qu'il provoqua des incidents et dut être suspendu dès les premières leçons. Mais ceci est une autre histoire...

***

Quelques lettres de Broussais

Dans le Supplément illustré du *Progrès médical* (15e année, n° 4, 1934, p. 28-29), M. le docteur P. Lemay reproduit deux lettres de Broussais, alors caporal, datées de 1793, et relatives, l'une au massacre de Niort, l'autre, au désastre de Laval. En voici quelques autres, destinées à faire connaître, chez lui, le *sans-culotte*, l'*amoureux*, l'*homme d'affaires*, l'*hôte* et le *quémandeur*.

La détresse d'un sans-culotte (1)

A M. citoyen Salomon, perruquier, rue de l'Apport-Dinan, à Dinan.

Lannion, le 27 décembre 1792, 1er de la République française.

Citoyen,

J'ai reçu votre lettre, et vous ne sauriez croire la peine qu'elle m'a fait. Figurez-vous donc que je n'ai qu'une mauvaise culotte qui perce partout et que je ne saurois faire raccommoder par la raison que je n'ai qu'elle. Il fait ici un froid insupportable et je n'ai qu'un léger habit. Il fallait toujours mettre mes hardes à la messagerie et vous m'eussiez envoyé ce qui etoit en blanc par une occasion particulière, il n'en manque point, ils sont onze de la compagnie à Dinan qui vont rejoindre la dix. Si vous voulez m'écrire par leur moyen, vous pourrez le faire et m'envoyer quelque chose si tout n'est pas parti. Dites aussi à Neveu que je lui en veux bien, s'il avoit travaillé dès le jour de mon départ comme il me l'avoit promis, mes hardes eussent été faites avant Noël. Considérez je vous prie l'état où je n'ai qu'un change pour peu qu'il fasse mauvais temps, me voilà dans l'impossibilité de changer, d'ailleurs je n'ai même pas une culotte d'uniforme et nous sommes presque tous les jours de service. Je pense que mon paquet sera parti quand vous recevrez cette lettre. Si je savois le contraire, je déserterais tout à l'heure, s'il étoit trois semaines ou un mois à venir. Voyez à quoi je suis réduit. Mettez-le donc au plus vite et le recommandez à M. Peredo.

L'humeur où me met le manque de hardes me faisoit oublier mon devoir en vous écrivant. Je ne pensois pas que l'année est expirée, et qu'il est d'usage dans ce temps-ci d'adresser des vœux pour l'année commençante. Je vous souhaite, cher citoyen, cette année 93 plus heureuse que toutes celles de votre vie, je fais les mêmes vœux pour votre chère femme. Puissent vos désirs à tous être remplis avant sa fin.

Dites s'il vous plaît, au citoyen Postel, que je lui en désire autant et faites-lui mes amitiés.

Si vous voyez papa avant le dix, comme cela pourroit être à cause de la mort de mon oncle, présentez-lui mon respect, dites-lui que je lui ai écrit le 23, et que je lui écris encore pour cet ordinaire cy. Dites-lui aussi qu'il m'écrive par le retour de nos citoyens qui sont en congé, quand même il l'eut fait précédemment par la poste, car au moins cette autre lettre ne me coûtera rien. Voulez-vous aussi vous charger de demander à Aubry, s'il a reçu ma lettre et s'il ne compte point y répondre. Adieu, portez-vous bien, je vous souhaite le bonsoir, je n'y vois plus.

Votre affectueux

BROUSSAIS.

Le « citoyen » lui a-t-il envoyé les « hardes » si vivement réclamées ? Espérons-le pour Broussais ! Quelque temps après, nouveaux soucis, d'ordre sentimental, ceux-ci : sa fiancée, Marie-Jeanne Troussart (2) ne lui prodigue pas sa prose. Et pourtant, Dieu sait s'il l'aime !

(1) Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Manuscrits, numéro 5154, 5.

(2) Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris, Manuscrits, N° 5154, 11.

Une lettre d'amour... (1)

A Mademoiselle Marie-Jeanne Troussart, à Vitré.

Pleurtuit, le 19 mai 1793.

Ma chère amie,

J'ai reçu une lettre, une seulle lettre de toi depuis ton départ, il est vrai, que je ne t'en ai écritte qu'une, mais je me suis trouvé éloigné, j'ai été longtemps dans le fond de la basse Bretagne. Si tu m'avois écrit par ta maman, les lettres me seroient parvenues. Mon Dieu que j'ai de peine de recevoir si rarement de tes nouvelles ou de n'en recevoir que par des voies indirectes. Ce n'est point ta chère maman qui me rend compte de l'état de ta santé et de celui de ton cœur. O mon amie, faut-il que nous soyons condamnés à ne plus nous voir ! J'ai cru quelque temps que j'aurais le bonheur de t'embrasser non plus par lettres, mais réellement, il étoit arrêté par le département des Côtes-du-Nord, que nos trois compagnies iroient à Paris, nous étions sur le point de partir, lorsque la déclaration de guerre faitte aux Anglais a engagé notre département à nous retenir sur ses côtes. Si nous avions été à Paris, nous eussions passé par Vitré, j'aurais vu ma chère Marie-Jeanne et m'eus assuré encore une fois de sa bouche, qu'elle m'aime toujours et que l'éloignement ne peut rien sur son cœur. Chère amie, écris-moi, puisque tu ne peux me le dire, l'éloignement me fait peur, hélas ! Je suis toujours à toi, je te conjure, ma douce amie, d'en être bien persuadée. Si quelqu'un entreprenait de te persuader le contraire, qu'il soit à tes yeux l'être le plus vil et le plus imposteur. Je prends plaisir à t'assurer que je ne respire que pour toi, point de bonheur pour moi sans M.-J. Il y a longtemps que je suis convaincu de la vérité de ce fait et je vois que mon cœur ne se démentira jamais. Pardon si je t'ennuie par des répétitions, mais je ne me lasserai jamais de te dire que je t'adore. Je te demande en grâce de ne pas m'en vouloir, parce que je ne t'ai pas écrit, bien des motifs m'en ont empêché. Hélas, le Ciel m'est témoin que j'aurais désiré passer mes jours à t'écrire, mais si tu me crois coupable de quelque négligence, pardonne-moi, ne tire pas à conséquence avec ton cœur. Tu m'as dit de t'écrire plus souvent, moi je te recommande de m'écrire plus amplement, tu parois gênée ou occupée dans ta lettre. Sacrifie un instant à Broussais.

Je te dirai pour nouvelles que Derveaux est marié avec Namon Teillard, ils sont heureux, mon amie nous sommes les seuls infortunés, Ciel que leur sort me fait envie ! On cause beaucoup sur leur mariage, mais s'ils s'aiment, que leur importe. Si je possédois mon amie, je braverois tous les discours possibles, quand on a bien parlé, on se tait, et deux amants qui s'adorent n'en goûtent pas moins leur bonheur. Laissons parler qui voudra. Ceux à qui notre union pourroit déplaire, n'ont jamais eu l'âme assez belle pour sentir que le souverain bonheur n'est que dans la tendresse. Adieu, réponds-moi. Ton ami pour la vie.

BROUSSAIS.

Après les roucoulements, les rugissements. Il est vrai que, cette fois-ci, Broussais s'adresse à un éditeur....

... et une lettre d'affaires (2)

A Monsieur Maquignon-Marvis, éditeur.

Paris, le 19 février 1838.

Monsieur,

Je ne saurais accepter votre proposition. Si l'ouvrage était a moi, certes, je n'en céderais pas une édition augmentée pour quatre mille francs. Vous en avez la propriété, elle vous restera : vous l'aurez tel qu'il est avec les notes du texte, pour lesquelles je ne vous demande rien, quoiqu'elles soient un (*ici un mot illisible*) que je ne devais pas. Mais je vous prie de me rendre les prolégomènes corrigés et de vous en procurer d'autres pour la réimpression, puisque je n'en ai pas à vous offrir.

Vous aviez dit que vous n'avez qu'une parole ; moi je n'en ai qu'une non plus, et je tiens à ce que j'ai demandé, parce que cela est raisonnable.

Je suis prêt à recevoir les épreuves, lorsque vous m'aurez rendu le manuscrit.

J'ai l'honneur de vous saluer avec une parfaite estime.

BROUSSAIS.

L'homme d'affaires sait, à l'occasion, se transformer en homme du monde. Quoi de mieux tourné que cette invitation ?

(1) Ils devaient se marier le 8 germinal an IV (28 mars 1796).

(2) Obligeamment communiquée par le cabinet Charavay, 3, rue de Furstenberg, Paris, VIe.

Une invitation à manger une côtelette « maison » (1)

Paris le 5 xbre 1833

Monsieur,

Notre rendez-vous de Vendredi est pour neuf heures, et j'y tiens d'autant plus que cette heure vous convient ; mais c'est celle du déjeuner, et je désirerais beaucoup qu'il vous convînt également de manger une côtelette avec notre ami Boudard et avec moi, avant ou pendant notre conférence.

Si ce petit arrangement ne vous répugne pas, veuillez me le faire savoir, et vous comblerez de joie l'un de vos admirateurs les plus sincères. Il ne peut s'agir d'un déjeuner d'apparat, bien entendu, mais d'une légère restauration nécessaire, indispensable même à l'heure de notre réunion, et qui, après tout, n'est condamnée ni par les loix de la phrénologie, ni par celles de l'académie des sciences les plus morales et les plus politiques de ce bas monde.

Votre tout dévoué confrère

Broussais

(1) Obligeamment communiquée par Mme A. Cabanès.

Pour une « licence » d'histoire naturelle

A Monsieur Valenciennes, professeur au Muséum d'histoire naturelle, 7, rue du Battoir (1).

Mon cher Valenciennes,

Nous nous proposons, une dame et moi, d'aller voir demain au Jardin des Plantes, la nouvelle bête. Y serez-vous ? Et dans l'affirmative, à quelle heure et où faudrait-il vous demander ?

Je vous salue de cœur.

BROUSSAIS.

Quelle était cette « nouvelle bête » ? Pour M. Bultingaire, il s'agit vraisemblablement de la girafe du Pacha d'Egypte, amenée en 1827, et qui fit courir tout Paris. En faveur de cette hypothèse, deux arguments : 1° parmi les fonctions de Valenciennes (2) figurait celle de « mettre en ordre et de nommer les vertébrés » ; 2° seul, avec le directeur, le professeur (en l'espèce Geoffroy Saint-Hilaire) avait le droit d'accorder aux solliciteurs l'autorisation de visiter les hôtes du Muséum ; Valenciennes, qui était son collaborateur, était bien placé pour lui faire agréer les demandes. Mais contre elle, une objection de poids. La tradition veut que les professeurs logent au Muséum. Or la suscription de la lettre porte rue du Battoir. Distraction de savant ? Désir de flatter son correspondant, en lui donnant un titre auquel il ne devait accéder qu'en 1832 ? Ou bien encore, est-ce notre interprétation qui est en faute, et quand nous parlons de girafe, ne nous montons-nous pas le coup (3) ?

***

Broussais médecin militaire et médecin civil

Le médecin militaire

Dans les divers dossiers que nous avons pu consulter, figurent de nombreuses pièces concernant l'activité militaire de Broussais : certificats (4), notes de service (5), instructions à ses subordonnés (6). Si les certificats sont sans intérêt, les notes de service et les instructions se font remarquer par une extrême courtoisie. Que de civilité chez ce militaire ! Est-ce bien lui, qui disait de son maître bien aimé Pinel : « M. Pinel, à qui les incohérences sont familières (7) ; de Prost : « Dans son œuvre, il se rencontre « confusément des erreurs et des vérités » (8) ; de Bayle : « Je suis encore à me demander comment cet ouvrage a pu « établir une réputation » (9) ; du « trop reprochable » (10) Laënnec : « Il ne fut jamais capable de séparer ses intérêts « de ceux de la vérité » (11) ? Ecoutez sur quel ton il s'exprime dans la lettre qu'avec le chirurgien principal Mocquot, il adresse aux chirurgiens du premier corps de l'Armée Impériale du Midi (12) :

Messieurs et chers collaborateurs, dans les différents rapports que vous nous avez adressés, conformément à l'ordre du jour du 6 août dernier, nous avons vu avec plaisir les preuves de votre exactitude et de votre dévouement au service...

A l'aménité, il joint les qualités du chef : fermeté, dévouement aux malades, science. Il y joint aussi une connaissance profonde de l'hygiène. De nos grands hygiénistes actuels, lequel désavouerait ses conseils relatifs à la prophylaxie de la fièvre jaune (1) et à sa lutte contre l'alcoolisme aux armées ? (2)

Le médecin civil

Il a eu moins de succès. Ses biographes nous apprennent qu'en revenant d'Espagne, il s'installa rue de Bouloy et y fit, en deux ans, un peu moins de 1.600 francs... C'est alors que, sur le conseil de Desgenettes, il entra au Val-de-Grâce. Depuis ce moment, il continua sans doute à voir quelques clients.

Des visites à six francs...

La *Chronique médicale* de 1900 reproduit, page 110, une note autographe d'honoraires concernant des visites faites par lui à un certain M. Alexandre :

M. Alexandre doit à M. Broussais pour visites faites à la maison en 1824 :

Novembre	Les 11, 13, 18, 27, 29	5 visites fr.	30
Décembre	Les 10, 17, 24,	3 visites fr.	18
Janvier 1825	Les 6. 7, 14, 17, 24	5 visites fr.	30
Février	Les 5, 18, 20, 23, 25	5 visites fr.	30
Mars	Les 8, 25	2 visites fr.	12
Avril	Les 2, 7, 13, 15, 29	5 visites fr.	30
Septembre	Les 5, 7, 11, 12, 15	5 visites fr.	30
Décembre	Les 7, 17	2 visites fr.	12
		Total	192

En 1824, Broussais jouissait déjà d'une réputation mondiale. Il était considéré partout comme un chef d'école. Ses ouvrages principaux avaient été traduits dans toutes les langues. Et pourtant, il ne prenait que 6 francs par visite. Même en tenant compte du fait qu'il s'agissait de francs-or, force est de reconnaître qu'à cette époque, la gloire ne faisait pas recette.

Après les *visites*, la *consultation*. Les Archives du Val-de-Grâce en contiennent une, entièrement rédigée de sa main, et qui, à notre connaissance, est, jusqu'à maintenant, restée inédite (3).

Une consultation « motivée »

« D'après le mémoire à consulter, le médecin soussigné reconnaît chez Madame une phlegmasie chronique de l'arrière-bouche, car le pharynx est sensible au passage des aliments dans l'estomac, de plus il y a une paralysie incomplète de cet organe, qui s'étend même à l'appareil locomoteur. Le mémoire n'est pas assez détaillé pour qu'on puisse juger si cet état est sympathique de l'irritation du pharynx, ou s'il y a complication d'une affection de la base du crâne et de la moelle allongée. Quoiqu'il en soit, comme le traitement de ces deux affections est à peu près le même, le soussigné propose le plan de traitement ci-après.

1° Des applications répétées de sangsues, 10 à 12 à la fois, à huit à dix jours de distance, tantôt à la gorge, tantôt à l'épigastre, et au-dessous du conduit auditif, tantôt à la racine du nez, tantôt aux tempes, en laissant saigner.

2° Un régime composé de fécules telles que celles de semoule, de vermicelle, de riz, de maïs, de salep, de sagou, de polenta, de tapioca, d'arrow-root, de fécule de pomme de terre, de gruau, avec lesquelles on préparera des potages, des coulis ou des bouillies au lait, s'il passe bien, et au maigre et au gras. Plus tard, des légumes bien frais et de bonne qualité chauds (?) lorsque le pharynx aura perdu sa sensibilité; on y joindra encore l'usage de viandes tendres de poule, de poulet, d'agneau ou de veau;

3° Dans l'intervalle des repas, quelques gorgées de boisson émolliente, soit de l'eau de mauve, soit une légère infusion de chiendent avec addition d'un peu de sirop de guimauve ou de capillaire ; si les acides ne répugnent pas, on pourra reprendre un peu d'eau pure avec un peu de sirop de limon ;

(1) Collection particulière du Dr F. Le Sourd.

(2) Valenciennes, Achille, a été successivement préparateur de Geoffroy Saint-Hilaire et de Lamarck, en 1812, aide-naturaliste de Lacépède (1816), professeur de malacologie en 1832, membre de l'Académie des Sciences en 1844.

(3) Si familière qu'elle soit, l'expression figure dans le Littré, *Dictionnaire de la langue française*, Paris, 1878, in-4°, III, p. 617.

(4) et (5) Collections de Mme Cabanès et du cabinet Noël Charavay et *Archives du Val-de-Grâce*.

(6) V. plus loin.

(7) F.-J.-F. Broussais. *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*. Paris, 1829, in-8°, 3e édition, IV, page 29.

(8) Id., id., p. 92.

(9) Id., id., p. 152. Il s'agit des *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, Paris, 1813, in-8°, 439 p.

(10) Id., id., p. 174.

(11) Id., id., p. 334.

(12) F.-J.-V. Broussais et G.-P. Mocquot, Médecin et Chirurgien principaux du premier corps de l'Armée Impériale du Midi en Espagne. *Lettre à MM. les Chirurgiens majors du même corps sur le service de santé intérieur des corps armés*, Xérès de la Frontera, 1811. *Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris*, in-4°, 90957, t. 105, 12 *bis*, 36 p.

(1) et (2) F.-J.-V. Broussais et G.-P. Mocquot. *Lettre à MM. les Chirurgiens majors du régiment du premier corps de l'Armée Impériale du Midi en Espagne*, Xérès, 1811, in-4°, p. 32-34.

(3) *Archives du Val-de-Grâce*, Dossier Broussais.

4° Des frictions aromatiques sur l'épine dorsale et cervicale, au moyen d'une flanelle imprégnée de la vapeur des baies de genièvre, ou du benjoin;

5° L'exercice en plein air, très modéré avec les précautions nécessaires pour se préserver du froid et de l'humidité, principalement aux pieds et à la gorge;

6° Des pédiluves chauds avec addition d'une poignée de sel de cuisine ou d'un quartrin (?) de farine de moutarde ;

7° Des lavements nutritifs, soit avec l'amidon ou une fécule quelconque, soit avec des bouillons gélatinés, coupés avec de l'eau de guimauve ou de graine de lin, si la déglutition était difficile ;

8° Si la déglutition des aliments devenait encore plus difficile, on nourrirait la malade au moyen d'une sonde de gomme élastique introduite jusque dans l'estomac, et l'on y ferait passer les boissons et les fécules faites très claires ;

9° La malade doit s'armer de patience et suivre le régime avec constance, si elle veut obtenir du succès des moyens conseillés ;

10° Enfin, selon les résultats du traitement et les symptômes, on jugera s'il est convenable d'appliquer des moxas sur les parties externes correspondantes aux faces antérieure et latérales du pharynx.

Paris, le 20 août 1824. »

BROUSSAIS.

*
**

La dernière maladie et la mort de Broussais

« L'on prévient les squirrhes du tube digestif... « par les moyens qui détruisent les gastrites chro- « niques. L'exercice musculaire et la distraction « figurent ici en première ligne. » (F.-J.-V. Broussais, *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*. Paris, 1829, in-8°, 3e édition, I, proposition CCCXLIII.)

« François-Joseph-Victor Broussais est mort, jeudi der- « nier (1) à sa maison de campagne de Vitry (2), presque « subitement, à la suite d'une maladie longue et doulou- « reuse, un cancer au rectum et à l'âge de 66 ans. »

Ainsi s'exprime la *Gazette des Hôpitaux* du mardi 20 novembre 1838 (N° 136, p. 546). Cette nouvelle, suivie d'une courte biographie du défunt, appelle quelques « commentaires ». Le terme ne convient-il pas au guerrier qui l'avait pris pour titre d'un de ses ouvrages et intitulé « *Premières Campagnes* », son *Histoire des Phlegmasies ou inflammations chroniques ?* Si Bouillaud le compare à Alexandre et à Napoléon, pourquoi ne pas évoquer à son sujet le nom de César ?

Ses funérailles ont lieu le 21.

« Une foule innombrable de médecins et d'élèves encombrait les abords de sa demeure dans la rue d'Enfer (3) ; de nombreux uniformes d'officiers de santé s'y faisaient distinguer ; l'école en grande tenue et en corps, une députation de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales et politiques assistaient à cette lugubre cérémonie. Un détachement assez considérable de soldats faisait la haie.

Le cortège s'est mis en route à 11 heures précises, et le corps a été conduit d'abord au Val-de-Grâce ; c'est dans la chapelle de cet hôpital que l'office divin a été célébré avec pompe (4).

(1) En réalité, il est mort le samedi 17 novembre, à 1 h. 10 du matin.

(2) Cette maison « était située Faubourg Bacchus et n'avait pas de numéro. Ce faubourg est devenu le boulevard Lamouroux. (Note aimablement communiquée par M. le Secrétaire de la Marie d'Ivry-sur-Seine.)

(3) Au n° 13.

(4) Dans le n° 148 (mardi 18 décembre 1839, p. 602) figurent ces lignes : « On assure que M. l'aumônier du Val-de-Grâce, qui a présidé aux obsèques de M. Broussais, vient d'être l'objet des censures de ses supérieurs, et qu'il a même été envoyé en pénitence dans une maison religieuse éloignée de Paris. » Il est vraisemblable que cet incident, sur lequel les Archives de l'Archevêché ne possèdent aucun document, est dû aux idées philosophiques de Broussais. Ne reproche-t-il pas au « parti jésuite » de l'avoir éliminé de la Faculté (cf. p. 1222) ? N'écrit-il pas, dans son *Examen des doctrines médicales* (Paris, 1834, in-8°, p. 172) : « Ces assertions (de Laënnec) paraissent si légères qu'il a fallu toute la pression du parti médico-jésuitique pour les faire prospérer et en faire le mot d'ordre de toute une école » ? N'avait-il pas écrit dans sa profession de foi (reproduite par la *Gazette des Hôpitaux*, 12 janvier 1839, n° 6, p. 21-22, sous la signature de Démontègre, « son secrétaire pendant douze années ») : « Je reste avec le sentiment d'une intelligence coordinatrice, que je n'ose appeler créatrice, quoiqu'elle doive l'être, mais je ne me sens pas le besoin de lui adresser un culte extérieur. » Une analyse de la « notice historique sur la vie, les travaux, les opinions médicales et philosophiques de F.-V. Broussais, par Démontègre », faite par Lemaire et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 24 janvier 1839, n° 11, p. 41-43, ne parle-t-elle pas d'un « vénérable ecclésiastique » que Broussais avait guéri, sans vouloir recevoir d'honoraires, et qui, « bravant les foudres de l'intolérant *Quelen*, était venu déposer sur sa tombe son tribut de regrets et de reconnaissance ». Mgr de Quelen (Hippolyte-Louis, Comte de) était archevêque de Paris depuis 1821. Les aumôniers du Val-de-Grâce étaient alors MM. Rey, premier et Larraz, second aumônier.

MM. Larrey, Orfila, Boissy d'Anglas et Droz tenaient les cordons du dais.

Au sortir du Val-de-Grâce, les élèves ont fait dételer le char funèbre, qui a été ensuite traîné par eux jusqu'au cimetière du Père-Lachaise. Un détour a été fait ; le cortège a voulu passer devant la porte de l'Ecole, une station a eu lieu à cet endroit ; et, après s'être arrêté, silencieux et recueilli, le cortège s'est remis en route pour le cimetière.

Divers discours ont été prononcés sur la tombe de l'auteur de la doctrine physiologique, par MM. Droz et Arago, au nom de l'Institut ; M. Larrey fils (pour M. son père), pour le corps des officiers de santé, et par M. Bouillaud, au nom de l'Ecole de médecine. Ces trois derniers discours ont surtout été très vivement applaudis » (1) (2) et (3).

Le numéro 141 de la *Gazette des Hôpitaux* de 1838 (samedi 1er décembre), reproduit *in extenso* (p. 565-568), le discours de Bouillaud, qui, jadis, jeune élève, avait fait, des notes prises au cours de Broussais, la matière de deux beaux volumes, aujourd'hui en possession du professeur Maurice Villaret. Les années ont eu beau passer : l'admiration de l'élève pour le maître n'a pas baissé. « Jamais, s'écrie l'orateur, la médecine française n'a fait une plus irréparable perte... Oui, Messieurs, un astre lumineux vient de s'éteindre dans le monde médical... Ce n'est pas une chose facile que l'éloge d'un tel homme. Pour l'oraison funèbre de celui dont nous déplorons la perte, ce ne serait pas trop de la voix d'un Bossuet : « La postérité ne dira-t-elle pas de lui, peut-être, l'oracle du Val-de-Grâce, comme elle a dit l'oracle de Cos ? C'est en vain que « les serpents de l'envie sifflaient autour de lui : ces sifflements se perdaient dans le concert d'applaudissements qui retentissaient à ses oreilles ; les traits de la calomnie venaient expirer à ses pieds triomphants ». Et pourtant, tel de ses ouvrages, comme l'*Essai sur l'irritation et la folie*, n'est pas « à l'abri de toute objection, n'est pas exempt de toute tache ». Continuons, et nous arrivons aux « rosseries », qui, trop sou-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, jeudi 22 novembre 1838, n° 137, p. 550. Les numéros du jeudi 29 novembre (n° 140) et du 1er décembre (n° 141) mentionnent aussi le discours prononcé par MM. Nacquart, au nom de l'Académie de Médecine (p. 561), et La Corbière, « comme ami ».

(2) La *Gazette des Hôpitaux* du 17 janvier 1839, n° 8, p. 30, fulmine contre Gerdy qui, apprenant que Bérard aîné avait été chargé par la Faculté de Médecine de faire l'éloge de Broussais, s'était élevé contre cette proposition, « avec une violence et une âpreté haineuse vraiment inconcevables ».

(3) « Le corps de Broussais, venant de Vitry, a été inhumé le 21 novembre 1838 dans une concession n° 32795, appartenant à M. Frapart et à Mme Darkow. Il fut exhumé le 13 juin 1844 et transporté au Val-de-Grâce. La sépulture primitive existe toujours dans la 13e division, 1re ligne face à la 14e, n° 6 de la 3e. Elle était, en 1917, la propriété de M. Serouge Charles, 24 *bis*, rue Solférino, à Billancourt. Le dossier ne renferme aucune pièce ultérieure. » (Note aimablement communiquée par M. le Conservateur du Cimetière de l'Est.)

vent, émaillent les éloges académiques : « L'agitation était « pour ainsi dire son élément, et l'on pourrait le considérer comme l'O'Connel de notre époque médicale. »

Les officiers de santé du Val-de-Grâce décident de porter pendant un mois le deuil de leur glorieux patron (*Gazette des Hôpitaux*, 22 novembre 1838, n° 137, p. 550). Cette décision ne leur paraît pas suffisante : ils estiment que « des démarches doivent être faites pour que le cœur du fondateur de la médecine physiologique soit déposé dans les caveaux de l'hôpital qu'il a longtemps illustré comme médecin en chef et comme professeur ». Ce vœu est bientôt réalisé, et le cœur de Broussais déposé au Val-de-Grâce, à l'amphithéâtre des cours. « Les professeurs de cette Ecole avaient demandé au Ministre de la Guerre, écrit M. Michel Lévy, professeur (*Gazette des Hôpitaux*, samedi 24 novembre 1838, n° 138, p. 551), l'inhumation du corps dans les caveaux ; mais les prescriptions légales s'opposaient à l'accomplissement de ce vœu » (1). Et le même d'ajouter :

« Une souscription est ouverte au Val-de-Grâce pour l'érection d'un monument en l'honneur de Broussais. Des mesures sont prises pour l'organiser et un appel sera fait plus tard à tous les officiers du corps médical de l'armée. »

Le Comité chargé de recueillir les fonds, se compose de MM. Orfila, Bouillaud, baron Larrey, Gasc, Laneuville, Evrard, Népomucène Lemercier, Droz, Roche, Frappart, La Corbière et J.-B. Baillière. Son premier soin est de prier la *Gazette des Hôpitaux* (jeudi 29 novembre 1838, N° 140, p. 562) de « l'aider à accomplir son œuvre de reconnaissance et de justice, en annonçant que la souscription est ouverte tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, de *dix* à *quatre* heures, dans les bureaux de la Faculté de médecine, à l'hôpital du Val-de-Grâce, chez M. J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et chez tous les rédacteurs des journaux de médecine de la capitale ». Une première liste de souscripteurs est publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 25 janvier 1839, n° 12, p. 48). Elle comprend les noms des membres de la Commission ; ceux des membres du conseil de santé des armées, du Ministre de la Guerre, de Devergie, de Malgaigne, de Gasc, de Rollet, de Sédillot, de Guillou « ch. consultant du roi », de Lecomte « marchand de sangsues », etc., etc. (2).

Tandis que les thuriféraires officiels expriment le vœu « que ses précieux restes, recevant les honneurs qui leur sont dûs, puissent être transportés dans ce monument qui porte pour inscription : « *Aux grands hommes la patrie reconnaissante* », tandis que « M. le ministre de la Guerre écrit à la veuve, à l'occasion de la mort de son illustre mari, une lettre pleine de convenance et d'intérêt » (3), voici que court le bruit d'un empoisonnement. La *Gazette des Tribunaux* déclare que « les médecins par les soins desquels s'était faite l'autopsie du cadavre, n'avaient pas « trouvé des causes suffisantes de mort dans les désordres « produits par un cancer intestinal, dont l'existence remontait à plusieurs années. Ce fait, rapproché de quelques « circonstances qu'on disait avoir précédé la mort de M. « Broussais, semblent de nature à faire soupçonner un empoisonnement ». Elle ajoute que « ces soupçons ont pris « un tel caractère de gravité que dès hier, l'autorité judiciaire a cru devoir intervenir, et M. Fleury, juge d'instruction, chargé d'informer » (1). Ces bruits, la *Gazette des Hôpitaux* s'en fait à son tour l'écho, bien qu'ils aient été contestés par le docteur Maurel, de Vitry, « qui a donné seul les derniers soins à Broussais » (2). Pour les confirmer ou les infirmer, trois procédés : analyse chimique des viscères ; publication de l'observation ; autopsie.

Une analyse chimique des matières contenues dans l'estomac et les intestins, demandée par la famille, est confiée à MM. Orfila, Devergie et Lesueur. « Nous croyons savoir, dit la *Gazette des Hôpitaux* (samedi 8 décembre 1838, n° 141, p. 582) « que cette analyse vient d'être terminée, et « qu'il n'en est rien résulté qui puisse justifier les doutes « qui s'étaient élevés sur les causes de la mort de ce célèbre médecin » (*Gazette des Tribunaux*).

Une « relation de la maladie », faite par Amussat, devait être lue à l'Académie de médecine, mais, « grâce aux embarras suscités par le Conseil d'administration et à quelques éteignoirs académiques, la lecture n'a pas été faite, « sous le prétexte de l'enquête ordonnée par l'autorité judiciaire ». La *Gazette des Hôpitaux* du 11 décembre 1838 en donne le texte. En voici le résumé : « La maladie de Broussais consistait uniquement dans une *obstruction de la moitié inférieure de l'intestin rectum*. Cette obstruction était de nature carcinomateuse.

« Depuis plusieurs années, il était tourmenté par une diarrhée dont il se plaignait à ceux qui l'entouraient. Malgré cette incommodité, il avait de l'appétit, et la digestion supérieure, comme il le disait lui-même, se faisait bien.

A mesure que la maladie a fait des progrès, la défécation est devenue plus difficile, plus douloureuse, les intervalles ont été plus longs; c'était un travail, une véritable opération, qu'il appelait *ses débâcles* ».

Bientôt, à ces phénomènes de sub-occlusion, s'ajoutaient des douleurs de vessie et de la pollakiurie. Appelé en consultation, pour la première fois, le 12 avril 1838, Amussat constate « l'existence d'une « plaque bosselée, lisse et dure, située à la partie inférieure du rectum, derrière la prostate. »

Il ne pouvait donc conserver de doute sur le caractère de la maladie, mais il dissimule « au patient sa pénible pensée... » Il s'agit, lui dit-il, « de tumeurs hémorroïdales, que nous pourrions lier avec succès »... Broussais ayant répondu qu'« il redoutait la moindre opération et que c'était la cause pour laquelle il avait tardé à appeler un consultant », on lui proposa « de dilater et d'aplatir, de comprimer ces tumeurs avec des mèches et des bougies », proposition qui fut acceptée. « Immédiatement, une mèche enduite de cérat fut placée dans le rectum », pour le plus grand soulagement du malade. Comme il fallait « agir plus efficacement », Breschet et Samson furent appelés en consultation. Il fut convenu qu'on ne pouvait songer à l'ablation de la partie malade, que l'on continuerait la dilatation par les mèches et les bougies et que, si les tumeurs et les végétations augmentaient, il faudrait avoir recours à la ligature et à la cautérisation, opération qui fut effectuée le 18 juillet 1838, par Amussat, aidé de MM. Casimir Broussais et Levaillant. Le lendemain, « la tumeur était flétrie, ramollie et réduite à sa teneur celluleuse », le malade se sentait beaucoup mieux ; mais « quelques jours après, une nouvelle tumeur, tout à fait analogue à la première, la remplaça et causa les mêmes douleurs ». Le cancer avait alors « envahi toute la circonférence de l'organe et descendait jusqu'au sphincter ». Le

---

(1) On a vu que les mêmes prescriptions ne s'y opposaient plus en 1844.

(2) Dans les Archives du Val-de-Grâce figure un volume in-8° consacré à ce sujet et intitulé: *Monument élevé à Broussais à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce. Pièces relatives à la souscription et à l'inauguration.* Paris 1838-1839, in-8°. Extrayons-en quelques détails intéressants. Le pair de France, Ministre de la Guerre, général Bernard, s'était inscrit pour mille francs, mais il s'oppose au principe d'une souscription parmi les militaires, comme contraire au règlement. Son interdiction n'eut d'ailleurs aucun effet. Les listes circulèrent dans tous les hôpitaux, services régimentaires, ambulances, etc., de France et d'Algérie. Le total des souscriptions s'élève à 11.592 fr. 70, sur lesquels on paya aux deux fondeurs, Soyez et Inge, 5.000, et à M. Bra, sculpteur, 6.520, le reste consistant en « frais divers ».

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 24 novembre 1838, n° 138, p. 551.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 24 novembre 1838, n° 138, p. 551.

(2) *Id.* 27 novembre, n° 139, p. 558. Le Dr Maurel « a reconnu dans la maladie à laquelle ce célèbre médecin a succombé, *tous les caractères d'une apoplexie: aucun symptôme d'empoisonnement ne s'est manifesté* ».

26 juillet, les mêmes praticiens « essaient la ligature », qui ne put être faite qu'incomplètement. Le 28 juillet, placement d'une nouvelle mèche. A partir de cette époque, on continue la dilatation du rectum. Le 15 août, excision d'une petite végétation pincée par l'anus, qui a été ainsi « parfaitement débarrassé ». La tumeur rectale n'en continuait pas moins à proliférer et « formait un bourrelet circulaire qui s'opposait à la sortie des matières. « La maladie avait alors la hauteur du poing... » Pour dilater avec succès, il « fallait d'abord détruire les exhubérances du rectum ». Ce à quoi on parvint, le 18 août 1838, grâce à une cautérisation légère de « l'intérieur de la portion rétrécie du rectum ». Cette première cautérisation fut suivie de six autres. Les chirurgiens ne demandaient qu'à continuer, mais « la faiblesse plus grande du malade, caractérisée par de l'abattement et du gonflement des pieds, l'imminence d'une débâcle et le peu de disposition à se laisser cautériser, m'empêchèrent encore d'insister », écrit Amussat, Le spasme rectal augmentant et les moyens habituels, mèches et lavements, n'ayant donné aucun résultat, Broussais se « décida à aller à Vitry, où il avait souvent réussi à se débarrasser de cette rétention incommode des matières fécales ». Il quitte Paris le 11 novembre, à 4 heures du soir. Dès lors, affaiblissement graduel, s'opposant à tout déplacement ; apparition, le vendredi suivant, d'une vive douleur « dans la région lombaire de la colonne vertébrale », et, finalement, ictus, avec perte de connaissance, face colorée et vultueuse. Le docteur Maurel, de Vitry, appelé d'urgence, fut « frappé de terreur à l'aspect d'une figure apoplectique d'un rouge pourpre. Toutes les veines de la tête étaient fortement injectées. Les artères carotides battaient avec force... » Que faire, sinon une saignée copieuse ? Celle-ci fut pratiquée incontinent. Comme les résultats tardaient à se produire, le praticien de Vitry « fit appliquer vingt sangsues au cou, dix de chaque côté... Elles donnèrent peu de sang. Pendant ce temps, la figure pâlissait ; peu à peu la respiration diminuait de fréquence et ne se faisait plus que de loin en loin ; une sueur froide couvrait le visage et la poitrine, et à une heure dix du matin ce grand homme cessa de vivre ».

Quant à l'autopsie, elle fut faite 36 heures après la mort, le 18 novembre 1838, à 11 heures et demie du matin, rue d'Enfer, par MM. Levaillant et Foucart, en présence de MM. Orfila Breschet, Amussat, Bouillaud, Casimir Broussais, La Corbière, Stephanopoli, Maurel, Jules Pelletan, Debout, Lemaire, Démontègre et Lecouteux. Autant qu'on puisse dire, il n'existait ni hémorragie cérébrale ni métastases, abstraction faite d'une petite tumeur sous-muqueuse, située sur l'intestin grêle, à six pouces à peu près de la valvule iléo-coecale, et dont la signification reste indécise. Le rectum était le siège d'une infiltration s'étendant jusqu'à quatre pouces environ à partir de l'anus et occupant toute la circonférence de l'intestin.

« Les ganglions du bassin et ceux du mésentère n'ont ni plus de consistance ni plus de volume que dans l'état normal. »

*
* *

Dans les faits précédents, quelle matière à « commentaires » !

Commentaires d'ordre *juridique*. Le secret médical n'existait-il donc pas puisque, du haut de la tribune de l'Académie, le médecin qui avait donné ses derniers soins à Broussais put avoir l'idée de donner les détails les plus circonstanciés sur le début de la maladie, son évolution, les complications qui survinrent, le traitement qu'on leur opposa et qu'il fit, de cette observation, une brochure mise en vente pour le prix de 1 fr. 25, chez Germer Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine (*Gazette des Hôpitaux*, 26 janvier 1839, n° 12, p. 48) ?

Commentaires d'ordre *clinique*. Présentons-les sous forme de « propositions ».

Si vraiment Broussais était un ancien tuberculeux et s'il est mort de cancer digestif, son cas rappelle singulièrement celui de Napoléon (1) : évocation qui n'est pas pour déplaire à ses mânes, encore qu'il ait un jour montré des signes d'« irritation » alors qu'« un jeune homme vantait devant lui avec enthousiasme la gloire militaire de ce grand capitaine » (2).

2° La diarrhée dont il souffrait depuis des années était sans doute symptomatique d'une lésion intestinale sur laquelle est venu, ultérieurement, se greffer un cancer.

3° La maladie s'est traduite par les signes habituels d'occlusion progressive : tout au plus faut-il observer qu'il est rare que la tumeur sorte par l'anus et qu'elle se termine par des symptômes d'apoplexie cérébrale.

Commentaires d'ordre *étiologique*. Pour Amussat, la maladie de son client reconnaissait pour cause des excès provoqués par la force de son organisation et de son tempérament, qui était éminemment nerveux et bilieux. Gardons-nous de sourire ! Sommes-nous beaucoup plus avancés aujourd'hui en ce qui concerne les causes du cancer ?

Commentaires d'ordre *thérapeutique*. Broussais avait érigé la saignée en système. Il la recommandait dans la plupart des cas, ne voyant « aucun inconvénient à la pousser jusqu'à la syncope dans les inflammations récentes des sujets qui étaient sains avant la maladie » (3). Il la pratiquait même chez les animaux (4). Quoi d'étonnant, dès lors, à ce qu'on lui ait appliqué la thérapeutique qu'il ne cessait de préconiser ? Notons, toutefois, qu'elle semblait d'autant plus indiquée que les symptômes terminaux étaient ceux de l'apoplexie cérébrale.

Commentaires d'ordre *anatomique*. Bien que les ganglions du bassin aient semblé normaux, bien qu'il n'y ait pas eu d'examen histologique, le diagnostic de cancer du rectum ne paraît pas douteux.

Commentaires d'ordre *personnel*, enfin. Si nous n'ignorons rien de la maladie qui a emporté l'illustre auteur de la doctrine physiologique, c'est à la *Gazette des Hôpitaux* que nous le devons, c'est au souci d'information, à l'impartialité, à la probité scientifique et à l'esprit de méthode de son rédacteur en chef d'alors, le docteur Fabre (5). Exemple précieux que ses successeurs ont médité et dont, en toutes circonstances, ils s'efforceront de s'inspirer !

L. BABONNEIX.

(1) F.-J.-V. Broussais, Histoire de la maladie qui a terminé les jours de Napoléon à Sainte-Hélène rédigée par le Dr Gaubert, in F.-J.-V. Broussais, *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*. Paris, 1829, in-8°, 3e édition, III, p. 304-541.

(2) Notice historique sur la vie de Broussais, *Gazette des Hôpitaux*, 24 janvier 1839, n° 11, p. 42.

(3) F.-J.-V. Broussais, *Examen des doctrines médicales*, Paris, 1829, 3e édition, in-8°, t. I, p. CX.

(4) Nous tenons de notre vénéré maître Siredey l'anecdote suivante : Monneret était allé rendre visite à Broussais, qui, à un certain moment, lui montre des coqs de combat qu'il avait, à grands frais, fait venir d'Angleterre : « Comment expliquer, demande Monneret, qu'ils aient l'air si lamentable ? Leur crête est décolorée et ils tiennent à peine sur leurs pattes. » — « Je n'y comprends rien, répond Broussais : *Je les saigne pourtant chaque semaine.* »

(5) Cf. *Gazette des Hôpitaux*, numéro du Centenaire, novembre 1927.

Tumeurs intracraniennes, étude analytique de 2.000 tumeurs vérifiées et de leur mortalité opératoire, par Harvey Cushing, édition revue et augmentée par l'auteur, et comprenant deux études sur les résultats éloignés du traitement opératoire des tumeurs intracraniennes, par W. P. Van Wagenen (Rochester, New-York), et Hugh Cairns (Londres), traduction française de Jean Rossier (Lausanne). Un vol. de 194 pages, avec 11 figures. A Paris, chez Masson et Cie, 1937. Prix : 80 francs.

PRATIQUE MÉDICALE

LES IDÉES ACTUELLES SUR LA THÉRAPEUTIQUE ANTI-INFECTIEUSE PAR LES COLLOÏDES

A mesure que les connaissances sur le *processus de l'infection* se sont précisées, la *médication colloïdale* a vu se confirmer sa raison d'être et sa valeur thérapeutique. Non seulement, les observations cliniques ont, en effet, toujours affirmé l'activité des colloïdes, mais encore les preuves expérimentales sont venues éclairer le mécanisme de leur action. Cette dernière répond exactement à la conception actuelle de la thérapeutique anti-infectieuse :

La neutralisation de l'action pathogène des virus infectieux par l'utilisation intense des forces naturelles de l'organisme.

Les réactions naturelles de l'organisme dépendent d'éléments organiques, dont les uns sont mobiles, et dont les autres font partie intégrante de certains tissus. Les premiers sont essentiellement représentés par les *leucocytes*, qui agissent par la *phagocytose* (Metchnikoff) ; les seconds, par les *cellules de défense*, histiocytes du système réticulo-endothélial, qui agissent par *bactériopexie* (N. Fiessinger) ou *bactériolyse*, détruisant et digérant l'agent pathogène. Ces réactions varient de forme et d'intensité, suivant le comportement du *facteur terrain* qui s'est modifié, soit au cours de l'infection elle-même, soit à l'occasion d'une infection antérieure, lesquelles créent ainsi les états d'*immunité ou d'allergie.*

Les « médicaments anti-infectieux » sont ceux qui stimulent l'activité des agents de défense de l'organisme, tout en s'adaptant à la nature du terrain. Or, les colloïdes thérapeutiques répondent exactement à une telle définition.

***

Introduits dans l'organisme, les colloïdes déterminent des « réactions de passage » dans la circulation : « choc colloïdoclasique » passager, *et qui n'est jamais dangereux, si l'on a soin de pousser l'injection lentement*, lequel s'accompagne d'une réaction vasculo-sanguine, dont les leucocytes font les frais : diminution de leur nombre d'abord (leucopénie), puis rapidement *hyperleucocytose* très marquée. Cette dernière traduit son action par *l'augmentation de la phagocytose*, l'un des moyens de défense les plus puissants contre l'infection.

Quelques minutes après leur introduction dans l'organisme, les colloïdes sont *fixés dans les tissus*, et notamment *dans le foie ;* ce sont les cellules étroites de Kuppfer qui jouent un rôle prédominant dans cette fixation. Or, ces cellules font partie du vaste *système réticulo-endothélial* (S. R. E.), dont les éléments ou *histiocytes*, se trouvent également répartis dans le rein, la rate, les ganglions lymphatiques, la moelle osseuse, etc.

Une des fonctions caractéristiques du S. R. S. est la *fixation*, la mise en réserve de certaines substances : colorants vitaux, métaux colloïdaux. Sous leur influence, les cellules d'abord bloquées passagèrement, prolifèrent et présentent une suractivité qui se traduit par une action hématopoiétique, une action hémolytique, une action éliminatrice de l'agent infectieux. Pour certains auteurs comme Midy, qui a consacré un très important travail à l'étude du S. R. E., les *anticorps* prennent eux-mêmes naissance dans les cellules histiocytaires. On conçoit donc l'intérêt de l'influence d'un colloïde sur la fonction de défense des éléments du S. R. E.

Ajoutons à cela que les colloïdes possèdent une *action antithermique* nette, et aussi une action directe, antibactéricide (ou plus exactement *bactériostatique*, c'est-à-dire empêchant le développement des microbes pathogènes) et *antitoxique.*

L'Electrargol est *l'agent anti-infectieux type, omnivalent*, dont toutes les propriétés répondent aux données ci-dessus exposées. Solution *d'argent colloïdal*, à très petits grains uniformes, préparée par la voie électrique, elle s'emploie en ampoules dosées à 0,40 pour 1.000 pour les injections *intramusculaires* ou *intraveineuses.* Celles-ci se font aux doses de 5 à 10 cc. en moyenne. Elles peuvent être répétées plusieurs fois par jour.

Au dosage de 0,70 pour 1.000, l'Electrargol s'emploie en applications externes (collyres, instillations, lavages, pansements).

Les indications sont celles *de tous les processus infectieux*, particulièrement la *grippe*, les *maladies de l'appareil respiratoire* (pneumonies, broncho-pneumonies), *les infections* à forme septicémique ou aiguë, les *maladies infectieuses* et *chirurgicales graves*, les infections en urologie, en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie (applications externes).

LIVRES NOUVEAUX

Technique opératoire des glandes endocrines (1), par G. JEANNENEY, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux et P. FOUCAULT, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

La chirurgie des glandes endocrines est à l'ordre du jour. Elle a ouvert, au chirurgien comme au médecin, de grands espoirs. Mais, comme toute science en évolution, elle comporte une partie précise, parfaitement réglée : sa *technique.* et une partie encore à l'étude : ses *indications* et l'adaptation de sa technique aux indications variables : sa *tactique.*

Jeanneney et Foucault ont réussi un véritable tour de force en sachant réunir en si peu de places les données indispensables pour permettre au chirurgien et au praticien de savoir ce qu'il faut faire dans cette matière si neuve.

Pour les médecins, un rappel anatomo-physiologique et un exposé de syndromes d'hyper et d'hypofonctionnement glandulaires, justiciables d'interventions, sont exposés d'abord pour chaque glande.

Pour les *chirurgiens*, viennent alors les règles générales de la technique opératoire : préparation du malade, anesthésie, précautions techniques, suites opératoires. Enfin, la tactique opératoire elle-même est étudiée avec ses différentes variantes. Cette partie est très abondamment illustrée, et il est indiscutable que le chirurgien y trouvera un guide opératoire très utile pour chaque cas.

En effet, il n'existe encore dans aucun traité de technique opératoire de mise au point actuelle de ces différentes techniques, telles celles des parathyroïdectomies, de la surrénalectomie, de la splanchnicectomie, des greffes, etc...

A ce point de vue, le chirurgien trouvera dans le livre de Jeanneney et de Foucault un manuel opératoire et un aide-mémoire des plus intéressants à consulter.

Mais il y a plus : l'âme de cet ouvrage fait bien comprendre la tendance actuelle de la chirurgie qui s'efforce d'être fonctionnelle, de rétablir par que interventions logiques et bénignes des troubles de leur régulation ou de leur marche avant que des altérations organiques trop graves, trop profondes, ne se soient irrémédiablement installées.

Il nous est agréable de signaler le bel ouvrage de Jeanneney et Foucault, dont on connaît par ailleurs les travaux si intéressants de chirurgie physiologique.

Prof. H.-L. ROCHER.

(1) 1 vol. 186 pages avec 126 fig., DOIN éditeur, Paris 1938.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 78. — MERCREDI 28 SEPTEMBRE 1938 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — M. Chevassu, professeur de pathologie chirurgicale, est transféré à compter du 1er octobre 1938 dans la chaire de clinique urologique (dernier titulaire : M. Marion). M. Troisier, agrégé, est nommé à compter du 1er octobre 1938, professeur de clinique de la tuberculose (dernier titulaire : M. Fernand Bezançon). — La chaire de pathologie chirurgicale (dernier titulaire : M. Chevassu), est déclarée vacante.

Guerre. — Le médecin général Jauneau, directeur adjoint du S. S. au commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole a été placé dans la deuxième section (réserve) du cadre du corps de santé des troupes coloniales.

— M. le médecin général Potet est nommé médecin général inspecteur en remplacement de M. le médecin général inspecteur Lévy, placé dans la section de réserve.

Sont nommés médecins généraux : MM. les médecins colonels Pernin, Fontan et Vanlande.

— M. le médecin général Heckenroth (des troupes coloniales) est nommé médecin général inspecteur, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Sorel, placé dans les secteurs de réserve.

Sont nommés médecins généraux MM. les médecins colonels Millou et Marque (des troupes coloniales).

Marine. —Concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest. Ce concours aura lieu à Brest le 3 octobre 1938.

Le jury de ce concours sera composé comme suit : Président, M. le Directeur du service de santé de la 2e région maritime ; membres, M. Loyer, médecin en chef de 2e classe, chirurgien des hôpitaux maritimes ; M. Barge, médecin principal, chirurgien des hôpitaux maritimes.

Concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles annexes de médecine navale. Ces concours auront lieu aux dates indiquées ci-après :

Ligne médicale : 14 octobre 1938, à Rochefort.

Ligne pharmaceutique : 3 octobre 1938, à Toulon.

Les jurys de conours seront présidés :

1° Pour la ligne médicale, par le médecin général de 1re classe, inspecteur général du service de santé ;

2° Pour la ligne pharmaceutique, par délégation de l'inspecteur général, par le pharmacien chimiste général de 2e classe.

Jurys de concours : A. — Ligne médicale. (Le 14 octobre 1938, à Rochefort.)

1° Anatomie descriptive (écoles annexes de Brest et de Rochefort). Membres : M. Rondet, médecin en chef de 1re classe, chirurgien des hôpitaux maritimes ; M. Simeon, médecin de 1re classe.

2° Histologie et embryologie (école annexe de Rochefort). Membres : M. Pierre, médecin en chef de 2e classe, médecin des hôpitaux maritimes ; M. Bideau, médecin en chef de 2e classe, professeur agrégé.

B. — Ligne pharmaceutique. (Le 3 octobre 1938, à Toulon.)

1° Chimie et chimie médicale (école annexe de Rochefort) ; 2° physique et physique médicale (école annexe de Toulon).

Membres : M. Audiffren, pharmacien chimiste principal, professeur agrégé ; M. Damany, pharmacien chimiste principal, professeur agrégé.

École du service de santé militaire. — Concours spécial des étudiants en médecine, titulaires de vingt inscriptions, sont déclarés admissibles : MM. Chevrou, Courtois et Ricaut.

Une déclaration radiodiffusée du professeur Branly. — On sait que dans quelque temps sera érigé à Wimereux un monument à la gloire de Branly et de Marconi. Interviewé à cette occasion, l'illustre savant français, qui va entrer dans sa quatre-vingt-quatorzième année, a fait la déclaration radiodiffusée suivante :

« — *La paix se gagne comme la guerre, et sa seule arme est le travail. En détourner un peuple, c'est le désarmer et préparer sa servitude ; le lui faire aimer, au contraire, c'est le rendre fort et maître de ses destinées.* »

Le racisme en Italie. — La *Riforma medica* (de Naples), vient de publier le texte du décret-loi relatif aux membres de l'enseignement de race israélite. En voici les principales dispositions :

A dater du 16 octobre 1938, tous les professeurs de race hébraïque qui appartiendront aux écoles (écoles d'État ou reconnues) seront suspendus de leurs fonctions. Il en sera de même des assistants. Par analogie, les professeurs libres de race hébraïque seront suspendus de l'exercice du libre enseignement.

— Les membres de race hébraïque de l'Académie, des instituts et des associations de sciences, lettres et arts cesseront de faire partie des dites institutions à partir du 16 octobre 1938.

— Par dérogation, et transitoirement, seront admis à poursuivre leurs études universitaires, les étudiants israélites déjà inscrits aux établissements d'enseignement supérieur depuis un an accompli.

Aux effets du présent décret-loi, est considéré de race hébraïque celui qui est né de parents tous les deux de race hébraïque, bien que professant une religion différente.

Le professeur Octave Crouzon
1874-1938

Depuis de longues années, j'étais lié avec notre collègue Crouzon. J'avais pu apprécier dès avant notre internat sa belle intelligence et toutes ses qualités de cœur. Crouzon était très réservé au premier abord, mais lorsqu'on avait gagné sa confiance, il se montrait un ami, très sûr et dévoué. Il était un magnifique travailleur et ne croyait nulle tâche au-dessous de lui. Dans ces dernières années, alors qu'il était déjà arrivé à l'Académie de Médecine, je l'ai vu se consacrer ardemment, avec son ami Tanon, à l'organisation de la défense passive à Paris. Cela n'intéressait personne, alors... Et cependant, si, malgré tous les obstacles soulevés par les mêmes qui critiquent aujourd'hui, on a pu faire quelque chose, c'est à des hommes comme Tanon et Crouzon qu'on le doit. Il fallait que ce fut dit.

La carrière de Crouzon a été particulièrement brillante. En 1900, il est interne des hôpitaux ; en 1912, médecin des hôpitaux ; l'année suivante, il est admissible à l'agrégation. En 1935, il remplace notre regretté collègue Paul Ravaut à l'Académie de Médecine. En 1937, enfin, bien qu'il ne fût pas agrégé, la Faculté le désigna pour occuper la chaire d'assistance médico-sociale créée par la Ville de Paris. Rappelons que cette création avait été proposée quatorze ans auparavant par M. Pierre Marie.

Crouzon a consacré sa vie à l'enseignement et aux recherches scientifiques. La neurologie — il était secrétaire général de la Société de Neurologie et il en fut le président — l'attira surtout.

L'ensemble de ses magnifiques recherches sur les maladies familiales dystrophiques et nerveuses forme un tout qui est désormais classique. L'une de ces dystrophies, la dystrophie cranio-faciale héréditaire porte à juste titre le nom de *maladie de Crouzon*. On connait bien aussi ses nombreux travaux sur les dystrophies non familiales. Ils montrent l'acquis considérable que Crouzon a dû à ses maîtres : Bourneville, à Bicêtre ; Fournier et Gaucher, à Saint-Louis ; Pierre Marie, à la Salpêtrière ; Babinski et Dieulafoy enfin, dont Crouzon fut l'interne, puis le chef de clinique. Les travaux de Crouzon en médecine légale ne sont pas moins importants. Rappelons ceux qu'il a consacrés aux maladies nerveuses après traumatismes, aux traumatismes de l'encéphale, aux traumatismes rachidiens, etc., enfin, aux maladies professionnelles. La physiologie des altitudes — car Crouzon fut aéronaute en ballon libre — lui doit beaucoup aussi.

Notre ami était enfin l'auteur d'importants travaux sur l'hygiène, l'assistance (assurances sociales, risques professionnels, vaccinations anti-typhoïdique et anti-diphtérique, écoles d'infirmières, placement des vieillards et des aliénés, etc.).

On n'a pas oublié, d'autre part, le rôle important joué si utilement par Crouzon lorsque, pendant la guerre, il fut le conseiller technique de M. Mourier, au sous-secrétariat du service de santé.

Cette énumération bien sèche et très incomplète permet cependant de mesurer à sa juste valeur l'œuvre scientifique de Crouzon.

La disparition de notre collègue est une très grande perte pour la Faculté de Médecine et pour les hôpitaux de Paris, mais elle est ressentie bien douloureusement aussi par tous ceux qui ont éprouvé la fidélité de son amitié.

F. L. S.

XLVIIe Congrès français de Chirurgie. — La séance inaugurale du Congrès aura lieu le lundi 3 octobre 1938, à 14 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le professeur Léon Imbert, de Marseille, et sous la présidence d'honneur de M. Paul Valéry, de l'Académie française.

Travail de la Clinique médicale et phtisiologique
de la Faculté de Lille (Prof. Jean Minet)

INSUFFISANCE CARDIAQUE ET TROUBLES DE LA CIRCULATION PÉRIPHÉRIQUE

Par MM. H. WAREMBOURG, M. LINQUETTE et J. RAVAUT

Dans son étiologie comme dans sa pathogénie. la conception de l'insuffisance cardiaque s'est profondément modifiée. L'affaiblissement de la fonction contractile du myocarde et les conditions mécaniques anormales que créent les lésions valvulaires ne forment qu'une partie des causes de l'asystolie. Les autres doivent se rechercher dans des modifications du tonus vago-sympathique, dans des troubles des différents équilibres humoraux et endocriniens, dans les conditions de la circulation périphérique. Et réciproquement, on note que l'asystolie entraîne des déséquilibres dans le système nerveux végétatif, dans les propriétés physico-chimiques du sang, dans les modalités de la circulation artérioso-veineuse. Les mêmes faits qu'on peut trouver à l'origine de l'asystolie peuvent donc se rencontrer parmi ses conséquences. Aussi les rapports des cardiopathies et des troubles circulatoires périphériques sont-ils complexes. Très schématiquement nous les avons classés en 2 groupes : dans le premier, nous étudierons les cardiopathies d'origine périphérique, dans le deuxième, nous passerons en revue les troubles circulatoires qui sont engendrés par l'asystolie.

1° *Les Cardiopathies par troubles circulatoires périphériques*

De même qu'au niveau du cœur une insuffisance ou un rétrécissement de l'orifice aortique entraîne une hypertrophie puis une insuffisance du cœur gauche, de même au niveau de la circulation périphérique une hypertonie ou une insuffisance peuvent retentir fâcheusement sur la fonction cardiaque.

A. *Hypertonie vasculaire périphérique*

On conçoit aisément que l'existence d'un barrage périphérique oblige le cœur à augmenter la force et la fréquence de ses contractions, ce qui aboutit plus ou moins rapidement à son hypertrophie. Ainsi se trouve réalisée ce que Bard a appelé l'asystolie de mécanisme systolique.

Elle est fréquente puisque le spasme vasculaire périphérique, comme l'a montré Volhard, est souvent à la base de l'hypertension artérielle, qu'il soit dû à des troubles neuro-humoraux ou à l'existence de poisons vaso-constricteurs dans le sang. Nous n'insisterons pas plus sur ces faits aujourd'hui bien établis. Nous nous attacherons davantage aux répercussions cardiaques de l'hypotonie circulatoire qui sont de connaissance plus récente et moins répandue.

B. *Hypotonie vasculaire périphérique*

Elle réalise l'insuffisance circulatoire périphérique. Dumas en France, Bickel en Suisse, D. W. Atchley en Angleterre ont contribué à vulgariser la notion de ces cardiopathies d'origine périphérique. Ce sont leurs travaux que nous allons résumer.

L'existence d'une fuite circulatoire est aussi préjudiciable au cœur qu'un barrage vasculaire. Elle entraîne, en effet, une importante déperdition d'énergie que le cœur doit compenser. Pour cela il est amené à renforcer non pas sa systole mais sa diastole, et le mécanisme de l'asystolie est dans ce cas diastolique.

Cette pathogénie périphérique de l'insuffisance cardiaque s'appuie sur de nombreux arguments ; arguments cliniques d'abord : l'anévrisme artérioso-veineux qui réalise au maximum la fuite circulatoire périphérique entraîne une hypertrophie, puis une dilatation du ventricule gauche ; arguments thérapeutiques ensuite, car on avait depuis longtemps remarqué que certaines asystolies, insensibles aux toni-cardiaques habituels, étaient heureusement influencées par les toniques vasculaires (ergotine, strychnine, adrénaline) ; enfin arguments anatomiques, puisque dans ces cas il n'existe ni lésions vasculaires, ni lésions inflammatoires du myocarde. Les étiologies des cardiopathies de ce type sont suffisamment nombreuses pour que Dumas puisse les ranger en 4 catégories :

Etats anémiques ;
Etats comportant des pertes sanguines ;
Etats comportant des pertes séreuses ;
Etats comportant des pertes de tension.

a) Etats anémiques. — On connaît l'existence d'asystolies au cours de l'anémie pernicieuse. Pour les expliquer, il est de nombreuses causes centrales : en particulier, la mauvaise nutrition du myocarde. Mais on peut invoquer aussi une pathogénie périphérique. Les expériences de Dautrebande ont, en effet, montré une augmentation progressive du débit cardiaque à mesure que le taux d'hémoglobine diminue. Ainsi s'expliqueraient certaines insuffisances ventriculaires gauches qui surviennent au cours de l'anémie et auxquelles Bouchut et Froment ont donné le nom de « gros cœur par anoxémie ».

b) Etats comportant des pertes sanguines. — Les hémorragies petites mais répétées s'accompagnent parfois d'hypertrophie du ventricule gauche : les hémorragies génitales sont typiques à ce point de vue (Cotte et Dumas). Dumas rapporte cet hyperfonctionnement cardiaque à la nécessité de maintenir une bonne circulation malgré la laxité artérielle qui résulte de la déplétion vasculaire.

c) Etats comportant des pertes séreuses. — Les déperditions séreuses, quand elles sont importantes et répétées, ont les mêmes retentissements cardiaques que les pertes sanguines. Ainsi peut-on observer des asystolies consécutives à des dysenteries graves (Dumas) ; ainsi explique-t-on certaines insuffisances cardiaques qui suivent les ponctions répétées d'ascite ou d'hydrothorax.

On peut même se demander si les cardiopathies secondaires à des syndromes hydropigènes purs (Dou-

mer) n'ont pas leur évolution aggravée par la déperdition séreuse due à l'œdème.

d) Etats comportant des pertes de tension. — Ils constituent les « insuffisances tensionnelles » de Dumas. Ce terme, en réalité, prête à équivoque car il n'existe pas toujours une hypotension accusée, l'hyperactivité cardiaque ramenant la tension à des chiffres presque normaux : il s'agit là d' « incontinences tensionnelles » selon une autre formule de Dumas. Par ailleurs, le cœur n'a pas, à toutes les hypotensions, des réactions de compensation : il peut s'adapter à certaines hypotensions constitutionnelles et contribuer à les entretenir par son fonctionnement réduit.

Ces réserves faites, il reste de nombreux cas où l'insuffisance tensionnelle entraîne l'asystolie. Pour ne citer que les principaux, ce sont les laxités artérielles du choc, certains états d'insuffisance glandulaire, les hypertrophies cardiaques de naissance, les troubles cardiaques des maladies infectieuses et les anévrismes artérioso-veineux.

Le choc traumatique est trop rapide et transitoire pour permettre l'installation de l'insuffisance cardiaque. Il est, par contre, de véritables états de « chocs chroniques » (Dumas) caractérisés aussi par une vaso-dilatation capillaire et qui s'accompagnent de défaillance cardiaque. Tels sont les états asthmatiformes et les petites insuffisances hépatiques : dans un article récent Jean-Albert Weill insiste sur leur importance. On voit, dans ces cas, les signes cardiaques s'améliorer parallèlement aux troubles digestifs ou pulmonaires.

C'est aussi par une hypotonicité artérielle généralisée que Dumas explique les hypertrophies cardiaques qui surviennent aux différentes époques de la vie sexuelle, ménopause et surtout puberté. Les défaillances endocriniennes expliquent cette hypotonie vasculaire qui est, au surplus, très heureusement influencée par les toniques vasculaires : adrénaline et strychnine.

Une conception pathogénique identique s'applique aux troubles cardiaques apparus au cours d'une maladie infectieuse, en l'absence de toute myocardite. On sait d'ailleurs qu'il existe dans ces cas une insuffisance surrénale que Sergent a mise en évidence et que l'administration d'adrénaline et d'extrait cortical améliore considérablement.

Enfin, les anévrismes artérioso-veineux apportent une preuve quasi-expérimentale des relations entre le cœur et l'insuffisance de la circulation périphérique. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rapporter au rapport de Grégoire à la Société de Chirurgie de Paris (1922).

Réduite à ces faits précis, la conception des cardiopathies d'origine périphérique est séduisante. Mais ses promoteurs l'ont étendue de façon parfois plus discutable. C'est ainsi qu'ils rapportent à l'insuffisance circulatoire périphérique l'étiologie des gros cœurs dits primitifs. Certes dans ces syndromes les signes périphériques tiennent une grande place : c'est d'abord l'hypotension, c'est aussi l'hypotonicité artérielle qui se manifeste par l'assourdissement des sons perçus à l'auscultation directe de l'artère (Barbier) et par l'existence de phénomènes douloureux transmis dans la continuité des membres et rythmés par le cœur. Selon Dumas et l'école lyonnaise cette hypotension idiopathique peut entraîner un surmenage puis une hypertrophie du ventricule gauche. Semblable théorie n'est pas admise par tous et en particulier par Laubry. En effet, en de nombreuses circonstances, l'hypotension idiopathique est bien tolérée et lorsqu'elle s'accompagne d'insuffisance ventriculaire gauche, il ne semble pas que ce léger trouble périphérique soit la cause unique de l'hypertrophie cardiaque.

Mais il faut bien admettre que souvent l'hypotonicité artérielle vient aggraver l'évolution d'une défaillance myocardique qui a son origine au niveau du cœur lui-même. C'est ainsi que l'hypotonie vasculaire accélère l'asystolie dans l'insuffisance aortique (Ch. Laubry, Brosse et Van Bogaert).

2° Les troubles de la circulation périphérique dans l'asystolie

Il n'est nul besoin d'insister sur l'importance des signes périphériques dans le tableau clinique de l'asystolie. Mais ces troubles périphériques ne sont pas toujours proportionnels à la déficience centrale et leur connaissance précise apporte d'utiles indications à l'établissement du pronostic comme à la conduite du traitement.

Nombreuses sont les techniques — de laboratoire comme de clinique — qui explorent la circulation périphérique, soit dans sa totalité, soit électivement en chacune de ses parties constitutives.

a. — *Troubles généraux de la circulation périphérique.* — Parmi ces troubles qui affectent toute l'hydraulique circulatoire périphérique, il faut accorder une particulière importance à la vitesse et au débit sanguin.

La recherche de la vitesse du sang par diverses techniques (injections d'histamine, d'éther, de produits sapides, etc.) montre un ralentissement important du cours sanguin. Celui-ci est dû pour une bonne part à une diminution de la force propulsive du cœur. Mais, indépendamment de ce ralentissement du courant central, la vitesse du courant périphérique est diminuée comme l'ont démontré les expériences de W. Dombatschef et I. Leontief (circulation de l'artère à la veine radiale).

Parallèlement, on note une augmentation du volume du sang circulant, sur laquelle ont insisté les auteurs allemands. La période de compensation des lésions cardiaques est caractérisée par une diminution de la masse sanguine, ce qui constitue un processus de défense. Au contraire, dans l'asystolie, Wolheim note que le volume du sang circulant augmente, ce qui contribue à augmenter encore la défaillance cardiaque. Les auteurs allemands accordent une particulière importance au rapport entre la masse du sang circulant et le débit sanguin à la minute, qui est normalement de 1,06 (Ewing et Hinsberg). Il peut monter jusqu'à 2 au cours de l'asystolie.

Ainsi donc, pendant l'asystolie, toute l'hydraulique circulatoire périphérique est bouleversée, mais chacune de ses parties constitutionnelles (veineuses, ca-

pillaires et artérielles) réagit suivant sa physiologie particulière.

b. — *Circulation veineuse dans l'asystolie.* — Nous n'insisterons pas sur la mesure de la pression veineuse au cours de l'insuffisance cardiaque : elle est entrée dans la pratique médicale courante, depuis les travaux de Villaret et de son école.

Certes, l'encombrement veineux, qui est manifeste dans la plupart des formes de l'asystolie, se traduit très souvent par une augmentation manométrique de la pression veineuse. Cependant il existe des cardiopathies même décompensées où la pression veineuse est basse ou à peine modifiée. Olmer, Jouve et Vague ont montré la relative fréquence de cette dissociation entre les signes cliniques et les chiffres manométriques dans les lésions aortiques.

Il apparaît donc que l'élasticité des gros troncs veineux, le remplissage des réservoirs sanguins peut camoufler la rétention veineuse en n'objectivant aucun signe d'hypertension.

c. — *Troubles de la circulation capillaire.* — Il est facile, grâce à la capilloroscopie, d'explorer le réseau capillaire au cours de l'asystolie. Alors les capillaires ont un aspect tortueux, la circulation y est granuleuse. Les vaisseaux, et surtout la branche veineuse, sont dilatés et le cours du sang y est ralenti (Weiss).

L'asystolie est donc marquée par une dilatation des capillaires où le sang stagne. Cet état de choses s'explique par les troubles humoraux et chimiques de l'insuffisance cardiaque qu'Eppinger a classés en trois grandes catégories : utilisation défectueuse de l'oxygène, diminution du pouvoir de neutralisation des tissus et surtout altération du pouvoir de resynthèse de l'acide lactique. Ainsi se crée l'acidose circulatoire des décompensés de Dautrebande. Et l'on sait quelle est l'action vaso-dilatatrice de cette acidose sur les vaisseaux périphériques.

d. — *Troubles de la circulation artériolaire.* — La circulation artériolaire au cours de l'asystolie a été peu étudiée parce qu'elle est difficilement accessible aux méthodes d'exploration.

Or, l'exploration des petits vaisseaux a été récemment pratiquée par les intradermo-réactions à l'histamine et à l'acétylcholine. Rappelons que l'introduction de petites quantités d'histamine (1/10 de cc. de la solution au 1/1000) entraîne une triple réponse (Lewis) : vaso-dilatation directe des capillaires au point de l'injection ; œdème dû à l'augmentation de perméabilité des capillaires ; enfin, érythème réflexe. La surface de cet érythème secondaire, qui est normalement de 25 cm², permet d'apprécier l'état de la circulation capillaire. De même l'aire érythémateuse de réponse à l'acétylcholine et un excellent test de la circulation artériolaire (la réponse normale à l'acétylcholine étant de 15 cm²).

Nous avons pratiqué ces tests pharmacodynamiques en même temps que les épreuves des bains chauds et froids et que l'exploration du système neurovégétatif chez 64 cardiaques, à la clinique médicale de la Charité, dans le service de notre Maître le professeur Minet. Ces malades se répartissent ainsi :

18 malades sans signes de décompensation ;
29 malades en état de décompensation légère ;
17 malades asystoliques.

Pour éviter, autant que possible, les erreurs d'expériences nous avons estimé qu'il y avait vaso-constriction capillaire quand la réaction à l'histamine n'atteignait pas 20 cm² et vaso-constriction artériolaire quand l'aire de réaction à l'acétylcholine était inférieure à 10 cm².

Dans ces conditions, il nous est apparu que les lésions cardiaques bien compensées s'accompagnaient de réactions normales. Par contre, 55 % des hyposystoliques, 70 % des asystoliques ont des réactions à l'acétylcholine inférieures à la normale. Enfin, dans près de la moitié des cas, la réponse à l'histamine est inférieure à 20 cm².

Il existe donc au cours de la décomposition cardiaque une hypertonie artériolaire qui peut s'accompagner de vaso-constriction capillaire. Et ce spasme des petites artères est bien lié à la défaillance du cœur; en effet, il nous a été donné de suivre suffisamment longtemps 19 de nos malades : nous avons pu remarquer que la vaso-constriction artériolaire varie parallèlement à l'évolution de la cardiopathie.

Quant à la pathogénie de ce symptôme elle n'est pas éclaircie. Peut-être faut-il accorder un rôle important à l'acidose circulatoire dont la dualité d'action — vaso-constrictive par action centrale, vaso-dilatatrice par action périphérique — pourrait expliquer l'inconstance des résultats.

Il reste que la constatation d'une vaso-constriction artériolaire fréquente chez les asystoliques implique des conséquences thérapeutiques. De dix vaso-dilatateurs artériolaires que nous avons essayés, celui qui nous a donné les meilleurs résultats est constitué par l'association d'extraits d'opium et de papavérine. Ce produit nous a donné non seulement une extension des réponses aux tests vaso-dilatateurs mais aussi une amélioration sensible de la cardiopathie, preuve du rôle néfaste du spasme artériolaire, véritable barrage supplémentaire sur la circulation périphérique.

Le problème de l'insuffisance cardiaque apparaît ainsi très complexe. Ce n'est pas nier le rôle capital de la défaillance du moteur central que de réaffirmer l'importance de la circulation périphérique, et la nécessité d'adjoindre aux toni-cardiaques dans le traitement de l'asystolie, des médicaments vasculaires appropriés.

Questions cliniques d'actualité, 6e série. Leçons professées à la Charité, service du professeur SERGENT, par MM. Th. ALAJOUANINE, F. BORDET, L. CHAUVOIS, H. FLURIN, J. GÉNÉVRIER, H. JANET, Ch. LAUBRY, A.-B. MARFAN, E. MICHON, R. MIGNOT, P. PRUVOST, L. RIBADEAU-DUMAS, G.-H. ROGER, L. SAYÉ, E. SERGENT, J. STEPHANI, A. TOURNADE et R. TURPIN. Un vol. de 318 pages, avec 558 figures. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 20 francs.

La impregnacion visceral mediante sales radioctivas, par E. L. LANARI, M. E. JÖRG et J. A. AGUIRRE. Un volume de 349 pages, avec 129 fig., édité par « Actualidad Médica Mundial », à Buenos-Aires, 1937.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

par M. L. BABONNEIX,
Médecin du service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

UNE THÉORIE PHYSICO-CHIMIQUE DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Comment expliquer que morbidité et mortalité soient si différentes chez les nourrissons allaités au sein et nourris au biberon ? Sans doute, par des données physico-chimiques, comme l'explique M. le docteur L. Pikler (de Budapest), dans le n° 177 (juillet-août 1938, p. 681-698) de la revue *Le lait*, qu'avait fondée Ch. Porcher et que dirige, avec tant de compétence, M. G. Thieulin.

Du point de vue de la chimie physique, le lait a les caractères d'une suspension colloïdale, d'une solution vraie, enfin, d'une émulsion. Les protéines s'y trouvent dispersées dans une solution qui renferme des molécules et des ions, le tout constituant un système tampon.

Envisageons maintenant les modifications physico-chimiques obtenues par les manipulations actuelles du lait.

Les agents physiques jouent le rôle plus important : agitation, écrémage, chaleur, froid, irradiation, etc.

Les agents chimiques sont l'addition au lait d'eau, d'acides, d'alcalins, de sels, de cristalloïdes (sucrage), de colloïdes (saccharose, farines dextrinées, bouillons de gruau, d'orge, de riz, d'avoine, etc.).

Aux agents physiques et chimiques, s'ajoutent les facteurs biologiques, en premier lieu, les actions fermentatives.

Tous ces agents altèrent le lait de diverses façons, de ces altérations, les unes étant favorables, les autres nuisibles. Comment les dissocier, de manière à éviter celles-ci, à rechercher celles-là ?

Divers auteurs attribuent une importance spéciale aux changements du milieu ionique : Friedenthal veut équilibrer le rapport des ions mono et bivalents. Mac Kim, Mariott, attribuent de l'importance à l'abaissement relatif des substances tampons, tel que le réalisent les babeurres et les laits acidifiés.

D'autres font jouer un rôle aux modifications subies par les protéines (Marfan, Moll, Brannemann) : on peut soupçonner qu'elles portent sur leur état colloïdal et qu'elles dépendent des changements du milieu ionique. Elles conditionnent elles-mêmes une modification du rapport $\frac{\text{eau libre}}{\text{eau fixée}}$. La répartition de l'eau libre et de l'eau fixée va donc être établie indirectement dans les solutions colloïdales, par les variations primaires du milieu ionique. Or, on connaît depuis longtemps l'importance primordiale de l'eau pour les nourrissons, les troubles alimentaires, chez eux, se traduisant toujours par des désordres de l'échange hydrique : soit par fixation excessive (effets hydropigènes, exsiccogènes), soit par élimination excessive d'eau, ou, si l'on préfère, consistant en un relâchement de la conjonction intime de l'eau initialement fixée aux colloïdes des humeurs, des cellules, des tissus, se manifestant par un certain ébranlement du bilan hydrique.

Il va, d'ailleurs, de soi que l'organisme, étant doué de régulations compensatrices, récupère fréquemment l'eau dont il a perdu de grandes quantités, ce qui lui épargne les effets de la déshydratation dans les diarrhées légères. Grâce à elles, les déperditions aqueuses subies par les selles, l'émonction urinaire ou la perspiration insensible sont beaucoup moindres qu'on n'aurait pu le craindre.

Dans le lait au repos, les charges électriques s'équilibrent ; mais, sous l'influence de n'importe quelle intervention, les énergies superficielles auxquelles elles correspondent se déchargent à la manière de condensateurs, d'où diminution de l'eau fixée aux colloïdes, avec diminution de la finesse de la dispersion. Chacune de ces diminutions se manifeste par une diminution de la quantité de l'eau solvante et par une augmentation consécutive de l'espace solvant réel, ce qui conduit à un abaissement inévitable de la pression osmotique des colloïdes. Le degré de la dispersion et celui de la pression osmotique des protéines sont donc, en rapport inverse, étroitement liés l'un à l'autre ; la tension superficielle de ces substances, la viscosité et le potentiel de membranes varient dans le même sens (déshydratation). Nous disposons donc d'une multitude de moyens indirects pour apprécier la pression osmotique des protéines. Ils montrent tous qu'au point iso-électrique de ces corps, la valeur de l'eau libre, c'est-à-dire disponible pour les besoins osmotiques des sels, atteint une valeur maxima, puisque, à ce point, les colloïdes perdent une partie considérable de leur eau fixée, et que la céséine-*sol* se transforme en caséine-*gel*, ou, si l'on préfère, que la pression osmotique des colloïdes (oncotique) passe par une valeur minima.

Cette pression osmotique des colloïdes, et, en particulier, des protéines, varie avec la concentration des matières dissoutes, surtout si elles sont en solution étendue, et avec le pH de cette solution. Ceci étant donné, à quoi se ramènent, au fond, les opérations effectuées sur le lait par les médecins d'enfants?

L'addition d'eau, l'écrémage et la centrifugation diminuent la concentration des protéines, et, par conséquent, le nombre des particules osmo-actives. Les effets de l'acidification sont maxima au point iso-électrique de la caséine. En deça et au delà de ce point, la pression osmotique des protéines va augmenter ; en présence d'ions calciques, elle tend pourtant à diminuer. Le Ca devant être ionisé pour agir, reste inactif dans le lait normal, mais acquiert toute son activité toutes les fois qu'il est ionisé, soit au cours de l'acidification du lait avant son absorption, soit dans l'estomac. La chaleur, faisant coaguler les albumines, les empêche d'absorber l'eau, les déshydrate et annihile leur rôle initial dans la pression osmotique des protéines. Quant aux coupages, loin d'enrichir le lait en colloïdes, ils l'appauvrissent, les matières dextrinées et gommeuses allant s'emparer de l'eau initialement fixée aux protéines du lait.

En somme, les agents *osmo-dépressifs sont :* la dilution, en quelque sorte, l'écrémage, l'ébullition, l'addition d'acides, de sels calciques, de quelques cristalloïdes (tel le sucrage), de colloïdes (comme le bouillon de riz, etc.). Inversement, les facteurs qui *augmentent la pression osmotique des colloïdes* dans la préparation des aliments, sont :

1° L'apport d'un alcalin à cathion monovalent (K, Na), qui convertit le caséinate calcique médiocrement gonflé en caséinate de soude fortement gonflé (soupe de Keller).

2° Le caractère colostral du lait avec un taux élevé en albumines et globulines.

3° Finalement, l'omission du délayage (laits concentrés). Les laits étendus auront toujours une pression colloïdo-osmotique plus basse que les laits concentrés, et, à plus forte raison, que les laits enrichis en protéine hydrophiles.

Les modifications de l'état de l'eau introduite — qui se traduisent par les modifications de la pression « oncotique » des aliments — sont donc, pour les échanges hydriques, d'une haute importance. Les opérations culinaires détachent l'eau, fixée primitivement, des colloïdes, et la rendent ainsi disponible pour les besoins de ces échanges.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 9. ALBOU. — Le suc gastrique dans les maladies du sang.

22. ANASTAZE. — Contribution à l'étude de la cure sanatoriale en Algérie. Le sanatorium de Rivet.

11. AQUILINA. — Erythème noueux et tuberculose.

19. ARAGON. — De l'exploration intra-utérine dans les suites fébriles de l'avortement.

3. ATLAN. — La coqueluche et son traitement chez les enfants.

10. ATTIA. — L'état actuel de la chimioprophylaxie du paludisme.

7. BASTOS. — Contribution à l'étude de l'action du pH sur la phase larvaire des moustiques. Conséquences morphologiques sur la larve, la nymphe et l'adulte.

16. BERNOT. — Tabagisme aigu expérimental.

23. BUROU. — Les hyperplasies de l'endomètre. Diagnostic histologique, classification, nosologie.

14. CHAUVET. — La désarticulation de la hanche associée à l'évidement vasculo-ganglionnaire ilio-pelvien dans les tumeurs malignes du membre inférieur.

25. CHÉCHAN. — Contribution à l'étude de la diffusion dans les liquides. Etude critique de la méthode du diaphragme poreux de Northrop et Anson.

5. CHEVILLOT. — Le phénomène de Philippeaux-Vulpian et la théorie de la commande nerveuse par médiateur chimique. Etude expérimentale et critique.

12. COHEN SOLAL. — La conservation ovarienne dans l'hystérectomie. Etude clinique et expérimentale.

17. FRIMIGACCI-STEPHANOPOLI. — Les anémies hémorroïdaires.

24. GHIRLANDA. — Les psychoses addisoniennes.

15. LEGENDRE. — De l'énurésie. Etude clinique et pathogénique de l'énurésie dans une consultation de neuro-psychiatrie infantile.

2. MARCHETTI. — Les protéides du sérum sanguin dans les états anaphylactoïdes. (Essai de pathogénie. Traitement).

18. MARILL (Mlle). — Contribution à l'étude des cirrhoses du foie chez l'indigène algérien.

1. NÉGRI. — Contribution à l'étude de la bronchographie lipiodolée dans la tuberculose pulmonaire, la syphilis pulmonaire et chez les tuberculeux syphilitiques.

30 (de 1937). NEMOZ. — De l'anesthésie au protoxyde d'azote au cours de l'accouchement.

26. PERRIN (Mlle). — De la stérilité à la Maternité d'Alger.

21. PIÉTRI. — Les péritonites antepartum de cause indéterminée.

20. POROT. — Les intoxications arsenicales par le vin et les produits viticoles.

13. RICARD (Mme) (Charlotte). — Contribution à l'étude des statistiques médicales. Les erreurs de base.

8. RICARD (Emile). — Contribution à l'étude des statistiques médicales. Le rôle du hasard. La notion d'écart possible.

31 (de 1937). SULTAN. — Sur un cas de rupture traumatique de kyste hydatique du rein.

4. TOCABENS. — Contribution à l'étude des tumeurs animales. Les tumeurs infectieuses des lapins.

6. TORDJMAN. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans les chorées chroniques de l'adulte.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1938, *Thèses de Hanoï*, n° 68 du 24 août, p. 1074 ; *Thèses de Strasbourg*, n° 69 du 27 août, p. 1100 ; *Thèses de Lille*, n° 70, du 31 août, p. 1113.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938

DOCTORAT D'ETAT. — 28. AMIGUES. — A propos des kystes dermoïdes du testicule.

49. ARLAUD. — Contribution à l'étude du traitement des brûlures cutanées profondes par l'acide tannique.

8. ARTIÈRES. — Le docteur Serre (d'Uzès), médecin oculiste, maire d'Alès.

56. AVALLONE. — Le traitement des lésions traumatiques ligamentaires périarticulaires par les injections anesthésiantes (procédé de Leriche).

69. BAILLIS. — La maladie de Lobstein. Deux cas familiaux.

66. BALMÈS (Mlle). — Les limites de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire.

72. BARDY. — Le traitement orthopédique nocturne de certaines malformations ou attitudes vicieuses (en particulier comme complément du traitement habituel).

12. BARRAU. — Les formes à début vésiculaire de la maladie de Bouillaud.

6. BEDARD. — Le Kala-azar dans le Languedoc méditerranéen.

87. BENBOUALI BENKEIRA. — Puerpéralité et typhoïde.

19. BENECH. — Enseignements à tirer d'une catastrophe (A propos des brûlés de Gabian).

54. BENET. — L'opération de Hey-Groves-Smith dans la rupture des ligaments croisés du genou. Technique. Indications. Résultats.

53. BENOIT. — Contribution à l'étude des traumatismes des troncs artériels des membres et de leur retentissement sur la vasomotricité. Etude du spasme artériel traumatique.

27. BESSIÈRE. — La prophylaxie des hémorragies dans les opérations sur les cavités de la face.

21. BLAVOUX. — De quelques causes rares d'intoxication par le plomb : étains plombifères et étamages.

9. BONALD. — Le Mickuliz dans les annexites bacillaires.

73. BONHOMME. — Contribution à l'étude histophysiologique des corrélations prostato-testiculaires.

75. BONNAUD. — La radiographie abdominale sans préparation dans l'exclusion intestinale aiguë.

35. BRISSON. — Effets de quelques eaux minérales sur la tendance à la précipitation du cholestérol sanguin.

30. CAUMES. — Les infarctus du mésentère au cours des processus polyartéritiques juvéniles.

80. CAZES. — Contribution à l'étude des adénomes du fond de l'utérus.

18. CHAHINIAN. — Contribution à l'étude de l'ulcère peptique de l'œsophage.

77. DANIEL. — Modifications histologiques du cortex surrénal au cours de divers états pathologiques ou expérimentaux.

23. DELMAS. — Les méthodes de culture du bacille de Koch appliquées au diagnostic de la tuberculose.

11. DELON. — Perforations de l'ulcère du diverticule de Meckel en péritoine libre et leur traitement.

61. DESMONTS. — Troubles fonctionnels et réflexes conditionnels.

81. DULCY. — Contribution à l'étude des relations entre les tumeurs inflammatoires du cæcum et l'amibiase.

45. EGG. — Sacrocoxalgie. Diagnostic et traitement.

2. ENJALBERT. — Fréquence relative de l'ostéochondrite déformante juvénile de la hanche.

32. GALABRU. — A propos de la torsion des annexes kystiques.

63. GAUTIER (Mlle). — Contribution à l'étude des pansements des ostéomyélites (après évidement) à l'eau salée hypertonique.
1. GINESTIÉ. — L'innervation de la vessie : systématisation, déductions cliniques et chirurgicales.
71. GODLEWSKI. — Sur certaines relations viscéro-cutanées.
39. GOUZES. — Contribution à l'étude de l'évolution du greffon osseux dans la greffe rigide segmentaire rachidienne.
65. GRANIER. — Contribution à l'étude de la prophylaxie des infections puerpérales par les composés sulfamidés.
36. GRILL. — Contribution à l'étude de la novocaïnisation du sympathique lombaire dans les algies des gangrènes par artérite.
10. GUIGNOT. — Tumeurs dermoïdes de la cornée et de la conjonctive.
59. GUYONNET. — Contribution à l'étude du torticolis naso-pharyngien (maladie de Grisel).
58. HAMDI. — Epidermolyse bulleuse congénitale (A propos d'un cas dont les poussées sont accompagnées d'élévation thermique).
14. JEANJEAN. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du plancher buccal.
86. KROL. — Troubles psychiques au cours du tabès.
3. LAMUR. — Contribution à l'étude des séquelles pleuro-pulmonaires tuberculeuses.
84. LÉOTHAUD. — Les sténoses pyloriques d'origine vésiculaire.
15. LOUBATIÈRES. — Insuline et fonction glycogénique du foie. Contribution à l'étude du mécanisme d'action de la sécrétion interne du pancréas.
29. LUBAC. — Contribution à l'étude de la langue noire pileuse.
42. MARCOULIDÈS. — Contribution à l'étude des hémorragies utérines pubertaires.
51. MARTIN. — Pronostic de l'épithélioma dendritique du sein.
24. MIARA. — Le paludisme dans le Bas-Languedoc.
31. MONDOU. — Lithiase du canal de Sténon.
55. MOYON. — Les manifestations cliniques des tumeurs de la région frontale ascendante.
62. NABOS. — Contribution à l'étude des métrorragies essentielles chez les jeunes filles et à leur traitement par l'ablation d'un ovaire.
82. NOTAISE. — Contribution à l'étude du traitement des pseudarthroses. Valeur comparée de l'ostéosynthèse et de la greffe rigide.
46. PÉRUS. — Contribution à l'étude de l'arsenic des eaux minérales pyrénéennes.
74. PEYRONNIER. — La péritonite par perforation.
70. PITIÉ. — L'amaigrissement dans la maladie de Basedow.
41. POLGE. — La chaîne sympathique lombaire.
68. PRÉNÉRON. — Contribution à l'étude de la gymnastique respiratoire. Présentation d'un appareil à double effet (professeur Massabuau).
52. PUECH. — Le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine.
7. RADAODY-RALAROSY. — Du placenta : évolution, structure, physiologie ; recherches histochimiques sur le comportement à son niveau de quelques médicaments antisyphilitiques (As., Bi., Hg.).
43. RAJON. — Du traitement de l'ulcère duodénal.
5. RAKOTOMANGA. — Contribution à l'étude de la « Granulie froide ».
25. RANDON. — Contribution à l'étude de l'atélectasie pulmonaire post-hémoptoïque.
85. RAYNA. — Contribution à l'étude des fibromes du col de l'utérus.
4. REBOUL. — Le phénomène de Wever et Bray, son rôle dans la physiologie de l'audition.
78. REY (Mlle). — Histamine et variations de la chlorémie, de la natrémie et de la réserve alcaline du sang.
48. ROMAN (Georges). — La vaccination effective du cobaye contre l'infection brucellique (Brucella Melitensis). Premiers résultats.
83. ROMAN (Marius). — Prophylaxie de l'infection gonococcique par l'application systématique de la chimiothérapie chez les porteuses de germes.
76. ROQUES. — Le rôle biologique de la peau. Utilisation thérapeutique. Vaccination intradermique.
26. ROUCAUTE. — Contribution à l'étude des ruptures silencieuses des kystes de l'ovaire.
50. ROUSSE. — Etude d'un appareil plâtré amovible pour obtenir la rotation interne des membres inférieurs et leur abduction.
79. ROUX (Gaston). — Appendicite chronique. Appendicectomie et grossesse.
64. ROUX (Jean). — Le segment cardio-œsophagien.
38. ROUX (Mme), née RIVIÈRE (Simone). — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés par pansements rares.
37. SAINT-MACARY. — Les atrophies musculaires de la main par traumatisme de la région cervicale.
44. SARRUS. — Quelques affections rénales à symptomatologie appendiculaire.
67. SEINFELD. — Etude schématique de la stérilisation eugénique.
17. SICARD. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs intrathoraciques par l'exérèse en un temps en plèvre libre.
16. SIMORRE. — Contribution à l'étude de la maladie de Nicolas-Favre dans sa localisation ano-rectale.
57. SIRC. — L'historadiographie. Nouvelle méthode d'investigation histologique.
47. SOLE. — La mortalité dans la tuberculose ostéo-articulaire, ses causes, sa fréquence.
22. SOULA. — Contribution à l'étude des arthrites aiguës de la hanche, consécutives à une fracture du col du fémur.
33. SUSPLUGAS. — Contribution à l'étude des diverticules d'incoordination pharyngo-œsophagiens.
20. TASSY. — Recherches cliniques sur les angines à monocytes.
60. TEYSSIER. — Considérations à propos d'un cas d'exophtalmos pulsatile spontané.
13. TUFFOU. — Ophtalmie des chenilles.
40. VERDIER. — Le pronostic de la coxalgie, cent observations.
34. YANA. — Contribution à l'étude de l'œdème aigu chez l'enfant.
DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 13. AFTANDILIAN. — Le lymphosarcome du médiastin chez l'enfant.
6. AZER. — L'organisation sanitaire en Egypte.
4. BRAUN. — L'insulinothérapie dans le traitement des hémorragies utérines.
8. BUNNAG. — Parasitisme intestinal chez l'adulte dans la région de Montpellier.
5. CONTARINIS. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des pleurésies purulentes pleurotonisées avec drainage étanche.
21. DRAGANOFF. — Le mécanisme des luxations du carpe.
18. GOMEZ-HURTADO. — Contribution à l'étude des hémorragies méningées arachnoïdiennes non traumatiques.
16. HADI. — Les anthrax du rein.
17. HAMDI (Mme), née FELDSTEIN. — Contribution à l'étude des méningites à pneumobacilles de Friedlander.
19. HARISIADÈS. — Contribution à l'étude de la lambliase des voies biliaires.

3. IBRAHIM. (Tewfik). — Considérations physiopathologiques et étiopathogéniques sur les paralysies du grand dentelé.

9. KAHAN. — Contribution à l'étude du traitement du cancer de l'œsophage.

20. KANEFF. — Contribution à l'étude de la rotation interne dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche (présentation d'un appareillage).

15. KESZBAUM. — Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par l'antigène de Frei, en injections intradermiques.

10. LWOWICZ (Mlle). — Contribution à l'étude de l'autogreffe ovarienne et de ses résultats.

11. MANGEL. — Contribution à l'étude des torsions du pédicule des kystes de l'ovaire.

12. NABRYSKI. — Contribution à l'étude du traitement des retards de consolidation des fractures par les injections focales silico-potassiques.

2. NAOUMOFF. — Contribution à l'étude du traitement des grandes hémorragies gastriques ulcéreuses de la petite courbure par la résection de l'ulcère.

14. SALAMA. — Du diagnostic de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

7. TEMFEL. — Contribution à l'étude de l'anesthésie locale dans l'appendicectomie chez l'enfant.

1. ZAKHEJM. — Arthroplastie de l'articulation du genou. Réfection de l'extrémité inférieure du fémur à l'aide de la trochlée fémorale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938

DOCTORAT D'ETAT. — 7. ALENGRIN. — La greffe osseuse intra-médullaire.

36. ARNAUD. — Les formes algiques du cancer primitif du poumon.

59. AUCLAIR. — Contribution à l'étude de l'hématome sous-dural.

39. AYACHE. — Contribution à l'étude du tétanos utérin.

26. BARDY (Mlle). — Contribution à l'étude des effets de la protamine-zinc-insuline chez les diabétiques.

61. BAYSSE. — De l'œdème cérébral post-traumatique.

90 (de 1937). BAZEX. — Le granulome éosinophilique péri-orificiel.

10. BERNARDIN. — Le bruit, danger social. Le bruit à Toulouse.

45. BERRANGER. — Les douleurs abdominales au cours des affections respiratoires aiguës.

101 (de 1937). BOISSONNADE. — Quelques notions physiopathologiques sur le fonctionnement rénal tirées de l'examen des urines séparées.

57. BOUÉ. — Contribution à l'étude des angines de poitrine atypiques.

27. BOUISSIÈRE. — Contribution à l'étude de l'association hétéro-latérale du pneumothorax et de la phrénicectomie.

62. BOUSQUET. — A propos d'un cas de macrogénitosomie précoce (syndrome de Pellizzi).

24. BUREAU. — Contribution à l'étude des décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure du fémur.

94 (de 1937). CABANES (Mlle). — Les porteurs de germes méningococciques.

19. CARTAULT. — Contribution à l'étude de la glycémie et de la courbe glycémique post-prandiale chez les cancéreux.

46. CAZABAT (Mlle). — Contribution à l'étude de la dosimétrie des radiations dans le traitement du cancer.

18. CAZENAVE. — Les fistules pyélo-bronchiques.

56. CHABARD. — L'organisation de la lutte antivénérienne dans un département : le Puy-de-Dôme.

49. CISTAC. — Recherches d'anatomie sur le ligament triangulaire du poumon (anatomie humaine et comparée).

95 (de 1937). COSTES. — Hyperglycémie post-opératoire.

92 (de 1937). COUTAREL. — Etude de la digitalisation ininterrompue dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.

8. DAVID. — Contribution à l'étude de la maladie de Paget du mamelon.

44. DELORT. — Quelques considérations sur les causes, signes et traitements des ruptures de l'utérus au cours de l'accouchement.

105 (de 1937). DEOUX. — Etude clinique et thérapeutique des récidives du cancer cervico-utérin.

47. DHERS. — Le rôle de l'insuffisance hépatique dans la tuberculose sénile à évolution rapide.

96 (de 1937). — DUPLA. — Contribution à l'étude des troubles du rythme au cours des aortites syphilitiques.

60. DUTOUR. — Pour une corporation médicale. Comment la concevoir ?

37. ESTRADE. — Recherches expérimentales sur les traumatismes pancréatiques.

2. FAGET. — Contribution à l'étude de l'électrothérapie des métrites.

3. FIEUX. — Monographie de la troisième molaire supérieure.

102 (de 1937). FOURNIER (Philippe). — Essais cliniques sur le traitement des infections oculaires par la bile.

53. FOURNIER (William). — Sur un cas d'hypertension artérielle chez l'enfant.

64. FOURQUET. — Le bouton de Jaboulay en chirurgie gastrique.

48. GELBER. — Les pseudarthroses diaphysaires du fémur.

6. GIRMA. — Le gigantisme mammaire de la puberté.

30. DE GRANDIDIER. — L'oto-rhino-laryngologie à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

35. GUÉRIN. — Fécondité et stérilité physiologiques chez la femme. Etude critique de l'hypothèse ogino-Knaus.

106 (de 1937). GUILLEMIN (Mlle). — Contribution à l'étude de l'atélectasie post-hémoptoïque chez l'enfant.

97 (de 1937). GUIRAUD. — Pseudarthroses congénitales de la clavicule.

16. LACOME. — Contribution à l'étude des sarcomes musculaires des membres.

9. LACOSTE. — Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques.

98 (de 1937). LAMBERT. — Contribution à l'étude des artérites diabétiques des membres inférieurs.

22. LAURENTIE. — Etude morphologique et anatomo-pathologique de l'absence congénitale du péroné.

17. LAVAL. — La myringotomie atrio-atticale. Ses justifications. Sa technique.

29. LEVADOUX. — Contribution à l'étude des fractures du calcanéum. Leur traitement ambulatoire.

15. MARCAILHOU D'AYMERIC. — Les baigneries de Bagnères-de-Luchon au XVIIIe siècle. L'œuvre de Jacques Barrau.

103 (de 1937). MARCOVITCH. — Crimes passionnels amoureux et constitution. Leurs conséquences médico-légales.

50. MARTY. — Les principaux facteurs d'hypoglycémie chez les diabétiques traités par l'insuline.

1. MAUREL. — Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires chroniques des muscles abdominaux.

5. MAURY. — La cyanose dans les maladies congénitales du cœur chez l'enfant.

32. MAVIER. — Contribution à l'étude des embryomes kystiques de l'ovaire.

43. MILTGEN. — Le cerveau des criminels.

14. MIOLANE. — Contribution à l'étude des tumeurs hyperplasiques des gencives avec ossification.

66. MORA. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique progressif généralisé.

11. MOREL. — Contribution à l'étude clinique de la théophylline-éthylène-diamine (aminophylline). Nouvelle médication hépato-cardio-rénale.

89 (de 1937). MOUTOU. — Etude de géographie médicale : la Bilharziose à La Guadeloupe.

54. MSELATI. — Contribution à l'étude du xerosis conjonctival chez l'adulte.

23. NOËL. — La vaccination préventive de la tuberculose humaine par le vaccin B.C.G.

41. OLLE. — Contribution au dépistage radiologique de l'hérédo-syphilis chez le nourrisson.

99 (de 1937). OLLET. — Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile. Sa répartition dans la région toulousaine.

58. PERÈS. — Etude comparative des eaux-mères des stations chlorurées sodiques françaises.

25. PIC. — L'ascite dans l'hépatite amibienne.

52. PUJOL. — Etude comparative des boues végéto-minérales françaises (composition, action physiopathologique, indications thérapeutiques).

12. RAUCOULÈS. — Contribution à l'étude des myosites staphylococciques à symptomatologie froide.

31. REY (Jacques). — Recherches expérimentales sur l'absorption cutanée des éléments constitutifs des eaux sulfurées sodiques.

34. REY (Pierre). — Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme.

40. ROBIN-BOURDON (Mme). — Les troubles du développement en pathologie splénique.

13. ROQUETTE. — Le mal de Pott ostéophytique.

42. SABATHIER. — Le cancer de l'estomac chez les sujets jeunes.

33. SERIS (Mlle). — Cardiopathies du goitre exophtalmique. Les données nouvelles sur leur traitement.

65. SIROL. — Les douleurs vésiculaires de siège anormal. La forme angineuse de la colique hépatique.

20. SOULET. — Contribution à l'étude des phlébites de la grossesse.

28. TAJAN. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes des ganglions lymphatiques et de la moëlle osseuse d'origine réticulo-endothéliale.

38. VALATS (Mlle). — Contribution à l'étude du stockage lacunaire du glucose.

51. VÉDRINE (Mlle). — Contribution au traitement de la démence précoce par le cardiazol.

21. VILLEMEZ. — Les démences vésaniques.

4. WIERCHOWSKI. — Introduction à l'étude de la perforation appendiculaire au cours de la fièvre typhoïde.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 164. CHALHOUB. — L'amibiase en Syrie et les états amibiasiques. Contribution à l'étude clinique des manifestations intestinales et extra-intestinales de l'amibiase.

161. MARKOFF. — La musique, les musiciens, la fonction musicale. Essai thérapeutique, anthropologique, anatomo-clinique.

160. RACHMUTH. — La vitaminothérapie des états hyperthyroïdiens.

163. SIAGE. — Contribution à l'étude de la cirrhose atrophique paludéenne.

162. SINGER. — Etude thérapeutique de la luxation congénitale de la rotule.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTHRITES GONOCOCCIQUES du GENOU

(sans le traitement)

(suite) (1)

Aussi bien, deux éléments sont significatifs :

C'est l'œdème diffus et la participation des téguments. en un mot l'importance de *la périsynovite.*

Quelques jours d'immobilisation rigoureuse, au besoin plâtrée, amènent une sédation remarquable :

Disparition de l'œdème, de la coloration des téguments.

Chute thermique, retour du sommeil, reprise de l'état général.

L'atrophie musculaire s'accuse.

Et la palpation devenue supportable, permet alors de constater l'induration périarticulaire totale et même une sorte de gonflement des épiphyses.

Souvent, la radio confirme cette impression clinique de gonflement osseux, en montrant la participation ostéo-périostique.

L'évolution est imprévisible, mais l'hypothèse favorable déjà rare pour l'arthrite à épanchement, devient ici encore plus rare.

La période inflammatoire dure des semaines, ou des mois avec des poussées et des accalmies.

Les tissus périarticulaires se rétractent et s'indurent, l'atrophie quadricipale est considérable.

Peu à peu se trouvera constitué le tableau de cette *arthrite plastique ankylosante*, ou l'ankylose définitive, indolente, utilisable n'est obtenue souvent qu'après des années d'impotence, de poussées douloureuses, de gonflement articulaire.

Si les précautions orthopédiques n'ont pas été prises, le genou s'ankylose en attitude vicieuse, qui nécessitera une intervention correctrice.

On voit qu'à défaut d'un diagnostic précoce et d'un traitement spécifique immédiat, quelquefois en dépit d'un traitement correct, le pronostic est assombri :

Par la menace d'une évolution traînante ; de récidives possibles et de séquelles graves (ankylose), qui feront du malade un infirme.

FORMES CLINIQUES

Il faut en effet décrire à côté des aspects classiques des arthrites aiguës, d'autres aspects cliniques. Ils sont multiples. Tels :

Les *formes prolongées*, où les douleurs persistantes interdisent la marche, ou l'atrophie est considérable, où l'ankylose se fait mal. Certains de ces cas peuvent être l'indication d'une résection économique, qui supprimant les masses fibreuses périarticulaires et les débris de la synoviale, aura l'avantage de procurer une ankylose rapide. Certaines formes paraissent *chroniques d'emblée :*

Réserve faite d'un épisode initial subaigu oublié par le malade. Dans ce cadre, les aspects sont multiples. Il s'agit :

— Tantôt d'hydartrose chronique, se reproduisant après chaque ponction, peu destructive, mais toujours plus ou moins douloureuse ;

— Tantôt d'arthrites plastiques ankylosantes. On a vu qu'elles peuvent être l'aboutissant de synovites aiguës phlegmoneuses ou avec épanchement.

— D'autres aspects peuvent se voir, tels ceux d'arthrites chroniques, trophiques, simulant les arthropathies nerveuses ; d'arthrites sèches avec craquements ; de pseudo-tumeur blanche.

Citons encore les *formes dites à rechutes.*

Où une poussée articulaire accompagne toute nouvelle uréthrite, ou tout réveil de l'infection initiale.

Les formes tardives, survenant à longue échéance après la gonococcie urinaire restée latente.

Il faut faire mention plus spéciale des *formes septicémiques*, ou mieux de la septico-pyohémie gonococcique.

Elle réalise le type parfait de l'infection générale avec un foyer initial, ou de l'infection sanguine passagère et réitérée avec foyers infectieux métastatiques.

Le gonocoque sera recherché dans le sang et à sa source articulaire.

Les aspects cliniques de la gonococcémie peuvent être assez flous, et d'abord d'intensité variable :

— Au plus bas degré : la fièvre des blennorragiques, sans localisation.

— Plus haut, les septicémies latentes à la phase arthralgique.

— Un peu plus haut encore, les accidents généraux au cours d'une blennorragie : frissons, sueurs, température à 39° ; tachycardie, nausées, puis apparaît la localisation articulaire. La gonohémie est terminée, l'arthrite va évoluer.

Ce sont là les formes bénignes et à vrai dire courantes. Mais à côté des arthrites qui marquent la conclusion d'un état septicémique léger, il y a celles où l'arthrite initiale ou concomitante ne devient qu'un symptôme au cours de la maladie générale.

On sait que les localisations cardiaques (endocardite surtout) ne sont pas rares.

Suivant le terrain, sur lequel évolue l'arthrite, on a individualisé :

— Les arthrites de la *femme enceinte* et les arthrites *puerpérales* qui surviennent souvent, sans que la connaissance d'une lésion gonococcique antérieure éclaire le diagnostic. Elles sont d'un pronostic toujours sérieux.

— Les *arthrites des enfants*, plus rares, succédant en règle à une ophtalmie, une vulvite.

La forme polyarticulaire est la règle.

Il s'agit presque toujours d'une pyarthrose, parfois d'une pyohémie.

L'évolution est rapide. Le diagnostic difficile est rarement posé au début.

Formes compliquées :

Les suppurations articulaires sont à l'origine d'abcès arthrifluents, et peuvent se fistuliser.

Les abcès périarticulaires ne sont pas tous des abcès arthrifluents. Il existe des myosites graves suppurées à gonocoques, mais dans la règle, l'arthrite sous-jacente existe toujours.

Il existe des bursites, des adénites des lymphangites, on a même cité des abcès du grand droit après arthrite du genou.

Citons enfin rapidement

Les séquelles, non pas celles qui relèvent des lésions ostéo-articulaires proprement dites, et qui dirigent l'ankylose.

Mais les exostoses, les périostoses, les hyperostoses qui s'observent si fréquemment et sont des causes d'erreur de diagnostic.

PRONOSTIC

On a vu que le pronostic est toujours sérieux. De toutes les complications, celle qui domine toute l'évolution, c'est l'*ankylose.*

Cette tendance ankylosante se manifeste très tôt, surtout dans les formes phlegmoneuses. L'aspect est déjà typique

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, p. 1213, n° 76.

dès que la période aiguë est passée, car la fibrose, au même titre que l'infiltration inflammatoire a frappé tous les plans.

L'articulation est raide.

Les tendons paraissent soudés à leur gaine.

Les téguments mêmes paraissent moins élastiques.

Peu à peu, la raideur s'accentue, des ossifications peuvent se former, dans la synoviale, les gaines tendineuses, les muscles. Les cartilages sont altérés. Il en résulte parfois une ankylose rapide et définitive. D'autres fois, il se produit des ossifications isolées sous forme d'exostoses.

Au genou, les exostoses en corniche le long des épiphyses sont en général tournées en haut pour le fémur, en bas pour le tibia.

Encore au genou, l'ankylose est-elle acceptable lorsqu'elle est obtenue assez tôt et en bonne position.

Mais souvent, c'est au bout de plusieurs années, qu'on obtient une ankylose encore douloureuse et peu solide.

D'autres fois, on l'a vu, l'évolution se fait vers la résolution et la récupération fonctionnelle. Elle est toujours lente et nécessite autant de persévérance de la part du malade que du médecin. L'intégrité retrouvée reste d'ailleurs une rareté.

Ni l'importance de la lésion gonococcique initiale ;

Ni le début et la forme de la complication articulaire.

Rien ne permet au début de poser un pronostic :

Le pronostic se découvre peu à peu au cours de l'évolution, quand les symptômes résistent au traitement spécifique ; quand la tendance ankylosante s'accuse envers et contre tout ; quand les clichés radiographiques qui servent de contrôle périodique montrent des altérations chaque fois plus importantes.

On peut à cet égard insister sur la valeur de la radio. Peut-être pourrait-elle fixer les étapes évolutives :

— A la phase aiguë, c'est le brouillard de l'ostéoporose ;

— Un peu plus tard, on découvre un interligne diminué de hauteur, des épiphyses boursouflées à contours flous ;

— A l'aspect flou, succède parfois un aspect « perlé » ;

— Plus tard, la recalcification peut se contrôler. Mais les ombres ne retrouvent jamais leur netteté.

Ce qui est sûr, c'est que toutes les fois où le cliché montre une altération de la silhouette épiphysaire, l'évolution fait bientôt apparaître des troubles graves de la fonction articulaire : raideurs, ankylose, voire positions vicieuses.

(A suivre) JACQUES REIGNIER.

PRATIQUE MÉDICALE

L'HÉMOSTRA DANS LE TRAITEMENT DES ANÉMIES POST-HÉMORRAGIQUES

d'après le docteur P. MARTIN (1)

L'emploi systématique de l'hémostra dans ces affections à la dose quotidienne d'une ampoule sous-cutanée de 5 cc. ou de 2,5 cc. a donné à l'auteur d'excellents résultats au point de vue globulaire et au point de vue hémoglobine.

A ce sujet, M. Martin rappelle que c'est aux travaux de Fontès et Thivolle que nous devons les principes de l'application de cette méthode de traitement : ils ont établi, en effet, que l'on pouvait considérer les anémies secondaires comme des maladies par carence et ils ont indiqué que le tryptophane et l'histidine étaient les acides aminés indispensables à la régénération globulaire : on sait que l'hémostra est une solution à 2 % de tryptophane et à 4 % d'histidine. Il faut rappeler aussi que, continuant et reprenant ces travaux, MM. Weiss et Aron ont étudié tout spécialement la maladie ulcéreuse gastro-duodénale qu'ils ont considérée comme une maladie par carence et ils ont constaté que l'histidine, en solution à 4 %, donnait dans cette affection des effets souvent inespérés ; la laristine, qui est une solution à 4 % de monochlorhydrate d'histidine, est en effet utilisée avec succès dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale en série de trois semaines d'ampoules sous-cutanées de 5 cc. ; on peut également utiliser les ampoules intradermiques de 1 cc. Il semble bien que l'acidaminothérapie est appelée à rendre de jour en jour les plus grands services si l'on en juge par les résultats vraiment surprenants que donne, d'une part, l'hémostra dans les anémies secondaires, et, d'autre part, la laristine dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

(1) *Sud médical et chirurgical*, Marseille, 15 décembre 1936.

LIVRES NOUVEAUX

Essai de prophylaxie des infections puerpérales (Travail de la Clinique Baudelocque), par le docteur Pierre MAIET, Paris, 1937.

Sous l'influence de mesures générales de prophylaxie, s'inspirant des méthodes pasteuriennes, la mortalité par infection puerpérale a marqué un recul considérable pendant le dernier quart du XIXe siècle ; depuis 1900, au contraire, elle a peu varié.

Jusqu'en 1935, en effet, elle s'est maintenue entre 1,5 et 2,5 p. 1.000, sans qu'aucune méthode prophylactique nouvelle soit parvenue à abaisser ce taux.

Dès la fin de juin 1935, on a entrepris à la Clinique Baudelocque un essai de prévention de l'infection puerpérale, basé sur l'administration aux accouchées du chlorhydrate de sulfamido chrysoïdine, puis du carboxyl sulfamido chrysoïdine (rubiazol).

Un essai préliminaire fut tenté pendant trois mois ; il consista à prescrire le colorant azoïque lorsque les circonstances cliniques (risques d'infection) indiquaient son emploi.

A partir d'octobre 1935 et pendant toute l'année 1936, l'expérience fut sensiblement élargie, puisqu'au cours de ces 15 mois, toute femme accouchant à la clinique par les voies naturelles a été soumise à la cure préventive par le dérivé de la chrysoïdine.

4.000 femmes environ ont été ainsi traitées. Chacune reçut 8 comprimés par jour pendant 5 jours, l'administration commençant aussitôt que possible après le début des douleurs, c'est-à-dire dès l'entrée à la salle de travail.

A l'actif de la méthode l'on peut porter :

— La mortalité nulle par infection puerpérale franche pendant la méthode d'expérimentation ;

— Le nombre très faible des infections sérieuses et l'absence totale d'infections réellement graves ;

— La baisse du nombre des infections légères et moyennes.

On est donc en droit de conclure que le taux de la mortalité par infection puerpérale à la Clinique Baudelocque, dans la deuxième partie de l'année 1935 et dans toute l'année 1936, s'est abaissé de façon très notable.

Cette chute a coïncidé avec l'institution du traitement préventif par le colorant azoïque.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 79. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Le jury est composé de : Médecins, MM. les Drs Caroli, Bénard (Henri), Jacquet, Ameuille, Caïn, Escalier, qui acceptent ; M. Tzanck n'a pas fait connaître encore son acceptation. Chirurgiens, MM. Couvelaire (Roger), Madier, Fey, Picot, qui acceptent ; MM. Desmaret et Soupault n'ont pas fait connaître encore leur acceptation. Spécialiste, M. Lallemant accepte. Accoucheur, M. Cleisz n'a pas fait connaître encore son acceptation.

Hôpitaux de Lille. — *Le concours de l'internat* s'ouvrira le 20 octobre, à 9 heures, à l'hôpital de la Charité. Inscriptions à l'Administration des Hospices de Lille, 41, rue de La Barre, à Lille, jusqu'au 7 octobre, à 16 heures.

Le concours de l'externat s'ouvrira le 27 octobre, à 9 heures, à l'hôpital de la Charité. Inscriptions, 41, rue de La Barre, à Lille, jusqu'au 14 octobre, à 16 heures.

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux pratiques de parasitologie* (3e année). — Les travaux pratiques supplémentaires de parasitologie auront lieu, si le nombre d'étudiants est suffisant, du 6 au 12 octobre. Se renseigner au Laboratoire de Parasitologie (escalier A, 3e étage), tous les jours, de 14 heures à 16 heures. La mise en série sera faite au laboratoire. Droits d'inscription : 125 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (Guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

— *Travaux pratiques de pharmacologie.* — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu à partir du 10 octobre 1938, de 13 h. 45 à 16 heures, à la salle d'expérimentation des travaux pratiques. A cette série pourront s'inscrire : 1° les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque ; 2° dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie avant la session d'octobre-novembre.

Droits d'inscription : 150 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (Guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Faculté libre de Médecine de Lille. — Les concours de l'internat et de l'externat des facultés catholiques de Lille auront lieu en même temps que les concours de l'internat et de l'externat des hospices. Inscriptions avant le 7 octobre, au Secrétariat des Facultés, 1, rue François-Baës, à Lille.

Guerre. — Le médecin-commandant Toureng, du Ministère de la Guerre (7e dir.) est désigné comme commissaire militaire auprès de l'*Association des Dames françaises*, en remplacement du médecin-colonel Léobardy, appelé à d'autres fonctions.

Affectations. — M. le médecin général inspecteur Potet, maintenu provisoirement directeur du S. S. du Maroc.

M. le médecin général Fontan, nommé directeur du S. S., 1re région à Lille.

M. le médecin général Pernin, nommé directeur du S. S., 6e région à Metz.

M. le médecin général Vanlande, nommé sous-directeur du S. S. du Maroc.

M. le médecin général inspecteur Heckenroth, nommé inspecteur général de l'hygiène et de la santé publique en Indochine.

M. le médecin général Millous, directeur des services sanitaires en Indochine.

M. le médecin général Marque, inspecteur mobile de l'hygiène en A. O. F.

École du service de santé militaire. — Liste des candidats admis à l'école du service de santé militaire à la suite du concours de 1938.

1° *Section de médecine* :

A. — Candidats à douze inscriptions : MM. Légier et Gayraud.

B. — Candidats à huit inscriptions : MM. Paque, Pons, Scarbonchi, Dulieu.

C. — Candidats à quatre inscriptions : Quenard, Despras, Roumagnac, Imbert, Chambon, Ancey, Delmas, Robert, Finat, Daviet, Vittori, Gaborit, Bertojo, Raymond, Laurens, Parvais, Delbosc, Viale, Ferry, Sockeel, Dupont, Azorin, Chartres, Roque, Pin, Nègre, Laurenti, Grumel, Boillet, Guibal, Le Houerou, Philippon, Tranier, Bousquet, Lafargue, de Néchaud de Féral, Chatain, Dupouy, Mattéi, Robert, Dubarry, Corolleur, Viau, Léorat.

Devors, Mazaud, Richeux, Tapon, Delbru, Célerier, Pellegrini, Fargues, Delègue, Foucher, Legros, Echinard, Pessereau, Coudreau, Nouvel, Gibert, de Turenne, Doussot, Ferrand.

D. — Candidats P. C. B. : Milleret, Mandret, Cahen, Dutel, Baur, Tocheport, Piobetta, Troublaiewitch, Klein, Vigne, Roumagnoux, Paulet, Presles, Combes, Aulong, Chambatte, Ougier, Duval, Piganiol, Carrier-Clérambault, Bonel, Villa, Enjalbert, Durand-Delacre, Bernies, Faugeras, Toledano, Andrieu, Chaspoul, Beyrand, Keller, Teboul, Chanut, Zourbas dit Zourbaïdes, Duroux, Judeau, Poncin, Herve, Gaillard, Tribaudini.

2° *Section de pharmacie* :

A. — Candidat à quatre inscriptions : Barbaud.

B. — Candidats stagiaires : Douillard, Le Strat.

Ministère de l'Éducation nationale. — M. André Mayer, professeur au Collège de France, membre de l'Académie de Médecine, est nommé conseiller technique au Cabinet du ministre pour l'organisation et la coordination des recherches et travaux scientifiques intéressant la Défense nationale.

XXVe Congrès d'Hygiène. — Le Conseil d'Administration de la Société de Médecine publique et de Génie sanitaire, dans sa séance du 22 courant vient de décider l'ajournement du XXVe Congrès d'Hygiène, qui devait avoir lieu à l'Institut Pasteur, du 3 au 6 octobre 1938.

Cette manifestation sera fixée à une date aussi rapprochée que possible et, vraisemblablement, à la fin du mois d'octobre.

Congrès français de Médecine. — Le *Temps* annonce que le Congrès français de Médecine, qui devait s'ouvrir le 26 septembre, à Marseille, est reporté au 10 novembre.

L'Union internationale contre le Cancer, qui comprend 92 organisations représentant 52 nations, et à laquelle plus de 40 gouvernements ont actuellement adhéré, a pour but, grâce à une liaison constante et agissante entre les organisations se consacrant à l'étude scientifique du cancer et à la lutte sociale contre ce fléau, d'harmoniser les recherches et d'accroître l'aide à ceux que le mal a frappés. Elle veut intensifier ses campagnes et organise, dans ce but, du 23 au 30 novembre prochains : *la Semaine internationale contre le Cancer*, Semaine qui se déroulera simultanément dans cinquante pays, sous le haut patronage des chefs d'États respectifs.

C'est la première fois, dans l'histoire de la collaboration scientifique internationale, qu'on est arrivé à synchroniser une même manifestation dans cinquante pays différents.

Dans le cadre de cette « Semaine », se tiendra à Paris la *Réunion internationale pour la commémoration de la découverte du radium, des électrons, des rayons X et des ondes Hertziennes*, Réunion dont le Comité scientifique est présidé par MM. Jean Perrin, M. de Broglie, P. Langevin, C. Regaud.

La séance solennelle d'ouverture de la Semaine internationale contre le Cancer et de la « Réunion » en question aura lieu le 23 novembre 1938, à 20 h. 45, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République, des Ministres de l'Éducation nationale, de la Santé publique et des délégations des Universités, des sociétés savantes de l'Académie et des Instituts des différents pays.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. L. W. Tomarkin, secrétaire général, 18, rue Soufflot, Paris (Ve).

***

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, pour marquer de façon officielle et durable cet anniversaire historique, le Ministère des P. T. T. vient d'émettre un timbre postal commémoratif « Curie », avec surcharge, au profit de l'Union internationale contre le Cancer. Ce timbre est en vente dans tous les bureaux de poste, du 1er septembre 1938 au 1er avril 1939.

LE XIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Cette importante réunion s'est tenue à Bruxelles du 19 au 22 septembre et constitue certes la plus brillante manifestation organisée par cette association depuis sa fondation en 1902. Plus de sept cents congressistes y assistaient, soit deux à trois cents participants de plus qu'aux sessions du Caire, de Varsovie et de Madrid. Les quarante pays suivants étaient représentés par une délégation importante : Afrique du Nord, Allemagne, Argentine, Australie, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chine, Danemark, Egypte, Estonie, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Grande-Bretagne, Grand-Liban, Grèce, Irlande, Italie, Iran, Lettonie, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Suède, Suisse, Syrie, Tchécoslovaquie, Turquie et Uruguay.

Le dimanche 18 septembre, la Société belge de chirurgie reçut les congressistes et les dames en une soirée d'accueil. Le lundi 19, à 10 h. 30, la *séance inaugurale* fut tenue au Sénat sous la présidence de M. Merlot, ministre de l'Intérieur et de la Santé publique. On entendit successivement les discours du ministre, au nom du Gouvernement belge ; de M. Adolphe Max, ministre d'Etat, bourgmestre de Bruxelles ; de M. le professeur A. P. Dustin, recteur de l'Université de Bruxelles ; de M. J. Verhoogen, président du comité international ; de M. le professeur D. Giordano (Venise), au nom de tous les étrangers ; de M. le docteur L. Mayer, secrétaire général de la S. I. C., et de M. le professeur Rudolf Matas (New-Orléans), président du Congrès. Après la cérémonie, le bureau et les membres du Congrès déposèrent une couronne sur la tombe du Soldat Inconnu.

***

Les séances scientifiques se tenaient dès l'après-midi du 19 septembre, dans les locaux de la Faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles.

PREMIÈRE QUESTION : **Traitement chirurgical de l'hypertension**

1° **Introduction,** par le professeur N. PENDE (Rome). — La résection des grand et petit splanchniques gauches paraît constituer l'intervention de choix dans les cas susceptibles de réagir avec succès à la sympathectomie. Il y a lieu d'insister sur l'impérieuse nécessité d'un examen clinique des plus minutieux et sur l'obligation formelle de poser une judicieuse indication opératoire. De nombreux cas de guérison ou d'amélioration notable qui, en Italie, peuvent être mis au crédit de cette intervention, ont été publiés par Pieri, Durante, Donati, Ciccri, Mingazzini, Alessandri et Valdoni, et Ciminate.

2° **Le problème physiologique du point de vue chirurgical,** par le docteur WERTHEIMER (Lyon). — Les initiatives adoptées par la thérapeutique chirurgicale dans l'hypertension artérielle se partagent entre un certain nombre d'orientations dominantes.

L'historique de la question montre leur genèse ; l'analyse des documents recueillis dans l'ordre anatomo-pathologique, clinique et expérimental, rend compte de leur développement.

Ce rapport fournit l'exposé impartial des notions actuellement admises. Elles se rassemblent autour de trois théories essentielles : surrénalienne, rénale et vasomotrice.

Les faits chirurgicaux ont été groupés autour de ces trois tendances et appréciés dans la mesure où ils peuvent étayer l'une ou l'autre.

L'anatomie pathologique incline vers une compréhension vasculaire et vasomotrice et enregistre les documents que lui apporte l'hypertension paroxystique ; la clinique penche vers une théorie rénale rajeunie par la notion de néphro-angiosclérose ; l'expérimentation bénéficie de méthodes nouvelles productrices d'hypertensions durables. Au nom de ces méthodes elle condamne toute tentative chirurgicale.

Les faits chirurgicaux réalisent une expérimentation humaine mieux adaptée au problème pathologique et à sa complexité.

La compréhension actuelle du problème n'autorise pas une interprétation exclusive ou systématique.

L'auteur fait état de deux statistiques (celle de M. Leriche et la sienne) favorables à la théorie surrénalienne, mais ne leur reconnaît pas une valeur absolue.

3° **Indications du traitement chirurgical et résultats cliniques,** par le professeur R. ALESSANDRI et le docteur VALDONI (Rome). — Le traitement opératoire de l'hypertension est indiqué quand les altérations organiques font défaut ou sont peu importantes, quand le traitement médical a été inefficace et quand la maladie n'est pas secondaire à une sclérose rénale. Le traitement chirurgical, dans les cas favorables, peut arrêter la maladie ; dans la majorité des cas, il amène une guérison clinique par disparition des troubles subjectifs et, dans un plus petit pourcentage des cas, il ramène à un niveau normal ou réduit notablement la pression sanguine accrue. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les formes juvéniles pures, qui ne sont compliquées ni d'artériosclérose, ni de sclérose rénale.

L'application des différentes méthodes opératoires est encore dans la phase expérimentale et, par conséquent, représente aujourd'hui plutôt une indication personnelle qu'une indication basée sur une expérience comparative sûre et large. La section des splanchniques est le temps fondamental ; aucune des modifications de l'opération de Pende ne présente plus de probabilité de succès. Les opérations sur les surrénales pourront trouver une indication dans les cas où, par la présence de crises hypertensives, on est porté à suspecter la présence d'une tumeur ou d'une hyperplasie de la surrénale.

4° **Techniques et résultats,** par le docteur PEET (Ann. Arbor). — Au cours de la *discussion* des rapports, les orateurs suivants prirent la parole : MM. C. Heymans (Gand), A. Chiasserini (Rome) ; R. dos Santos (Lisbonne), A. Dickson-Wright (Londres), P. Cokkalis (Athènes), E. Cutler (Boston), C. Jeanneney (Bordeaux), J. Arce (Buenos-Ayres), W. Walters (Rochester), A. Valerio (Rio de Janeiro), M. Donati (Milan), R. Fontaine (Strasbourg), Boghos Riad Ghali (Le Caire), A. Jirasek (Prague), R. Appelmans (Louvain), M. Dogliotti (Modène), J. Bedrna (Hradec Kralove), A. Jentzer (Genève), S. Cerque (Le Caire), S. de Dziembowski (Bydgoszcz), E. Derom (Gand), J. Strombeck (Stockholm), J. Jiano (Bucarest), J. Govaerts (Bruxelles), J. C. dos Santos (Lisbonne), M. Hilarowicz (Lwow), L. Michon (Paris).

DEUXIÈME QUESTION A L'ORDRE DU JOUR : **Greffes osseuses.**

1° **Introduction,** par le professeur CUNÉO (Paris). — A l'heure actuelle, le procédé de greffe qui donne les meilleurs résultats est la greffe autoplastique, qui peut être utilisée sous des formes variées. Le choix de la forme dépend des conditions locales dans lesquelles celle-ci sera utilisée.

La supériorité de la greffe autoplastique est d'ordre humoral. Mais, cependant, la réussite de la greffe dépend essentiellement de l'état des fragments osseux récepteurs.

En effet, si la greffe autoplastique possède pour des raisons humorales un pouvoir ostéo-excitateur sur les extré-

mités osseuses réceptrices, celles-ci ne peuvent répondre à cette excitation que si leur vitalité est intacte et notamment si leur circulation possède l'activité nécessaire.

Les greffes homoplastiques et, à plus forte raison, hétéroplastiques, sont très inférieures aux greffes autoplastiques. Si la greffe autoplastique ne peut être utilisée, il vaut mieux avoir recours à l'emploi d'os purum d'Orell. Mais il est encore impossible actuellement d'être fixé sur la valeur de cet os purum au point de vue de sa valeur ostéogénique. Elle est certainement très inférieure à celle d'une greffe autoplastique. Il peut être intéressant de poursuivre des recherches tendant à donner artificiellement à l'os purum cette propriété ostéo-excitatrice.

L'os novum formé aux dépens de l'organisme du sujet sur lequel il doit être utilisé peut être considéré comme une greffe autoplastique d'os jeune. Réserves faites sur la complication relative de son utilisation, celle-ci apparaît comme très intéressante.

Tout en insistant sur l'intérêt considérable des ossifications hétérotopiques expérimentales, le moment ne semble pas encore venu de chercher à les utiliser dans la pratique.

L'âge de l'opéré a une importance capitale. On peut tout espérer chez un enfant. On a de grandes chances de succès chez l'adulte bien portant, comme l'étaient nos blessés de la dernière guerre. Il faut être beaucoup plus réservé dès que le sujet a dépassé la cinquantaine.

2° Etudes biologiques, données actuelles avec conclusions sur la valeur comparée des divers procédés, par le professeur Albert (Liége). — La confrontation de la vaste littérature avec les recherches expérimentales, poursuivies dans son laboratoire, a conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

La greffe osseuse se présente comme un phénomène biologique, éminemment vital, dans lequel les cellules, héréditairement adaptées à l'édification de l'os, jouent le rôle essentiel (cellules osseuses, cellules des canaux de Havers et du « cambium » du périoste).

Les cellules superficielles seules peuvent survivre et se greffer. La majeure partie d'un greffon osseux se résorbe et est progressivement remplacée par de l'os nouveau. Pour que cette substitution soit réalisable, le greffon doit apporter lui-même ses cellules ostéogènes, ou trouver sur place des cellules ostéogènes (moignons osseux, foyer de fracture ou périoste).

En conséquence, l'autogreffe osseuse vivante, partiellement recouverte de périoste, reste toujours le matériel idéal. Elle seule peut garantir le succès d'une greffe pour vaste perte de substance osseuse. La technique utilisée devra ménager au maximum l'intégrité des cellules du greffon et la vitalité des tissus récepteurs.

L'os tué pourra donner un résultat favorable, à condition de ne présenter aucune propriété nocive vis-à-vis des tissus de l'hôte, et de trouver sur place les cellules ostéogènes qui lui font défaut (matériel de synthèse pour fractures, pseudarthroses serrées, etc.). L'os purum d'Orell est la meilleure présentation actuelle d'os mort.

Pour les grandes pertes de substance osseuse ou les larges espaces interosseux, l'os purum ne donne plus une garantie suffisante de succès. Pour ces cas, Orell lui-même a préconisé l'usage de l'os novum obtenu par l'insertion préalable d'une tige d'os purum sous le périoste du tibia. De cette façon, les cellules sous-périostées, à fonction ostéogénique très intense, se multiplient activement et le tissu jeune envahit tout l'os purum.

L'os novum équivaut, biologiquement, à une greffe autoplastique vivante et démontre magistralement le rôle si important de la cellule ostéogénique vivante dans la réhabilitation et la substitution du greffon transplanté, par l'os nouveau.

3° Greffes osseuses dans les traumatismes récents et les pseudarthroses, par le professeur Demel (Vienne). — Les indications de la transplantation libre des fragments ostéo-périostés dans les fractures récentes sont, actuellement, fort rares.

Dans les fractures par armes à feu, où il faut tenir compte du risque d'infection, il n'est pas recommandé de faire une transplantation d'os libre aussitôt après l'accident.

Dans les fractures ouvertes récentes avec nombreuses esquilles autres que les fractures par armes à feu, on peut tenter tout de suite la transplantation libre de fragments ostéo-périostés si l'on craint que la fracture se réduise mal et si l'on est certain que la blessure n'est pas infectée.

Dans les pseudarthroses par perte de substance, l'opération de choix est la transplantation d'os libre avec des fragments d'os pourvus de périoste et de moelle, après suppression des extrémités atrophiées de l'os, après que le tissu cicatriciel afférent a été enlevé et après que la cavité médullaire des deux extrémités de l'os a été ouverte.

Pour remplir l'intervalle de la pseudarthrose, on devra fixer à l'os un morceau d'os en forme d'éclisse externe. Le verrouillage, d'après Lexer, est aussi très recommandé. Le chevillage est, dans ce cas, peu sûr.

La fracture de la greffe survient le plus souvent dans la douxième semaine après la transplantation et est due, la plupart du temps, au retrait trop précoce du bandage de fixation.

Dans les pseudarthroses affectant les os courbes (mâchoire) on prend des greffes courbes (côtes courbes, crête de l'os iliaque), ou on donne à un morceau de tibia la courbe désirable en le sciant ou en le ployant.

Dans les pseudarthroses après fractures par armes à feu ou après fractures ouvertes avec suppuration, on doit opérer en deux temps. Dans le premier temps, on nettoie la plaie, on enlève des corps étrangers et on curette les fistules. Quand la blessure est tout à fait fermée, on procède au second temps en remplissant l'intervalle de la pseudarthrose par la greffe.

4° Greffes osseuses dans la tuberculose osseuse et articulaire. par le docteur Svante Orell (Stockholm). — L'auteur passe en revue la littérature générale sur l'usage des greffes osseuses dans le traitement de la tuberculose osseuse et articulaire après extirpation du foyer et résection des os et des articulations, ainsi que dans l'arthrodèse, particulièrement dans la spondylite et dans la coxite tuberculeuse. Le problème est étudié à la lumière des travaux que l'auteur a faits préalablement sur la néoformation de l'os dans les greffes osseuses expérimentales et cliniques, en recourant à deux nouvelles formes de greffes d'os appelées l'os purum et l'os novum. L'os purum est de l'os mort qui, par des procédés physiques et chimiques, a été libéré de sa graisse, de son tissu conjonctif et de ses protéines. L'os novum est un os vivant, néoforme, souple, flexible, qui est obtenu sous forme d'une couche périostale par une implantation sous-périostale d'os purum et qui, après transplantation, se nourrit beaucoup plus aisément que ne le fait l'os frais vivant.

Avec un traitement général de base diététique et hygiénique, il est souvent possible de déterminer une guérison plus rapide après ablation ou d'amener la guérison de l'ostéite tuberculeuse en faisant une transplantation osseuse pour assurer une néoformation d'os ou la consolidation des os, de façon à obtenir une restitution complète ou une soudure osseuse solide dans une région tuberculeuse.

Il est très difficile d'affirmer que la transplantation osseuse ait quelque influence sur le processus tuberculeux lui-même. Il est évident que la greffe osseuse excite les tissus environnants à la néoformation osseuse, excitation qui s'exerce aussi activement sur les parties molles, sur les ca-

naux osseux et à la surface des os. Dans cet ordre d'idées, la greffe osseuse peut hâter et assurer la guérison du processus tuberculeux. Il semble aussi probable que la greffe osseuse a une influence générale sur l'organisme.

5° Greffes osseuses dans les dystrophies osseuses et les tumeurs, par le docteur PHEMINOTER (Chicago). — On trouve, dans la littérature, peu de sarcomes des os traités par transplantation osseuse, et, dans de tels cas, la récidive locale a été de règle. La principale cause d'échec est le retard apporté au diagnostic.

L'auteur rapporte cinq cas ; deux ont été suivis de récidives, de métatases et de mort, trois sont en bon état deux ans et quatre mois, quatre ans et demi et sept ans après l'opération.

Les tumeurs bénignes et les kystes osseux peuvent être traités avec succès par des méthodes plus simples sans qu'on ait besoin d'avoir recours aux greffes osseuses.

L'auteur rapporte enfin des cas avancés ou compliqués de tumeurs bénignes à cellules géantes, de kystes solitaires des os, d'ostéodystrophie régionale fibreuse, de maladie de Paget et de fibromes où la transplantation est indiquée.

6° Greffes osseuses dans les arthrites chroniques, par le professeur KAPPIS (Wurzburg) (Rapport lu par le docteur Bahld, le professeur Kappis étant mort il y a trois semaines). — La *greffe osseuse* utilisée dans les *maladies inflammatoires chroniques* des articulations et dans les autres *affections articulaires* sert : 1° aux *arthrodèses ;* 2° au *remplacement au rebord d'une cavité articulaire ;* 3° à des *buts biologiques*. Pour les affections les plus diverses de la colonne vertébrale, on emploiera l'arthrodèse suivant la méthode d'Albee ou de Hibbs, ou suivant une méthode autre. Dans la littérature, on trouve relatées environ 500 opérations où l'arthrodèse *sacro-iliaque* fut faite par transplantation de fragments osseux ; 90 p. 100 des opérés ont été guéris ou grandement améliorés.

Pour la *hanche*, la transplantation osseuse sert à l'arthrodèse, à la plastique de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde ou à l'enchevillement périarticulaire ; le forage du col du fémur mérite aussi l'attention.

Pour finir, l'auteur discute les différents buts et applications des *transplantations osseuses* vis-à-vis des *articulations* du *genou*, du *pied*, de *l'épaule*, du *coude* et de la *main*.

A la discussion qui suivit l'exposé de ces rapports, prirent part MM. R. Alessandri (Rome), O. Haberland (Cologne), Fr. de Quervain (Berne), R. Danis et Fr. Jonckheere (Bruxelles), J. de Fourmestraux (Chartres), D. Ferey (Saint-Malo), M. Zakradnicek (Prague), L. et F. Bérard (Lyon), A. Lambotte ,Anvers), R. Fontaine (Strasbourg), R. Zanoli (Pietraligure), Fr. Cléret (Chambéry), Gonzalès-Aguilar (Barcelone), J. P. Mills (Birmingham, U.S.A.), A. Valerio (Rio de Janeiro), Y. Delagenière (Le Mans), R. Froelich (Nancy), S. Marconi (Venise), A. Maffey (Bruxelles), J. Trueta Aaspall (Barcelone), F. Neuman (Bruxelles), M. Donati (Milan), Hybbinette (Stockholm), J. Arce (Buenos-Ayres), Ch. Henschen (Bâle), Arch-Young (Glasgow), Ch. Parisel et P. Lorthioir (Bruxelles), J. Sebrechts (Bruges), N. Hortolomei (Bucarest), E. Sorrell (Paris), J. Delchef (Bruxelles), F. Masmonteil (Paris), M. Moccia (Venise), J. Verbrugge (Anvers), A. Basset (Paris), G. Ceccarelli (Pérouse), F. Herman (Anvers), M. Dogliotti (Modène), de Souza Pereira (Porto), Ed. Gioja (Pavia), P. Caplesco (Bucarest), G. Lusena (Genovaj), J. Castro-Villagrana (Mexico), M. Thalheimer (Paris), M. Dallemagne (Liége), E. Chasserini (Rome), Hamant (Nancy), Grimauly (Algrange), R. Broglio (Belluno), P. Magano (Porto), J. Baranger (Le Mans), G. Tisserand (Besançon), de Francesco (Venise), J. Jiano (Bucarest), W. Dega (Bydgoszez), L. Silvestrini (Rimini), L. Arnaud (Saint-Etienne).

TROISIÈME QUESTION : Traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon

1° Introduction, par le professeur SAUERBRUCK (Berlin).

2° Conditions physiologiques de la chirurgie pulmonaire, par le professeur CONSTANTINI (Alger). — La meilleure connaissance acquise des dernières années de la physiologie pathologique de l'appareil pleuro-pulmonaire a bouleversé les méthodes et rendu possibles des interventions sur le poumon considérées autrefois comme inacceptables.

Le pneumothorax est le plus souvent bien toléré chez les sujets jeunes, vigoureux, exempts de tares. Les accidents s'observent dans le jeune âge, après cinquante ans, et chez les sujets infectés ou profondément intoxiqués par une tumeur, souvent en état de déficience cardiaque. C'est la brutalité du collapsus qui déclenche des réflexes vago-sympathiques pouvant arrêter le cœur. L'élasticité pulmonaire, en permettant une brusque rétraction, est responsable de ces réflexes.

La baronarcose, rendue aujourd'hui possible grâce aux appareils à protoxyde d'azote et à l'anesthésie endotrachéale, s'opposera à l'affaissement brutal du poumon. L'atropine, en paralysant le pneumogastrique, l'éphédrine en excitant le sympathique, atténueront les effets du collapsus.

Le poumon exposé se refroidit, l'opéré devra donc être constamment réchauffé. Les sécrétions bronchiques pourront être abondantes et encombrer l'arbre bronchique jusqu'à l'asphyxie. On devra donc conserver soigneusement le réflexe tussigène qui les évacue. On opérera les patients en position déclive pour les mêmes raisons. La ligature des vaisseaux et de la bronche hilaire n'a pas en général de graves conséquences immédiates.

Le pneumothorax préopératoire évitera les réflexes du collapsus pulmonaire brutal. L'oxygénothérapie évitera l'asphyxie.

L'atélectasie pulmonaire, dont la cause habituelle est une oblitération des grosses bronches par du mucus épais, nécessitera un déblocage de ces bronches par opération. Après pneumectomie, le sujet se fatiguera facilement, mais le poumon opposé sera suffisant au bout de quelques mois pour assurer les fonctions physiologiques de l'hématose.

Les principes de lenteur chirurgicale défendus par Cushing sont souhaitables aux poumons plus qu'ailleurs, mais il est souvent impossible d'éviter de faire une opération rapide.

La thoracotomie exploratrice, actuellement sans danger, rendra les plus grands services pour préciser un diagnostic et poursuivre le traitement qui paraîtra plus convenable.

3° Techniques générales, par le professeur José ARCÉ (Buenos-Ayres). — L'auteur dit que le traitement des kystes et tumeurs du poumon est essentiellement chirurgical. Son rapport est divisé en cinq parties.

La première partie s'occupe de la préparation du malade à l'opération.

La deuxième partie s'occupe de ce qu'il appelle le *danger pleural* (escollo pleural), c'est-à-dire des difficultés techniques qui viennent du pneumothorax opératoire. Il traite d'une façon détaillée des méthodes et procédés pour éviter ces difficultés. Il plaide pour le pneumothorax préalable, mais s'occupe aussi des indications de la baronarcose, de la création artificielle d'adhérence et du pneumothorax chirurgical (Bazy, Delagenière, Duval).

La troisième partie du rapport est consacrée à l'anesthésie. L'auteur est partisan de l'anesthésie locale ; de temps en temps, il emploie la narcose au cyclopropane.

La quatrième partie traite du traitement des kystes hydatiques à l'exclusion des autres kystes.

Le cinquième chapitre, enfin, se rapporte au traitement des tumeurs du poumon, parmi lesquelles le cancer est le plus important. L'auteur est partisan de la thoracotomie exploratrice précise et de la pneumonectomie totale.

4° **Méthodes et résultats des opérations pour tumeurs,** par le professeur Forni (Venise). — Les tumeurs du poumon sont, de règle, des carcinomes bronchogénétiques ; les sarcomes et les tumeurs bénignes sont rares ; seulement 10 p. 100 de ces tumeurs sont susceptibles d'une thérapeutique chirurgicale radicale (pneumonectomie et lobectomie).

Les tumeurs des grosses bronches et de leurs branches principales peuvent être extirpées par pneumonectomie totale exécutée en un seul temps par voie antérieure.

Les tumeurs périphériques circonscrites et qui prennent naissance dans les petites bronches sont susceptibles de lobectomie soit en deux temps, en plèvre libre précédée de pneumothorax et de phréno-exérèse, soit en deux ou plusieurs temps quand il existe des adhérences spontanées ou provoquées par des techniques diverses.

Les résultats des opérations relevées de la statistique opératoire rassemblée comprennent 33 pneumonectomies totales, 62 lobectomies et 92 opérations atypiques.

Les pneumonectomies (33) furent exécutées chez trente malades en un temps, et chez trois en deux temps ; trente fois pour cancer et trois fois pour sarcome.

On a obtenu dix guérisons, datant trois de quelques années, les autres de quelques mois à un an : trois morts par récidive et vingt décès opératoires. Les lobectomies (62) ont été exécutées cinquante-huit fois pour cancer (57 primitifs et un métastatique) et quatre fois pour sarcome (deux primitifs et deux métastatiques).

Trente-huit lobectomies furent exécutées en un temps avec 14 guérisons dont quelques-unes datant de plusieurs années. Ils décédèrent par récidive et 13 après l'opération.

Vingt-quatre lobectomies en deux ou plusieurs temps, avec 9 guérisons, 5 récidives et 10 décès opératoires.

Les opérations atypiques se montrèrent insuffisantes et incomplètes, et furent suivies de la plus haute mortalité.

5° **Méthodes et résultats des opérations pour kystes,** par le professeur Baggio (Pise). — Les kystes pulmonaires comprennent les kystes autochtones et les kystes parasitaires (échinocoques). La rareté des observations et l'éclosion par endémie exigent que, dans l'étude des résultats, l'élément numérique soit complété par l'élément critique.

Le kyste autochtone diffère, chirurgicalement, du kyste à échinocoques.

Le kyste hydatique peut guérir spontanément en se vidant dans les bronches, mais c'est une éventualité que, désormais, l'on n'attend plus et que l'on a remplacé par un traitement chirurgical approprié.

Ceci prouve combien il est dangereux d'opérer une plèvre libre, à cause de certaines influences directes et indirectes exercées sur la plèvre exposée librement, influences qui ne se manifestent pas dans le cas où la plèvre est exclue.

Si l'opération en plèvre libre peut donner des résultats brillants, l'opération en plèvre exclue et poumon atélectasié donne des résultats plus constants, comme cela arrive dans le « plombage » pleural. La variété la plus simple de ce « plombage » est celle que l'on pratique au moyen de gaze. L'auteur conseille de faire suivre à l'ouverture et à l'évacuation du kyste un drainage tubulaire superficiel et de courte durée.

Les kystes autochtones ne se prêtent pas encore, quant aux résultats, à une critique détaillée. En principe, on peut dire que les kystes sont susceptibles d'un traitement équivalent à celui des kystes à échinocoques ; les kystes multiples exigent une lobectomie ou une pneumectomie.

Les orateurs suivants prirent part à la discussion de cette question : MM. T. Edwards (Londres), R. Alessandri (Rome), A. Young (Glasgow), Santy (Lyon), P. Cokkalis (Athènes), G. Eggers (New-York), A. Altounyan (Alep), S. de Dziembowski (Bydhosez), J. M. Mason (Birmingham, U.S.A.), R. Monod (Paris), Cl. Crafoord (Stockholm), P. Wertheimer, M. Bérard et M. Dorgent (Lyon), R. Chiarolanza (Naples), J. Divis (Prague), R. dos Santos (Lisbonne), P. Valdoni (Rome), A. von Miorini (Shangaï), H. Paschoud (Lausanne), A. Trias-Pujol (Barcelone), G. Petrescu (Ploesti), Dervis Manizade (Istamboul), E. Loubet (Bordeaux), A.-L. d'Abreu (Cardiff), H. Fruchaud (Angers), G. Pototschnig (Vicence), S. W. Harrington (Rochester), M. Iselin (Paris), T. H. Sellors (Londres), M. Dargnet (Lyon), Ch. Mayer (Bruxelles).

***

Le programme scientifique du Congrès était complété par des séances opératoires d'un grand intérêt dans les services de clinique chirurgicale de Bruxelles et de Louvain, et dans différents hôpitaux, et par la visite guidée du nouveau Centre anticancéreux de l'Université libre de Bruxelles. Le mardi 20 septembre, le président du Congrès eut la délicate pensée de déposer une couronne devant le mémorial Depage, érigé dans la cour de l'hôpital Saint-Pierre.

Au cours de l'Assemblée générale, les décisions suivantes furent prises : le prochain Congrès se tiendra à Stockholm, en 1941, sous la présidence du docteur Léopold Mayer, élu à l'unanimité et par acclamations à cette haute fonction. Le professeur J. Verhoogen et le docteur Lorthioir furent réélus président et trésorier du Comité international. Le docteur d'Arcy Power, de Londres, a été appelé à la présidence d'honneur de la Société et le docteur L. Dejardin a été nommé secrétaire général en remplacement du docteur Mayer.

Les questions suivantes furent mises à l'ordre du jour du Congrès de 1941 :

La maladie post-opératoire ; le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire ; les suites éloignées des interventions sur les voies biliaires ;

Une série de réceptions, réellement fastueuses, donnèrent aux congressistes l'occasion d'apprécier le visage artistique de la capitale belge. Le lundi, soirée offerte par M. le professeur R. Matas, aux Musées royaux d'Art et d'Histoire, avec le concours du corps de ballet du théâtre royal de la Monnaie ; le mardi, représentation de gala au théâtre de la Monnaie ; le mercredi, raout à l'hôtel de ville de Bruxelles, offert par le Collège des bourgmestres et échevins et le conseil communal, et enfin, le jeudi, le banquet de clôture au Palais des Beaux-Arts, avec le concours de la musique du 9e régiment de ligne.

A ces festivités la présence des dames donnait un éclat tout particulier. Le comité organisateur n'avait du reste rien négligé pour assurer à ses hôtes un accueil digne de la réputation d'hospitalité dont jouit la Belgique. C'est ainsi que la visite des sites les plus pittoresques des environs de Bruxelles et celle de ses richesses artistiques complétaient un programme qui restera mémorable chez tous les participants du Xe Congrès de la Société internationale de chirurgie.

Ch. Mayer.

Etudes biologiques et cliniques sur les maladies mentales, par A. Courtois, avec une préface du docteur E. Toulouse. Un vol. de 167 pages, avec un portrait de l'auteur, édité par l'Association des Amis d'Adolphe Courtois, 1, rue Cabanis, à Paris (14e), 1938.

IIe CONGRÈS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

(Évian, 21-24 septembre 1938)

Le IIe Congrès de l'Insuffisance rénale vient de se tenir à Évian, dans le site enchanteur que constitue la rive française des bords du lac Léman.

Cette grande station hydro-minérale française était tout indiquée pour être le siège d'un pareil Congrès ; de plus, l'importance des rapports présentés, la qualité des rapporteurs, le travail de mise au point fourni durant de longs mois par les organisateurs et l'affabilité bien connue de nos collègues d'Évian et de tous les membres de la société thermale laissaient prévoir une réussite complète.

Nul n'aurait osé espérer, néanmoins, le succès éclatant qu'ont été ces journées : près de 600 congressistes, en effet, ont répondu à l'appel du Comité, et le nombre en eût été plus grand encore si leurs charges officielles ou si des inquiétudes facilement explicables n'avaient retenu dans leur foyer certains de nos collègues.

Ce n'était pas un congrès international ; cependant, un assez grand nombre de confrères étrangers ont tenu à y participer, et l'Allemagne, la Belgique, la Grande-Bretagne, l'Italie, la Lithuanie, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Roumanie, la Suisse, la Turquie, la Yougoslavie y étaient représentés.

Nous dégagerons plus loin la philosophie de ce Congrès, mais nous voulons sans plus tarder, exprimer le sentiment unanime de nos confrères en remerciant la Société médicale d'Évian qui prit l'initiative de ces assises et collabora à son organisation scientifique, la Société thermale sans qui, ne l'oublions pas, le Congrès n'aurait pu avoir lieu, et les divers organisateurs.

La somptueuse hospitalité et l'accueil si affable que nous ont réservés MM. Cruse, Maurice Bernard, Rousset, le docteur Ballet, tous nos confrères de la Société médicale et, en particulier, leur président, le docteur Bergouignan, nous ont infiniment touchés, et nous n'aurons garde de l'oublier.

Les remerciements et les félicitations vont également aux membres du bureau : le professeur Rathery, président ; le professeur Chevassu, vice-président ; MM. Merklen, Derot, Ballet et Beley, secrétaires généraux et secrétaire administratif, qui dira le travail fourni en particulier par notre ami, F. P. Merklen, malgré ses multiples occupations professionnelles.

Entre les séances de travail, les congressistes ont visité le pavillon de la source Cachat, et le luxueux établissement thermal, sans cesse perfectionné, et conçu selon les techniques les plus modernes. Ils ont été fort intéressés par l'organisation de l'embouteillage et ont pu remarquer quelles règles hygiéniques y président. La splendide présentation du Griffon les a, elle aussi, tout particulièrement frappés.

Quelques promenades leur ont fait reconnaître les environs d'Évian, si pittoresques, et d'accès si facile.

Pour les femmes des congressistes, un programme avait été, lui aussi, particulièrement bien choisi ; il avait été élaboré par le Comité des Dames, ayant à sa tête : Mme Rathery, présidente ; Mme Chevassu, vice-présidente ; et grâce à la collaboration de quelques personnalités locales, Mme Cruse et Mme Bergouignan, en particulier.

Le dîner offert à l'hôtel Royal, par la Société des Eaux, s'est déroulé dans la plus cordiale intimité, et les toasts prononcés furent tous remarquables et salués d'un triple ban.

***

La séance inaugurale avait eu lieu le 21, à 10 heures, au Casino municipal ; elle avait été présidée par M. Rathery, assisté de M. Chevassu, vice-président, et entouré d'un brillant état-major médical.

M. Maurice Bernard, représentant le Conseil d'Administration des Eaux d'Évian, prit le premier la parole, et, au nom de la Société, souhaita une cordiale bienvenue aux congressistes.

Puis le docteur Bergouignan adressa, lui aussi, ses remerciements et ceux de la Société médicale, et leurs vœux les meilleurs à tous les congressistes, et particulièrement à ses collègues étrangers.

Enfin, le professeur Rathery montra que la médecine thermale est une branche importante de l'art médical, et que les stations thermales françaises, rapidement spécialisées, sont devenues des centres actifs de recherches scientifiques.

Il exposa alors les progrès considérables accomplis dans le domaine de la pathologie rénale, dansces cinquante dernières années, et il montra le rôle de tout premier plan de l'École médicale française. Il insista notamment sur l'œuvre d'Ambard, comme physiologiste ; de Chauffard et de Castaigne, comme cliniciens ; d'Achard, de Widal et de leurs élèves, comme biologistes. Il montra, enfin, tout ce que les médecins doivent aux urologues chirurgiens et il se félicita de voir réunis à ce Congrès médecins et chirurgiens.

Puis M. Merklen lut un télégramme de M. le Ministre de la Santé publique, exprimant ses regrets de ne pouvoir quitter la capitale ; il excusa ensuite M. Marinesco, médecin général et ministre de la Santé publique de Roumanie ; MM. Roussy, recteur de l'Université de Paris ; Tiffeneau, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, et de plusieurs professeurs français et étrangers.

(A suivre)

A. Roux-Dessarps et Mende.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La gastrectomie, opération bénigne. 125 gastrectomies de suite sans mortalité, d'après la technique du professeur Fans Finsterer, de Vienne, avec une préface du professeur Gosset, par le docteur Jean Duval (du Havre). Un vol. de 144 pages, avec 41 planches, chez Maloine, à Paris, 1937.

Exercices pratiques de médecine opératoire et chirurgie, par J. Sarroste et R. Carillon. Un vol. de 346 pages, avec 313 fig. Chez Maloine, 1938.

Traitement des constipations fonctionnelles, par Gabriel et Roland Leven. Un vol. de 88 pages, avec 22 figures, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 15 francs.

Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses, par F. d'Hérelle. Un vol. de 416 pages, avec 4 planches. Chez Masson et Cie, 1938. Prix : 75 francs.

Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës ; notes de pratique, par A.-B. Marfan. Un vol. de 80 pages. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 20 francs.

Psycho-physiologie sexuelle, étude biologique, clinique et sociale, par L. Strominger, avec une préface du professeur Laignel-Lavastine. Un vol. in-8° de 286 pages, chez Doin et Cie, 1938. Prix : 55 francs.

Les courants de haute fréquence, applications de tension (courants de résonance), par le docteur Georges Ronneaux. Un volume de 156 pages avec 36 figures. Prix : 30 fr. Chez Gauthier-Villars, Paris.

La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales, par Achille Urbain. 2e édition, révisée et augmentée. Un vol. de 146 pages. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 28 francs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 22 AOÛT 1938

Sur l'étude du raffinage des huiles au moyen d'une méthode photographique. — MM. J.-J. TRILLAT et A. AUBRY.

SÉANCE DU 29 AOÛT 1938

Sur l'échinochrome et le spinochrome. — M. Edgar LEDERER et Mlle R. GLASER.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1938

Libération de l'acétylcholine du complexe acétylcholinique du cerveau de mammifères par le venin de cobra. — M. Jean GAUTRELET et Mlle Elisabeth CORTEGGIANI.

Sur l'obtention de la toxine et de l'anatoxine staphylococciques dans un milieu de composition chimique définie. — MM. Gaston RAMON; André BOIVIN et Rémy RICHOU.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 1er JUILLET 1938

Quelques considérations sur la vitaminothérapie en chirurgie. — M. S. DE DZIEMBOWSKI (de Bydgoszcz, Pologne) signale les excellents résultats de la vitaminothérapie pré- et post-opératoire dans la chirurgie des voies biliaires, dans la chirurgie thoraco-pulmonaire, chez les hémophiles. De bons effets ont été observés dans les rectites sténosantes, dans les néoplasies et dans la chirurgie du corps thyroïde.

Trois invaginations intestinales successives en sept mois chez un adulte. — M. WEBER rapporte le cas d'un homme de 52 ans, ayant présenté successivement en l'espace de sept mois trois invaginations intestinales portant les deux premières sur le gros intestin, la troisième sur le grêle. La première invagination iléo-caecale fut traitée par une iléocolostomie termino-latérale. Six semaines après, nouvelle invagination colo-colique nécessitant l'hémicolectomie droite avec suture iléo-colique termino-terminale. Cinq mois après, invagination descendante de l'iléon à 30 cm. en amont de la suture précédente, entraînant la mort du malade le 5e jour après l'opération, bien que la désinvagination ait été facile.

Gastrectomie pour volumineux cancer de l'estomac. — M. J. LANOS présente l'observation d'une malade de 69 ans, chez laquelle l'examen décelait une grosse masse épigastrique et une image lacunaire importante de la région prépylorique à l'examen radiologique. Laparatomie. Extériorisation facile de la tumeur d'un volume considérable. Gastrectomie à l'anesthésie locale. Gastro-jéjunostomie. Suites simples. La malade a pu reprendre une alimentation normale : ne souffre plus, ne vomit plus. Examen histologique : épithélioma atypique.

Un cas d'appendicite aiguë dans une hernie crurale. — M. HAUTEFORT présente un cas d'appendicite aiguë dans un sac de hernie crurale et insiste sur la difficulté du diagnostic et le peu de fréquence de ces cas.

Un curieux cas de fractures spontanées. — MM. C. ROEDERER et BRAINOS. Un homme d'une quarantaine d'années en descendant un trottoir, ressent une légère douleur dans la jambe droite, est immobilisé pendant deux mois pour rhumatismes. Pendant trois ans, il vaque normalement à ses occupations. Dans un mouvement du même ordre, il ressent une douleur à la hanche gauche en janvier 1938. On aperçoit alors à la radiographie une fracture transcervicale. La marche avait néanmoins été rendue possible par de bizarres constructions ostéophytiques qui avaient soutenu la tête comme le ferait une crédence. Du côté nouvellement atteint, il s'agissait également d'une fracture de la diaphyse fémorale supérieure, fracture franchement transversale et nette. Consolidation dans les délais normaux avec cal volumineux. On peut éliminer le diabète, la syphilis, la maladie de Paget, de Recklinghausen. Pas de troubles nets de l'ossification visibles à la radiographie. Le sujet est atteint d'un défaut de développement des membres inférieurs avec pied bot congénital droit. Aucun trouble sensitif ni trophique.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES, PLUS PARTICULIÈREMENT DES HÉMORRAGIES GÉNITALES, CHEZ LA FEMME

d'après le docteur Georges CHAMPION (1)

L'auteur, après avoir distingué entre les hémorragies par causes locales et celles qui sont sous la dépendance d'une cause générale, fait remarquer que, concernant les hémorragies d'origine endocrinienne, l'insuffisance comme l'excès de l'hormonémie génitale peut donner lieu à des ménorragies ou métrorragies. Les causes générales des hémorragies génitales sont en rapport étroit avec un trouble de la crase sanguine lié au neuro-arthritisme, à l'hérédo-syphilis, à l'hémophilie ou à l'hémogénie, et aux insuffisances hépatiques. Le traitement des hémorragies génitales, basé sur la notion de leur étiologie, doit presque toujours comporter, en outre, un traitement symptomatique et il y a presque toujours lieu d'instituer une médication hémostatique et coagulante, pouvant agir elle-même étiologiquement dans les cas d'altération des propriétés du sang avec déficience de la coagulation.

Il existe un véritable coagulant physiologique : c'est un extrait de plaquettes qui apporte au sang déficient les éléments qui lui manquent dans le cas d'hypocoagulabilité. Cet extrait, nommé Coagulène, peut être prescrit par la voie buccale en flacons-ampoules buvables, ou par la voie hypodermique au moyen d'ampoules injectables (Hémo-Coagulène).

Le Coagulène, nullement toxique, peut être administré aussi longtemps qu'il est utile, et, s'il le faut, à doses croissantes jusqu'à ce que le résultat soit obtenu. L'auteur, qui l'a administré dans plusieurs cas d'hémorragies génitales assez graves, ainsi que dans quelques cas d'hémorragies digestives, estime que c'est la médication la mieux adaptée au traitement de toutes les hémorragies en dehors d'une indication chirurgicale.

BROME, INHIBITION, SOMMEIL, HORMONES SÉDATIVES (2)

par Georges D'HEUCQUEVILLE et Ch. LECLERCQ

Le brome constitue-t-il l'élément inhibiteur de l'organisme, antagoniste de l'iode, élément stimulant ?

L'on sait que, depuis près d'un siècle, les dérivés du brome se sont imposés comme les agents sédatifs par excellence.

(1) *Le Concours médical*. n° 7, du 16 fév. 1936.
(2) *Bull. Méd.* 1937, 51e Année, N° 3, 16 Janvier, p. 35.

Des recherches biochimiques récentes ont montré la constance du brome dans les organes et dans le sang à l'état normal.

Mais Zondeck et Bier ont mis en évidence, dans les syndromes d'*excitation* et d'*anxiété*, une chute marquée du taux du brome sanguin ; dans la *vieillesse*, un appauvrissement de l'hypophyse en brome ; dans le *sommeil*, la migration du brome hypophysaire vers le tronc cérébral.

Ces auteurs en avaient induit que des hormones hypophysaires bromées sédatives, antagonistes des hormones thyroïdiennes iodées excitantes, règlent l'inhibition et déterminent le sommeil.

Sans discuter cette hypothèse, d'Heucqueville et Leclercq retiennent des faits qui la fondent, que le brome, comme l'iode, circule et agit sous une forme organique.

Après avoir examiné les tentatives de préparation de ce complexe bromé, ces auteurs isolent un lipoïde bromé, le dibromocholestérol (commercialisé sous le nom de *Sed'Hormone*) s'apparentant par sa structure à l'hormone folliculine.

Expérimenté sur la souris, le dibromocholestérol détermine un effet inhibiteur dès la dose de 4 cgr. par kilogr., vingt fois moindre que la dose liminaire d'action du bromure de sodium.

Mais, aux hautes doses, les doses équivalentes de brome organique (dibromocholestérol) et minéral se rapprochent. L'action du premier apparaît donc irréductible à celle du second et se rapproche des actions diastasiques ou hormonales.

En langage thérapeutique, ces faits indiquent que la « *marge utile* » du dibromocholestérol est cent fois plus large que celle du bromure de sodium, et comportent un intérêt pratique considérable.

D'Heucqueville et Leclercq utilisent le dibromocholestérol chez les épileptiques et, chez une forte proportion de ces sujets, parviennent à le substituer, sans recrudescence d'accès, aux barbituriques habituels, dont on connaît les effets toxiques à la longue.

Ils le prescrivent encore avec succès dans la plupart des excitations, anxiété et insomnies, où, confirmant les vues de Zondek et Bier, il détermine des effets supérieurs, par l'absence totale d'intoxication et réactions secondaires, à ceux des médications sédatives actuellement en usage.

Jamais ils n'ont observé par exemple de bromisme, les doses de brome introduites restant en effet de l'ordre du centigramme, alors que ce sont des doses centuples de brome minéral qu'il faut administrer.

Cette étude marque une étape dans l'histoire de la médication sédative.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des colibacilloses urinaires par l'acide mandélique, par le docteur Louis CAPRERA. *Thèse de Bordeaux*, 1937

L'auteur s'est proposé, à la suite des travaux anglais et américains, de déterminer la valeur exacte de l'acide mandélique comme antiseptique urinaire.

Il rappelle d'abord l'étiologie et la pathogénie des infections urinaires et surtout des colibacilloses. Puis, après un historique de la question, il étudie l'acide mandélique et ses dérivés, expose les résultats cliniques et précise la posologie, les indications et contre-indications du traitement.

L'auteur donns 16 observations de malades traités, dans 10 cas, par le mandélate d'ammonium et dans 6 autres par le mandélate de calcium (nouvelle forme de « Mandélium »). Les résultats ont été bons dans 15 cas sur 16 ; il n'y a d'ailleurs pas eu d'échec à proprement parler, mais une simple amélioration dans le cas défavorable (pyélonéphrite avec ptose rénale).

M. Caprera estime que les dérivés de l'acide mandélique peuvent rendre de grands services, surtout dans les cas chroniques d'infections urinaires à colibacille, les seules contre-indications étant l'insuffisance rénale et la pyélonéphrite ascendante aiguë.

Dans ses conclusions, l'auteur rappelle que les échecs observés sont dûs : soit à l'existence de lésions anatomiques au niveau des voies urinaires, soit à l'impossibilité d'obtenir un pH urinaire au-dessous de 5,5, que parfois il est bon de recommencer le traitement malgré la guérison apparente et qu'on peut éviter des rechutes par un traitement d'entretien.

Les rares incidents signalés après administration d'acide mandélique (nausées, céphalées, irritation rénale) sont beaucoup moins fréquents et moins graves, lorsqu'on utilise ses dérivés

Enfin, M. Caprera termine de la façon suivante :

« Actuellement, le mandélate de calcium est, d'après « l'expérience de nos maîtres et de nous-mêmes, le produit « de choix parmi les différents dérivés mandéliens.

« Facile à prendre, bien supporté par les malades, acidifiant et rendant bactéricides les urines, ce produit sera « d'un grand secours pour le médecin en présence d'infec- « tions colibacillaires chroniques si souvent rebelles à toute « thérapeutique. »

La phlébite et les varices (Thérapeutique homéopathique), par le docteur E.-A. MAURY. — 1 vol. in-8° de 96 pages, 25 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e)

Depuis ces années dernières, la thérapeutique homéopathique a pris une extension considérable qui s'explique par les succès obtenus, grâce aux résultats cliniques certains. D'ailleurs, le nombre des médecins qui viennent à la médecine Hahnemanienne augmente de jour en jour.

Mais pour le praticien courant, tout imbu des thérapeutiques classiques, la matière homéopathique offre évidemment de très grosses difficultés. Il est rebuté par l'abondance des signes de la matière médicale ; il n'a souvent pas le temps, ni la patience de passer en revue son lexique thérapeutique lorsqu'il est au lit du malade ou devant un cas un peu urgent.

C'est pour pallier à ces difficultés que l'auteur a écrit ce petit livre qu'il a voulu rendre aussi clair que possible. Après un court rappel anatomique, physiologique et clinique, le docteur Maury passe en revue les médicaments dans les cas de phlébites les plus urgents et ceux qui sont le plus fréquemment indiqués. Dans une seconde partie de cet exposé, l'auteur résume en quelques pages la thérapeutique homéopathique des états de dilatations veineuses.

C'est un livre qui trouvera sa place dans toute bibliothèque médicale éclectique.

Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx, étude anatomo-topographique et radiographique, par R. BACLESSE, avec une préface de A. HAUTANT. Un vol. de 270 pages, avec 236 figures. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 100 francs.

DÉFENSE PASSIVE

La mobilisation civile et les femmes médecins. — Pour répondre à de nombreuses demandes, *l'Association française des Femmes Médecins*, après entente avec les organismes responsables, peut indiquer aux femmes médecins de quelle façon elles peuvent collaborer activement à la préparation de la défense passive et aux secours aux blessés civils ou militaires :

1° *L'Assistance publique* de Paris fait appel à toutes les anciennes internes des hôpitaux et hospices et à tous les médecins dégagés d'obligations militaires, afin d'assurer ses divers services qui continueront à fonctionner pour la population civile. Les personnes intéressées sont priées d'écrire à M. le Chef du service de santé à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

2° *Les services de la défense passive* demandent aux médecins dégagés d'obligations militaires de s'engager à assurer le service médical des postes de secours. Cet engagement comportera l'*obligation absolue* de se rendre immédiatement au poste de secours désigné en cas d'alerte. Les équipes médicales qui seront ainsi affectées aux divers postes devront donc être libres de tous autres engagements qui les retiendraient en cas d'alerte. Toutefois, les femmes médecins qui assureraient un service hospitalier non-permanent, sont priées de répondre à la convocation, en indiquant leur temps disponible, afin que les services de la défense passive puissent éventuellement avoir recours à elles pour compléter leurs cadres permanents.

3° *Les sociétés de Croix-Rouge* font appel aux femmes médecins dégagées de toutes autres obligations pour collaborer aux services médicaux de leurs hôpitaux auxiliaires de la région parisienne. Les femmes médecins qui ont l'intention de se rendre en province, dans une région déterminée, peuvent écrire au Centre régional de la Société de Croix-Rouge correspondante, pour indiquer leur désir d'être éventuellement utilisées dans ses hôpitaux auxiliaires.

4° *Dans les ambulances et hôpitaux militaires*, les services médicaux étant assurés exclusivement par des médecins mobilisés, les femmes médecins ou les étudiantes en médecine ne peuvent être admises à participer aux soins aux blessés ou malades qu'en s'enrôlant dans les équipes d'infirmières de Croix-Rouge militarisées.

Nous recevons, d'autre part, la lettre suivante de l'Association amicale des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux et Hospices civils de Paris.

Paris, le 26 septembre 1938.

Mon cher Collègue,

Devant la gravité des événements et la possibilité d'une mobilisation qui priverait les hôpitaux de Paris de la plus grande partie de leur personnel médical, l'Administration générale de l'Assistance publique désirerait pouvoir compter sur le dévouement des anciens internes des hôpitaux de Paris, non mobilisables.

Je vous serais reconnaissant, dans le cas où il vous serait possible de répondre à cet appel, de faire parvenir d'urgence votre acceptation à M. Belbis, chef du service de santé de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, en indiquant votre spécialité (médecine, chirurgie, etc.).

Veuillez agréer, mon cher Collègue, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Le Secrétaire général de l'Association
Signé : J. REGAUD.

COURS

Cours de perfectionnement sur le diabète sucré du 11 octobre au 23 octobre 1938. — Ce cours sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration du professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine ; du professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine ; du docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux ; du docteur Mollaret, agrégé, médecin des hôpitaux ; des docteurs Boltanski, Julien Marie et Kourilsky, médecins des hôpitaux ; du docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service ; des docteurs Derot, Germaine Dreyfus-Sée, Sigwald, chefs de clinique et anciens chefs de clinique à la Faculté de Médecine, et du docteur Doubrow, chef de laboratoire.

PROGRAMME DU COURS

I. — *Etude biologique du diabète* : Les troubles du métabolisme dans le diabète ; l'acidose diabétique ; la physiopathologie du diabète ; le rôle des glandes vasculaires sanguines dans le diabète.

II. — *Les méthodes d'examen d'un diabétique.*

III. — *Etude clinique du diabète* : Le diabète simple et le diabète consomptif ; le diabète infantile ; le diabète rénal ; le diabète bronzé ; les formes étiologiques du diabète (syphilis, traumatisme, etc.) ; diabète et grossesse.

IV. — *Les complications du diabète* : Les petits accidents nerveux ; les accidents oculaires ; les accidents cutanés : furoncles, anthrax, diabétides ; les accidents cardio-vasculaires : le collapsus cardiaque ; les gangrènes diabétiques ; le coma diabétique ; tuberculose et diabète.

V. — *La thérapeutique du diabète* : Le régime de Bouchardat et les régimes équilibrés ; l'insuline : propriétés et modes d'action ; les traitements chimiques et hydrologiques ; les succédanés de l'insuline ; le traitement de fond du diabète simple et du diabète consomptif ; les résultats de la cure insulinique dans le traitement de fond du diabète consomptif ; l'insulino-résistance ; traitement du coma diabétique ; les accidents dus à l'insuline et le coma insulinique ; diabète et chirurgie ; l'avenir du diabétique.

Exercices pratiques, sous la direction du docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire. — Les auditeurs seront invités par petits groupes aux méthodes récentes de laboratoire concernant les recherches utiles dans l'étude et dans le traitement du diabète : la recherche et le dosage des sucres urinaires ; le dosage du sucre sanguin et les épreuves d'hyperglycémie provoquée ; le *p*H et la réserve alcaline ; la recherche et le dosage de l'acétone, de l'acide diacétique et de l'acide B-oxybutyrique ; le métabolisme basal ; étude des lésions anatomo-pathologiques au cours du diabète, etc. Visite quotidienne dans les salles, et présentation de malades diabétiques par le professeur Rathery.

Un diplôme sera délivré aux auditeurs à l'issue du cours.
Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions sont reçues à la Faculté de Médecine :

— Soit au Secrétariat de la Faculté (Guichet N° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures ;

— Soit à l'A. D. R. M. (Salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 heures et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).
Le cours n'aura lieu que si le nombre des inscrits n'est pas inférieur à dix.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 80. — MERCREDI 5 OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — En raison des circonstances actuelles, M. le Directeur général a décidé, par arrêté en date du 29 septembre, approuvé par M. le Préfet de la Seine, de reporter aux 12, 13 et 14 décembre 1938 les dates des épreuves écrites du concours de l'internat en médecine.

La première épreuve aura donc lieu le lundi 12 décembre, à 9 heures du matin, au Parc des Expositions de la porte de Versailles (stands 50, 51, 52).

Les candidats entreront par la porte principale du Parc (angle du boulevard Lefebvre et de l'avenue de la Porte de Versailles).

D'autre part, nous pouvons indiquer que le jury restera composé ainsi que nous l'avons fait connaître.

Le **concours de l'externat** ne sera pas retardé.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Warnery, médecin adjoint aux sanatoriums Mercier à Tronget (Allier), a été nommé médecin directeur du sanatorium François-Mercier à Tronget.

Faculté de Médecine de Paris. — *Visite médicale pour les étudiants.* — La Faculté de Médecine organise une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les Étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins des hôpitaux et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille.

Le doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse, au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 17 octobre, au dispensaire Léon Bourgeois, 65, rue Vaneau. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

École de Médecine de Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de l'Université de Rennes s'ouvrira le mardi 28 mars 1939 devant la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

École du service de santé militaire. — *Candidats concourant à vingt inscriptions.* Sont admis à l'École du S. S. M. : MM. Chevrou, Ricaut et Courtois.

Marine. — Les concours pour des emplois de chargés de cours dans les écoles annexes de médecine navales et pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest sont reportés à une date qui sera fixée ultérieurement.

Liste des étudiants en médecine et en pharmacie nommés élèves du service de santé de la marine. — Par décision ministérielle du 26 septembre 1938, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves du service de santé de la marine à la suite du concours de 1938.

A. — LIGNE MÉDICALE.

MM. Kerrest, Rainaut, Vilain, Michel, Polier, Tapon, Bondet de la Bernardie, Noel, Pascoet, Corolleur, Carli, Belley, Rostaing, Reyjal, Lhoiry, Vola, Sockeel, Boisot, Merle, Cloatre, Petrique, Navaranne, Rieunier, Simon, Garin, Ancey, Martin, Milin, Roux, Bauquin, Dumoulin, Coudreau, Laboureur, Fargis, Delegue, Torrenti, Jubin, Caillard, Dusseau, Berthelot, Nouvel, Viale, Chartres, Curet, Pely, Paris, Le Filliatre, Mazaud, Vincent, Vialard.

B. — LIGNE PHARMACEUTIQUE ET CHIMIQUE.

MM. Dufau-Casanabe, Theveneau, Simonneau, Douillard, Le Strat, Biergeon, Brun, Lautier, Gouézec, Soula.

Congrès et cérémonies ajournés. — En raison des événements, plusieurs congrès qui devaient avoir lieu au début d'octobre sont ajournés à des dates qui seront fixées ultérieurement.

Ce sont : Le *XLVIIe Congrès français de Chirurgie*, le *Congrès français d'Urologie*, le *Congrès français d'Orthopédie et de Traumatologie*, le *IVe Congrès des Médecins électro-radiologistes de langue française*, le *Xe Congrès français de Stomatologie*, le *Congrès français d'Hygiène*. Le *Xe Congrès des Pédiatres de langue française* et les *Journées médicales franco-yougoslaves*.

D'autre part, la remise de la *médaille du professeur Ombrédanne*, qui devait avoir lieu le 6 octobre, est également ajournée.

La répression du colportage de l'opium. — Le *Journal Officiel* du 22 septembre 1938 publie un décret relatif aux règles de répression de la détention, du colportage ou de la cession de l'opium autre que celui de la régie en Indochine.

COURS

Clinique médicale des enfants. — *Cours d'hygiène infantile scolaire et d'éducation physique.* — Ce cours est donné sous la direction du professeur Nobecourt et du docteur Marcel Maillet, ancien chef de clinique. Il s'adresse aux personnes possédant déjà le diplôme d'État et désirant se spécialiser aux institutrices et aux jeunes filles trop jeunes pour entrer dans les écoles préparant aux diplômes d'État. Ce cours de perfectionnement et de spécialisation ne donne *aucun des droits conférés par le diplôme d'État.*

Les cours théoriques ont lieu à la clinique médicale des enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades, les mercredis et vendredis, de 17 à 19 heures.

Les stages pratiques ont lieu le matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et l'après-midi, dans les squares d'enfants et œuvres de l'enfance. Sont admises à s'inscrire les jeunes filles et femmes françaises et étrangères âgées de 17 ans au moins. Un certificat peut être délivré à la fin du cours, après examen. Pour les inscriptions, s'adresser à Mme Gamble, directrice, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres Paris (15e), à partir du 1er octobre. Pour être assistante d'hygiène scolaire, il faut posséder un diplôme scolaire (minimum, brevet élémentaire) et un diplôme d'État de visiteuse d'hygiène de l'enfance. Pour s'inscrire dans une école préparant au diplôme d'État, il vaut avoir 19 ans révolus.

Laboratoire de chimie médicale. — Cours de perfectionnement, sous la direction de M. le professeur Polonovski, et avec la collaboration de MM. Szent-Gyorgyi, Bigwood, Baudouin, Florence, Lemoigne, Roche, Fleury, Machebœuf, Sannie.

Un deuxième cours de perfectionnement de biochimie médicale aura lieu à la Faculté de Médecine de Paris, dans le service du professeur Polonovski, du 10 octobre au 15 novembre.

Ce cours comprendra :

1° Une série de 15 séances de travaux pratiques en grande partie renouvelés sur le cours de l'an dernier ;

2° Un enseignement systématique des notions fondamentales de biochimie médicale en 10 cours ;

3° 12 conférences sur des sujets d'actualité biochimique intéressant la médecine.

Les séances de manipulation sont exclusivement réservées aux personnes régulièrement inscrites.

Sont admis à l'inscription (Secrétariat de la Faculté de Médecine, Guichet N° 4, de 14 à 16 heures), les docteurs en médecine et les étudiants ayant terminé leur scolarité. Droit d'inscription : 250 francs.

Les internes des hôpitaux sont dispensés du droit d'inscription et s'inscrivent directement au laboratoire, de 9 h. 30 à 12 heures, et de 14 heures à 18 heures.

RENSEIGNEMENTS

ABCÈS MESOCŒLIAQUES D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Par M. Ch. LANGRAND,
Ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph, de Paris.

Les formes cliniques de l'appendicite sont extrêmement variables ; malgré la fréquence de cette affection le diagnostic en est parfois difficile, précisément à cause de la multiplicité des aspects qu'elle peut présenter.

Ces formes cliniques s'expliquent en grande partie par le siège de l'appendice. En dehors de sa position normale ce dernier peut être rétrocœcal, pelvien, sous-hépatique, beaucoup plus rarement *mésocœliaque*.

Bérard et Vignard font remarquer à juste titre que le terme de « méso-cœliaque » n'indique pas une position nettement délimitée de l'organe : « Lorsque l'appendice se dirige en dedans, disent-ils, vers la ligne médiane, du côté de l'intestin grêle et de la grande cavité péritonéale, il peut occuper les positions les plus variables et les moins attendues. On le voit, suivant qu'il est court ou long, voisiner avec la terminaison du mésentère et de l'iléon, s'insinuer même, dans des cas très rares, entre les feuillets du mésentère, remonter vers la région ombilicale, descendre au contraire au-devant de la vessie, traverser la ligne médiane et se diriger vers la fosse iliaque gauche.

Ou bien « en passant d'abord en bas et en arrière, au niveau du promontoire ou même de la symphyse, au-dessous de la masse grêle, l'appendice gagne la fosse iliaque gauche, en sorte que sauf disposition anormale du cœcum, ou longueur considérable de l'organe, l'appendicite à gauche ne doit être considérée que comme la variété la plus lointaine de l'appendicite mésocœliaque ».

On comprend, dès lors, que le tableau clinique ne soit jamais uniforme. Il varie suivant le siège exact de l'appendicite et surtout suivant le degré d'infection de cet organe.

Très souvent l'appendicite « *en plein ventre* » sera à l'origine d'une péritonite généralisée d'emblée et foudroyante, car si l'appendice présente un processus gangréneux à marche rapide, la séreuse court les plus grands risques d'être inoculée d'une façon massive avant que les anses grêles et l'épiploon aient pu limiter l'infection.

C'est dans ce cas, d'ailleurs, que des signes d'occlusion peuvent dominer le tableau et rendre difficile le diagnostic de péritonite appendiculaire. Le pronostic n'en est que plus sombre : « L'appendicite mésocœliaque, écrit Mondor, est des plus graves ; elle a un couvercle insuffisant à limiter longtemps l'infection. L'appendice est sur la ligne médiane, haut ou bas, de l'ombilic au promontoire. Quelques anses grêles sont au-devant de lui, masquant le mal, ne l'enkystant que pour peu de temps, avec de frêles barrières, exposées elles-mêmes par leur obstruction à superposer aux signes d'une appendicite, assez profondément tapie, ceux d'une occlusion à fleur de peau. Il n'y a peut-être pas de diagnostic plus malaisé parmi les formes obscures de l'appendicite ni de traitement plus complexe ».

D'autres fois l'appendicite est moins aiguë ; l'épiploon et les anses grêles arrivent à limiter l'infection. Ce sont ces cas qui déroutent le plus facilement l'observation, soit parce que le siège des symptômes et des réactions organiques n'est pas celui de l'appendicite, soit parce que ces symptômes eux-mêmes, du fait de certaines particularités, ne rappellent que de fort loin et pendant un temps très court ceux de la crise appendiculaire débutante ou confirmée.

Le diagnostic d'appendicite n'est pas fait ; on n'intervient pas, et c'est ainsi que se collectent les *abcès mésocœliaques* qui font l'objet de cette étude. Les observations n'en sont pas nombreuses. Les plus récentes sont celles de Mirizzi, Ingelrans et Minne, Bovier, Raoul Charles Monod. Celles que nous avons observées avec le Dr Pouliquen nous ont incité à revenir sur cette question difficile. Les voici in-extenso :

1re OBSERVATION. — Mme Tr... est vue pour la première fois par son médecin le 16 mars 1934. Elle était souffrante depuis huit jours mais habitant en pleine campagne elle se contentait des soins d'une infirmière bénévole. Elle n'avait pas pris sa température, mais se plaignait de douleurs abdominales sans vomissements. Dans ses antécédents, aucun signe de crises appendiculaires.

Le médecin ne la voit que le neuvième jour, il constate une tuméfaction douloureuse de la région sous-ombilicale et sans faire un diagnostic précis l'adresse au chirurgien.

A son arrivée à la clinique la température était de 39°, la malade souffrait de crises très douloureuses dans le ventre à tel point qu'elle réclamait elle-même l'intervention.

Au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, on sentait dans la profondeur une masse arrondie, volumineuse, très sensible à la palpation, pas de matité à la percussion.

On pense vaguement à un kyste suppuré, mais le siège de la tumeur était trop bas pour un kyste de l'ovaire ; en raison de la localisation médiane, on ne prononça pas le mot appendicite.

On intervient par une incision médiane sous-ombilicale et l'on tombe en péritoine libre. En écartant les anses grêles, on remarqua de suite que le péritoine supérieur bombait, soulevé de toute évidence par une collection purulente.

Une couronne de compresse fut placée pour bien protéger le péritoine et ce barrage fut bien fixé par deux valves de Doyen, enfoncées profondément.

Ne disposant malheureusement pas d'aspirateur, on fut obligé de rompre l'abcès avec une pince mousse. Du pus fétide fit irruption et fut tamponné avec soin. Il s'agissait certainement du pus appendiculaire d'après son aspect et son odeur.

Une fois la poche évacuée, les valves furent enlevées et certaines compresses trop souillées furent remplacées ; d'autres furent posées tout autour d'un gros drain central.

Les suites furent simples.

La température tomba immédiatement et la malade sortit de la clinique au bout de quatre semaines. Depuis elle se porte bien, mais se plaint encore de douleurs qui sont certainement dues à des adhérences intestinales ou à une légère éventration.

OBSERVATION II. — Mme Alexandre..., 50 ans. Consulte au cabinet du médecin le 5 août 1937 pour une douleur au niveau de la région appendiculaire. La température à ce

moment était de 38°2, la malade souffrait depuis deux ou trois jours, la pression au point de Mac-Burney était douloureuse et le diagnostic d'appendicite semblait s'imposer.

La malade refuse l'opération et rentre chez elle se soigner.

Deux jours après (le 7 août) elle appelle le médecin qui constate une tuméfaction abdominale du côté droit du ventre et une température de 39°5, il conseille de nouveau l'opération qui, cette fois, est acceptée.

La malade entre le 8 août à la clinique, à ce moment on sent très bien une masse malgré l'épaisseur de la paroi, elle est bas située et un peu trop médiane pour un abcès appendiculaire, si bien qu'à la rigueur on pourrait penser à un kyste de l'ovaire. Cependant à cause de l'évolution de la maladie on penche plutôt pour une collection appendiculaire, et on fait une incision de Jalaguier.

A l'ouverture, on tombe en péritoine libre et la masse est en dedans du coecum, si bien qu'il paraît impossible de songer à décoller ce dernier comme on aurait pu le faire pour un abcès rétro-coecal. Avec de longues valves de Doyen on écarte les anses grêles et on a l'impression d'être de suite sur l'abcès qui n'est pas rétro-péritonéal. Avec précaution et difficulté à cause de l'épaisseur de la paroi, on place une série de mèches et quand toutes les anses paraissent protégées, on rompt la collection à l'aide d'une pince mousse et un flot de pus fétide s'échappe.

Après avoir épongé, on rectifie la place des mèches en changeant les plus souillées et un gros drain est placé au centre.

Les suites sont normales, et la température descend dès le lendemain, et la malade sort le 25 août avec une plaie en bonne voie de cicatrisation.

ETUDE CLINIQUE

Ces observations nous permettent de distinguer *deux phases* dans l'étude clinique des abcès méso-coeliaques d'origine appendiculaire. La première est celle d'une appendicite qui passe inaperçue parce que la symptomatologie est anormale du fait que l'appendice est méso-cœliaque.

La seconde commence vers le dixième jour après le début des troubles observés : c'est celle de l'abcès collecté ; abcès plus ou moins profond et susceptible de siéger à une hauteur qui va du détroit supérieur à la région correspondant à l'ombilic. Plus bas il s'agit de collection pelvienne.

I. — Période de début

Les troubles fonctionnels qui marquent *la période de début* sont ceux d'une appendicite frustre. « Au point de vue clinique, écrit Bovier, je veux d'abord retenir la bénignité paradoxale de l'atteinte primitive. Dans les deux observations que j'apporte le peu de gravité du syndrome abdominal, l'absence de vomissements, le caractère sourd et diffus des douleurs, la fièvre peu élevée et surtout passagère, avaient détourné les médecins du diagnostic d'appendicite, ou plus généralement de péritonite. » A propos des observations qu'il rapporte Raoul Charles Monod écrit: « Dans l'une comme dans l'autre les signes physiques abdominaux furent nuls pendant les premiers jours. On ne songea pas à l'appendicite ou, s'il fut mis en cause, l'accusation fut trop incertaine pour que soit provoquée l'intervention chirurgicale ».

Chez une de nos malades le diagnostic d'appendicite fut fait par le médecin, mais c'est parce que la malade refusa de se faire opérer que l'affection évolua vers la formation d'un abcès méso-cœliaque. Ces cas sont heureusement rares aujourd'hui.

Bénignité, anomalie des symptômes, telles sont les deux caractéristiques de cette période de début. Bien entendu c'est déjà à ce moment qu'il faudrait penser à l'appendicite et, par le même fait, intervenir d'urgence.

Si pour une raison ou pour une autre le diagnostic n'est pas fait, les phénomènes semblent rétrocéder pendant quelques jours; mais généralement sans tarder la douleur se fait sentir à nouveau et la température monte très rapidement au-dessus de la normale. A la palpation on délimitera bientôt un plastron plus ou moins facilement suivant la profondeur de l'abcès qui est en train de se former. Il y a un peu plus d'une semaine que les premiers troubles se sont manifestés.

II. — Période d'état

A. *Abcès antérieur.* — C'est l'abcès collecté qui caractérise *la période d'état.* Il peut être très ANTÉRIEUR, situé soit un peu à droite de la ligne médiane, soit franchement sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic ou au niveau de l'hypogastre. Le premier exemple nous est fourni par une des plus anciennes observations d'appendicite, celle que publia Métivier dans le journal de médecine et de chirurgie de 1759, sur une tumeur (un abcès) située près de la région ombilicale et occasionnée par une épingle trouvée dans l'appendice vermiculaire du cœcum.

Schwartz, à la séance de la Société de Chirurgie du 25 juillet 1904, communiqua l'observation d'un jeune homme de vingt ans chez lequel en l'espace de dix ans était apparu, à la suite de crises douloureuses, un abcès qui par trois fois a été ouvert à deux travers du doigt au-dessous de l'ombilic. L'opération à froid lui fit découvrir un appendice perdu au milieu des franges épiploïques adhérentes en ce point.

Gerster dans le *New-York Med. Journal* du 5 juillet 1899 attire l'attention sur les localisations hypogastriques ou sous-ombilicales basses de ces formes méso-cœliaques, par une observation dans laquelle l'abcès était formé dans l'espace de Retzius, et s'accompagnait de crises vésicales si vives que le chirurgien redouta, à un moment donné, son ouverture dans la vessie. Ces abcès donnent l'impression d'une vessie distendue et qui bombe sous les doigts, illusion d'autant plus plausible qu'il n'est pas rare d'assister au cours d'une crise appendiculaire de siège normal, à des phénomènes de parésie vésicale qui obligent à recourir au cathétérisme. Sous la poussée envahissante de la suppuration, la cavité prévésicale peut servir de poche d'expansion du pus : ainsi se forment des abcès *pré et périvésicaux* dont l'ouverture s'impose et dont l'origine peut paraître douteuse, faute de la preuve que constituerait la découverte souvent fort difficile de l'appendice plus profondément situé.

Tuffier, dans les *Cliniques de l'Hôpital Beaujon*, en 1894, en a rapporté un cas typique.

Ces abcès sous-ombilicaux paramédians ou hypogastriques sont susceptibles d'envahir les plans superfi-

ciels au point d'en imposer pour des abcès primitifs des parois abdominales, de la gaine des droits et de la cavité de Retzius. Bérard et Vignard rapportent une observation d'appendicite mésocœliaque ayant provoqué une collection sous-aponévrotique de la paroi abdominale. Brun, dans la *Presse Médicale* de juillet 1896, cite une observation d'abcès d'origine appendiculaire développée dans la cavité de Retzius.

Bien entendu, tout donne à penser que si la collection purulente est antérieure les signes d'appendicite au début doivent être évidents. Les observations que nous citons sont anciennes : elles datent d'une époque à laquelle bien des praticiens ne connaissaient pas beaucoup l'appendicite et où l'intervention urgente n'était pas considérée nécessaire.

Cependant le docteur de la Marnierre a eu l'occasion d'en rencontrer un cas il y a quelques années dans les circonstances suivantes :

Un médecin très averti est appelé le 2 avril 1935 pour voir un enfant de 13 ans qui vomit et souffre dans le ventre. A la palpation on ne révèle de la douleur que dans la fosse iliaque gauche. A cause du siège anormal de la douleur le médecin élimine le diagnostic appendicite.

Une semaine après il est appelé de nouveau parce que la douleur persiste et que le malade fait de la fièvre. Il constate alors la présence d'un plastron médian sous-ombilical. Une tuméfaction douloureuse se précise un peu à la fois et qui présente tous les signes d'un abcès.

Au toucher rectal on ne sent pas l'abcès bomber dans le rectum.

Le 18 avril, seize jours après les premiers troubles, l'intervention est décidée. On fait une incision médiane sous-ombilicale qui donne accès à du pus fétide présentant tous les caractères du pus appendiculaire.

A la suite du drainage le malade guérit assez rapidement.

B. *Abcès profonds.* — Les abcès qui ont été décrits dans les observations que nous citons plus haut sont *profonds*, plus ou moins médians, masqués par des anses intestinales et de l'épiploon qui donnent à la palpation l'impression de collections purulentes plus abondantes qu'elles ne sont en réalité. La délimitation n'en est pas nette, d'autant moins qu'il existe souvent une contracture musculaire très marquée. Comme nous l'avons dit le siège en est variable : il est parfois péri-ombilical comme dans le premier cas observé par Monod. Il peut être bas-situé et alors seulement on peut sentir à bout de doigt, par le toucher rectal ou vaginal, la face inférieure de l'abcès. En réalité dans ce cas l'abcès est pelvien en partie ; l'abcès méso-cœliaque proprement dit ne peut pas être senti par le toucher rectal ou vaginal.

III. — Evolution

La tendance de l'abcès est de s'ouvrir soit en péritoine libre soit dans l'intestin ; mais on ne peut compter sur cette dernière éventualité et l'intervention est indiquée.

Cette intervention n'amène pas toujours la guérison : le malade est trop fatigué, trop infecté. Parfois l'embolie peut survenir comme dans le premier cas rapporté par Bovier. Ce dernier signale également dans sa deuxième observation une phlébite de la jambe droite au deuxième jour après l'opération.

Mirizzi fit l'autopsie de son premier malade et constata que « les vaisseaux mésentériques étaient entourés du pus et *thrombosés* jusqu'à la hauteur du colon transvers ».

Cette tendance à la thrombose des vaisseaux en contact avec un foyer infecté n'a pas à nous étonner, mais elle semble être particulièrement fréquente dans ces cas d'abcès méso-cœliaques.

DIAGNOSTIC

Cette étude clinique, quoique sommaire, permet de se rendre compte de la difficulté du diagnostic.

Nous ne reviendrons pas beaucoup sur la *période du début* où l'on pense surtout à des troubles gastro-intestinaux banaux. Quand on soupçonne une appendicite chez un sujet qui vomit et souffre dans le ventre il faut savoir chercher un point douloureux en dedans du point de Mac Burney. Cette douleur provoquée, même si elle siège dans la région sous-ombilicale, devra faire penser à l'appendicite. Hélas ! il y a des cas où la palpation du ventre ne révèle rien de particulier.

La période d'état à elle seule pose de nombreux problèmes : c'est tout d'abord le diagnostic de collection purulente qu'il faut établir. La douleur et la défense musculaire d'une part, la température d'autre part en sont les signes les plus importants. La numération globulaire peut être utile dans les cas difficiles.

Le *siège de l'abcès* n'est pas toujours facile à préciser non plus. La palpation est le premier moyen d'investigation ; mais si le malade se défend ou si la paroi abdominale est épaisse le problème est délicat.

Le toucher rectal ou vaginal doit toujours être fait.

La percussion permet de dire si un abcès est antérieur ou profond, suivant qu'on trouve de la sonorité ou de la matité.

Lauret et Westerborn préconisent l'examen radiographique dans les cas épineux. A plusieurs reprises ils auraient reconnu le siège de l'abcès grâce à l'écran.

Pour faire le *diagnostic étiologique* de la lésion il faut surtout se baser sur les antécédents. La douleur dans le ventre, les vomissements survenus une dizaine de jours ou davantage avant la constatation de la collection doivent faire penser à l'origine appendiculaire.

Cependant, chez la femme il sera difficile d'éliminer le diagnostic de kyste suppuré de l'ovaire : Bovier y pensait dans le premier cas qu'il signalait ainsi que Pouliquen dans la première observation rapportée plus haut.

Chez l'enfant et surtout chez la fillette on peut penser à la péritonite enkystée à pneumocoques ; mais alors les antécédents ne sont plus les mêmes du tout. La péritonite enkystée succède à une phase de péritonite diffuse tout à fait caractéristique.

L'abcès périsigmoïdien et surtout l'abcès secondaire à un cancer de l'intestin sera le plus difficile à distinguer si son siège est médian. Ici encore ce sont les antécédents et les troubles concomitants qui devront

orienter le diagnostic. D'ailleurs dans l'un comme dans l'autre cas l'intervention chirurgicale est toute indiquée.

TRAITEMENT

Il est certainement indiqué de parler de *traitement préventif* de l'abcès mésocœliaque d'origine appendiculaire. Ce traitement consiste à reconnaître la crise d'appendicite qui peut être à l'origine d'un abcès et à procéder d'urgence à l'appendicectomie. Nous avons insisté suffisamment sur les difficultés du diagnostic à cette période du début pour qu'il soit utile d'y revenir. Ce qui importe c'est que le médecin soit prévenu de l'existence de cette appendicite à symptomatologie fruste et anormale et que si quelques troubles fonctionnels tels que vomissement, légère température, douleur vague dans le ventre se manifestent en même temps, il n'hésite à conseiller l'intervention *même si le siège de la douleur à la palpation est presque médian.*

Ce que nous avons surtout à envisager c'est le traitement de *l'abcès collecté* et diagnostiqué. Nous disons abcès collecté car il faut attendre que l'abcès soit collecté pour intervenir. Le médecin qui a vu un malade pour lequel il a pensé à de simples troubles gastro-intestinaux et qui est appelé à nouveau une semaine après parce que le patient souffre davantage, présente une température très élevée et a vomi une ou plusieurs fois, ce médecin s'il constate une défense musculaire, une rénitence plus ou moins médiane et profonde, pensera tout de suite à un plastron appendiculaire et dans ce cas comme dans les autres il devra se comporter de la même façon : diète hydrique, glace sur le ventre, surveillance attentive.

A ce moment les phénomènes peuvent encore rétrocéder et le plastron disparaître ; mais les troubles peuvent également augmenter et traduire la formation de l'abcès. Même alors il ne faut pas se précipiter pour intervenir ; la température d'ailleurs sera le principal guide du chirurgien.

Bien entendu il est difficile de préciser la date optima pour intervenir : tous les cas sont des cas d'espèce et c'est au chirurgien de savoir attendre suffisamment que l'abcès soit collecté et de ne pas différer trop longtemps l'opération afin que le malade ne soit pas trop fatigué. Encore une fois il est impossible de donner une règle fixe en cette matière.

D'ailleurs, souvent, le médecin et par le fait même le chirurgien seront appelés à voir le malade assez tardivement. Le malade est fatigué, la température est élevée et oscillante, on sent et on délimite plus ou moins bien une masse abdominale suppurée. Le diagnostic de collection infectée est assez facile à faire ; celui de l'étiologie est beaucoup plus difficile à établir.

Quoiqu'il en soit l'intervention est indiquée et c'est ici qu'il faut envisager différents cas. Le plus facile est celui de *l'abcès antérieur*. A l'anesthésie locale ou bien avec un peu d'évipan il est facile d'ouvrir cet abcès dont le pus fétide signera l'origine appendiculaire. Il suffira de mettre un drain ou une mèche car l'appendicectomie n'est pas à envisager à ce moment.

Si l'abcès est bien collecté le pronostic est favorable. quelques mois plus tard il vaudra mieux rechercher ce qui reste d'appendice car nous avons cité des cas où le moignon appendiculaire a été à l'origine d'autres abcès.

La question du traitement de l'*abcès profond* est plus complexe. Deux principes doivent dominer la conduite à suivre : 1) aller à l'abcès par le plus court chemin ; 2) éviter d'infecter le péritoine libre.

Dans les deux cas qu'il rapporte Mirizzi a pratiqué une incision de Jalaguier, ce qui l'a conduit en péritoine libre. Dans le premier cas, il a ouvert l'abcès à travers le mésentère dans un point avasculaire ; la protection réalisée par les compresses de gaze a permis d'éviter la contamination du péritoine. Mais Mirizzi ajoute qu'il a vu des chirurgiens expérimentés perdre leur malade pour avoir ouvert des abcès postérieurs à travers la cavité péritonéale libre en la défendant au moyen d'une barrière de gaze.

L'ouverture de l'abcès n'a pas suffi à éviter l'issue fatale ; le malade était dans un état grave et présentait une thrombo-phlébite mésentérique.

L'autopsie a montré qu'il y avait une fusée purulente autour des vaisseaux mésentériques et près de 100 cent. cubes de pus de rétention.

Dans le deuxième cas, les symptômes furent moins alarmants, Mirizzi a eu recours à une ouverture en deux temps : il a d'abord provoqué des adhérences par un tamponnement et a ouvert l'abcès le lendemain en dissociant au doigt les adhérences sous l'iléon ; cette technique a été couronnée de succès et le malade a guéri.

A propos de ces observations, Pierre Mocquot, qui était rapporteur, dit que l'incision de Jalaguier utilisée par Mirizzi n'est pas celle à laquelle il aurait donné la préférence. « Elle a conduit dans les deux cas en péritoine libre : il a ouvert le premier abcès à travers le mésentère et le second en décollant l'iléon...

...« Je préférerais faire une incision très externe et même postérieure, comme l'incision recommandée par Lecène, et aborder l'abcès par la voie sous et rétrocœcale ; je ne comprends pas bien pourquoi elle apparaît à notre confrère si dangereuse et je crois qu'elle aurait permis de réaliser, sans risquer de contaminer la grande cavité, un meilleur drainage de l'abcès. »

Mais précisément Bovier, dans ses deux observations dit qu'il a essayé en vain le décollement rétrocœcal « poussé très loin » et qu'il a dû abandonner cette voie parce qu'il avait l'impression qu'il s'éloignait du foyer : ce qui prouve qu'elle n'est pas toujours possible.

Elle n'est pas toujours sans danger non plus : la première fois que Pouliquen a rencontré un pareil abcès il a essayé également la voie rétrocœcale après incision externe. Comme il décollait le cœcum de la paroi postérieure il eut brusquement l'impression que l'abcès s'ouvrait dans la cavité péritonéale : un bruit particulier, presque une sensation tactile ne pouvaient que traduire cet accident. Il ne trouva un peu de pus qu'après avoir été plus loin derrière le péritoine. La malade mourut une dizaine d'heures après avec un syndrome d'intoxication suraiguë.

Par contre Raoul Charles Monod, dans sa deuxième observation, ayant découvert l'abcès en dedans du

colon ascendant par laparotomie latérale droite, referme l'incision le plus haut possible, glisse deux petits champs tétra devant le colon dans la partie haute de l'incision puis incise l'abcès par voie rétrocolique. Le malade guérit.

Dans les deux cas que nous rapportons l'intervention se fit en un temps et à travers le péritoine libre. Bien entendu la cavité péritonéale fut soigneusement protégée à l'aide de compresses et de valves de Doyen: ce temps est capital ; mais Pouliquen s'efforça aussi d'éponger le pus au fur et à mesure qu'il apparaissait. Dans le premier cas l'abcès était rétropéritonéal et la ponction eut été très facile. Très aisément on aurait pu vider l'abcès avec une seringue ou un aspirateur et un gros trocard. La cavité péritonéale n'aurait pas été souillée du tout.

Ingelrans et Minne ont publié une observation d'un malade chez lequel, ayant préalablement ouvert le péritoine, ils constatèrent que la cavité péritonéale était libre et que la collection sous-jacente aux anses grêles se prolongeait vers la fosse iliaque gauche et le promontoire. Sagement ils n'insistèrent pas mais ayant fermé le ventre ils incisèrent l'abcès qu'ils purent aborder par le rectum.

Il est certain que dans ce dernier cas l'abcès était pelvien en partie ; alors le traitement est moins complexe que pour les abcès mésocœliaques proprement dits pour lesquels il n'est pas possible de draîner par voie rectale.

Notons cependant qu'il est indispensable de faire le toucher rectal ou vaginal pour établir le diagnostic.

On croit à un abcès mésocœliaque, mais parfois on aura la surprise de sentir la paroi antérieure du rectum bomber et s'offrir à l'opérateur.

Mais nous envisageons le cas où l'abcès semble médian ou paramédian. Faut-il comme le conseille Mocquot, faire une incision très externe et même postérieure et aborder l'abcès par la voie sous et rétrocœcale de telle façon qu'on reste en dehors du péritoine ? Nous ne le croyons pas, et cela pour plusieurs raisons. D'abord on n'est jamais sûr du diagnostic. Ensuite elle n'est pas toujours possible : Bovier l'a essayée deux fois et en vain. Enfin elle n'est pas toujours sans danger : nous avons vu que la première fois que Pouliquen a suivi cette ligne de conduite l'abcès s'était rompu en péritoine libre. Il est possible qu'il s'agisse là d'une exception, mais cependant il est permis de se demander si le danger de rompre des adhérences providentielles n'existe pas.

Par conséquent, à notre avis, une seule ligne de conduite s'impose : la laparotomie. Elle seule permet de vérifier le diagnostic et de préciser exactement le siège de l'abcès. Nous ne supposerons pas qu'il bombe dans le Douglas puisque le toucher rectal ou vaginal a dû être fait.

Si la collection s'est développée très en dehors, jusque derrière le cœcum, il faut agir comme pour l'abcès rétrocœcal. On referme le péritoine et on fait une incision externe sus-iliaque, comme le préconisait Lecène.

Si au contraire on constate que l'abcès est bien mésocœliaque le drainage transpéritonéal est seul possible.

Nous avons dit comment Pouliquen, après avoir protégé le péritoine à défaut de ponction, s'efforça d'éponger le pus au fur et à mesure qu'il sortait de l'abcès. Ces détails de technique nous semblent très importants et c'est pourquoi nous y revenons.

Il peut se faire en deux temps :

Raoul Charles Monod qui ouvrit simplement l'abcès après avoir protégé la grande cavité péritonéale avec de grandes compresses, écrit : j'ai certainement eu tort. Si même j'avais hésité à aborder la collection après fermeture du péritoine à cause de son siège très élevé et difficilement accessible par voie rétro-péritonéale, j'aurais mieux fait en tout cas de ne pas l'ouvrir d'emblée et de suivre la conduite que préconisait le professeur E. Quenu, d'établir au contact de l'abcès un drainage d'appel, l'abcès n'étant ouvert que 48 heures plus tard. C'est ce que fit avec succès Mirizzi et nous croyons que cette façon de procéder est à conseiller quand elle est possible.

Il ne faut pas croire pour cela que le drainage en un temps est voué à l'échec. Dans les deux observations que nous reportons la guérison s'en est suivie. Ce qui importe c'est de bien protéger le péritoine et d'aspirer ou d'éponger le pus au fur et à mesure de son apparition. On comprend, en effet, combien il est important de souiller le moins possible la cavité péritonéale.

Cette ouverture d'abcès par voie abdominale et transpéritonéale n'est pas conseillée pour la première fois. J. L. Faure l'a préconisée déjà pour les collections hautes d'origine annexielle qu'il n'est pas possible d'ouvrir par le vagin. C'est du terme suggestif mais impropre de « colpotomie haute » qu'il caractérisa cette voie d'abord. Il n'y a aucun motif de l'employer ici puisqu'il s'agit de collections qui normalement sont abdominales.

BIBLIOGRAPHIE

Bérard et Vignard. L'appendicite, étude clinique. Masson et Cie, 1914.

Bovier. Deux cas d'abcès méso-coeliaques probablement d'origine appendiculaire. *Bull. et Mém. de la Société des chirurgiens de Paris*, février 1937.

Broca (Aug.). *Bull. Méd.*, 1901, n° 51, p. 589.

Fischer. *Sammlung Klin. Vortsäge*, janv. 1894.

Gayet. *Soc. Chirurgie Lyon*, 1912.

Gérard Marchand. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1895, page 495.

Gerster A. G. Essay upon the classification of the var, forms of append. and pérityphl. absc. with praticai conclusions. *N. Y. Med. Journ.*, 1890, t. LII, p. 6.

Gillepsie. *Bull. Méd.*, 6 avril 1912.

Igelrans et Minne. Abcès méso-coeliaque d'origine appendiculaire. *Nord Médical*, 1er janvier 1930, p. 17.

Jalaguier. Article : appendicite in Traité de Path ext. Dupla et Reclus, Masson et Cie, 1898, t. VI, p. 601.

Kirmisson. Variétés de siège de l'appendice. Appendicite limitée aux règles du mésentère. *Bull. Méd.*, 1904, n° 59, p. 680.

Lauret et Westerborn. Conribution au radiodiagnostic des collections intra-péritonéales enkystées. *Archiv. für Klin. chir.*, t. CXLVII, f. 3, 15 oct. 1927, p. 593.

Lecène et Leriche. *Thérapeutique chirurgicale.* Masson et Cie, 1926, p. 218.

Métivier. *Journ. de Méd. et de Chir.*, 1759.

VON MEYER. Ein seltener Fall von akuter Enrzündung des Wurmfortsatzes und dadurch Incarceration des Dünndarms Beitr. für klin. Chir. 1902, t. XXXIV, p. 85, résumé in Lejars, *Sem. Méd.*, 28 févr. 1903 : Les formes frustes de l'iléus.

R. MICHEL-BÉCHET et A. MONTAGNIER. A propos des abcès appendiculaires. *Cahiers de pratique méd. chirugicale*, nov.-déc. 1930, p. 340.

MIRIZZI. Sur deux cas d'abcès méso-coeliaques. Rapport P. Mocquot. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, p. 1180, 1928.

MOCQUOT (Pierre). Les abcès gazeux de l'abdomen. *Bull. Méd.*, 5 mars 1932, p. 167.
Méd., 5 mars 1932, p. 167.
MONDOR. *Diagnostics urgents.* Masson et Cie, 1930, p. 149.

CH. MONOD et J. VANVERTS. L'appendicite, Masson et Cie, 1897.

R.-CH. MONOD. Appendicite mésocoeliaque. *Phare médical de Paris*, janvier 1938.

PIARD. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1890.

ROUTIER. Appendice inclus dans le mésentère, ablation, guérison. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1903, p. 377.

SCHARTZ (Ed.). Appendicite à rechutes. Trois abcès sous-ombilicaux. Extirpation de l'appendicite pendant une période de calme. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1903, p. 377.

TUFFIER. Abcès de la cavité de Retzius. Clin. de l'Hôpital Beaujon, 1894.

VAUTRIN. Des appendicites anormales. *Journ. de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1898, t. II, p. 53.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE LA COQUELUCHE (1)

par M. L. BABONNEIX,
Médecin du Service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

Il peut être *externe* ou *interne*.

Traitement externe. — Il utilise surtout :

I. — Les *inhalations*, soit de quinoléine, soit d'oxygène, soit d'ozone.

La *quinoléine* (E. Weill, de Lyon) est utilisée aux doses de XX à XXX gouttes dans 100 cm³ d'eau, à faire bouillir trois ou quatre fois par jour, vingt minutes de suite, dans la pièce où les coquelucheux sont réunis. Cette substance, dérivée de la houille, paraît agir comme antiseptique des voies aériennes et semble prévenir l'infection broncho-pulmonaire (E. Weill et M. Péhu).

L'*oxygène à doses massives*, surtout indiqué dans les cas d'hypercoqueluche apparue chez les sujets trop jeunes pour pouvoir absorber *per os* les médicaments nécessaires et chez ceux qui sont en proie à une dyspnée continuelle (E. Weill et G. Mouriquand). Il n'en faut pas moins de 300 à 400 litres par jour : on fera respirer, de demi-heure en demi-heure, sauf pendant le sommeil, cinq minutes de suite, 15 à 20 litres au moyen d'un entonnoir en verre placé à 1 cm. de la bouche. Sous l'influence de cette médication, la dyspnée diminue, l'appétit augmente, les menaces de broncho-pneumonie s'éloignent. On a préconisé aussi les injections sous-cutanées du même produit.

L'*ozone* (Hellet, A. Caillé de New-York, 1892 ; Derecq, Labbé et Oudin, 1895 ; Doumer, Delherm, etc.). Pour ce dernier auteur, qui a consacré à ce sujet un important mémoire des *Archives de médecine des enfants*, 1902, p. 256-280, l'ozone est doué d'un pouvoir antispasmodique très marqué qui le rend particulièrement utile dans la coqueluche, à condition qu'on ne l'emploie qu'à la période des quintes, à la dose moyenne de 3 à 4 inhalations de 10 minutes chacune par 24 heures. Il abaisse rapidement leur nombre, en atténue l'intensité, diminue la cyanose et exerce une action très favorable sur la maladie à condition qu'on en prolonge l'application au moins une quinzaine.

II. — Les *injections intra-musculaires d'éther* (Audrain, de Caen) : 1 cm³ par injection au-dessous de 10 mois, 2 à partir de la deuxième année. L'injection est répétée tous les deux jours. Pour MM. E. Weill et Dufourt, les résultats sont rapides et nets : diminution du nombre et de la durée des quintes dès la quatrième injection. Il est inutile d'aller au delà de la huitième. Genoese (de Rome), Cervera, Vacereza et Inda (de Buenos-Aires), Milio, partagent cette opinion favorable, tandis que, pour Auricchio, cette méthode semble inférieure à la vaccinothérapie.

Traitement interne. — Il utilise surtout :

Les plus importants sont, par ordre alphabétique :

L'*aconit*, prescrit à peu près uniquement sous forme de teinture de racines au 1/10 (Codex, 1906, figure au tableau A) et dosé de telle sorte que 1 g. égale LVII gouttes, égale cinq dixièmes de milligramme d'aconitine, X gouttes sont environ un dixième de milligramme de cet alcaloïde.

Médicament *très toxique*, l'aconit ne doit être prescrit que chez des enfants au-dessus de 6 ans, à toutes petites doses, et, autant que possible, associé à un autre antispasmodique d'action soit moins : drosera, grindelia, soit aussi énergique : belladone.

L'*adrénaline*, sous forme de solution aqueuse de chlorhydrate au millième (Codex) (Pletcher, Dumont, de Guéret) : 11 gouttes par la bouche toutes les trois heures au-dessous de trois ans, trois, de 3 à 7 ans, quatre de 7 à 14 ans ; augmenter de 1 goutte par jour si les résultats ne sont pas nets.

L'aethone, orthoformiate d'éthyle rendu soluble et stable, qu'on prescrit par gouttes, dans un peu d'eau sucrée, au moment de son emploi. Il est peu toxique. Les doses moyennes sont de X à XX gouttes de un à deux ans, de XV à XXX gouttes au-dessus de deux ans.

L'*antipyrine*, en paquets ou en potion, mais qui est parfois mal supportée, provoquant des érythèmes ou de l'oligurie.

Paquets

Antipyrine : cinq centigrammes.
Pour un paquet n° 20.
(Provision)

D'un à deux par jour jusqu'à un an.
De deux à quatre par jour d'un à deux ans.
De quatre à six par jour de deux à cinq ans.

Potion

Antipyrine : cinquante centigrammes.
Sirop de menthe : 100 cm³.
M.
0 g. 05 par cuillerée à dessert.

La *belladone*, qu'on utilise surtout sous forme de teinture de feuilles au 1/10 (figure au tableau C), qui contient 0 gr. 05 d'alcaloïdes pour cent, LVI gouttes = 1 g., et de sirop (au dixième; de teinture (figure au tableau C) qui renferme 0 g. 60 (XXXIV gouttes) de teinture par cuillerée à café.

Les doses sont : pour la teinture : de I (jeunes enfants) à V gouttes, à doses réfractées, et sous surveillance, le mé-

(1) Cf. L. BABONNEIX, *Thérapeutique infantile*, Paris, 1932, in-18, p. 309. — E. WEILL et PEHU, Coqueluche, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Paris, 1923, in-18, page 370.

dicament étant *très toxique ;* pour le sirop : une cuillerée à café dans une potion de 60 g.

Les préparations de belladone ne seront prescrites qu'à des enfants au-dessus de six ans.

Mixture

Teinture d'aconit : ââ 2 g.
Teinture de belladone : ââ 2 g.
M. (Provision)

Par deux gouttes, toutes les huit heures, dans un peu d'eau sucrée.

Le *bromoforme* (Stepp, Marfan) (Codex, *figure au tableau A*) : on en donne de I à IV gouttes par année d'âge, jusqu'à concurrence de XX gouttes par jour, sous forme d'émulsion. On peut aussi s'adresser au sirop de bromoforme du Codex, dont 20 g. renferme 0 g. 10 de produit. Son administration doit être très surveillée. le bromoforme étant souvent mal toléré.

Le *bromure de potassium*, aux doses de 0 g. 50 à 1 g. par jour, selon l'âge, en sirop.

Le *café vert* (L. Mercier, de Montluçon), excellent préventif de la broncho-pneumonie.

Potion

Décocté vert à 5 % : 60 g.
Sirop de menthe : 60 g.
M.

A prendre par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

La *drosera rotundifolia* (Codex) dont on utilise uniquement la teinture (Codex) au 1/5 (1 g. = LIV gouttes : X gouttes par année... et même plus. Si l'on veut obtenir quelque effet de la drosera, ces doses doivent être décuplées (Barth, P. Lereboullet, Sigard).

L'*éphédrine*, par voie bucale, aux doses d'un à deux centigrammes de chlorhydrate (Dulanay, Anderson et Homan).

Le *grindelia* (Codex) qu'on emploie aussi sous forme de teinture (au 1/5) : X à XX gouttes en potion. Mêmes réflexions que pour la drosera.

Mixture

Teinture de belladone : 2 g.
Teinture de drosera : 4 g.
Teinture de grindelia : 4 g.
X gouttes contiennent II gouttes de teinture de belladone et IV gouttes des autres.

La *morphine*, sous forme de chlorhydrate, aux doses d'un quart de centigramme à un centigramme, selon l'âge, le médicament est introduit dans l'organisme par voie sous-cutanée, gastrique ou ractiale. Ce médicament, recommandé par MM. Triboulet et Boyé, a donné de bons résultats (Marfan, E. Weill et G. Mouriquand) surtout en cas de spasme glottique très marqué. Une seule contre-indication : la présence d'une albuminurie intense.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tumeurs intracraniennes, étude analytique de 2.000 tumeurs vérifiées et de leur mortalité opératoire, par Harvey Cushing, édition revue et augmentée par l'auteur, et comprenant deux études sur les résultats éloignés du traitement opératoire des tumeurs intracraniennes, par W. P. Van Wagenen (Rochester, New-York), et Hugh Cairns (Londres), traduction française de Jean Rossier (Lausanne). Un vol. de 194 pages, avec 11 figures. A Paris, chez Masson et Cie, 1937. Prix : 80 francs.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTHRITES GONOCOCCIQUES du GENOU

(sans le traitement)

(suite et fin) (1)

DIAGNOSTIC

Il paraît illusoire de détailler le diagnostic différentiel des arthrites gonococciques du genou.

Elles sont assez polymorphes, pour que toute la pathologie articulaire puisse être invoquée.

Du point de vue étiologique :

Les formes polyarticulaires soulèvent la question du rhumatisme articulaire aigu, des rhumatismes infectieux, de la maladie de Poncet.

Les monoarthrites aiguës peuvent faire discuter toutes les pyarthroses : (ostéomyélites), arthrites infectieuses banales, formes aiguës de la tuberculose du genou.

En présence d'une hydarthrose, l'infection gonococcique doit être suspectée au même titre que la syphilis, la tuberculose.

Le traumatisme invoqué ne doit pas être toujours considéré comme une explication suffisante.

Il faudrait encore énumérer tous les cas dans lesquels le diagnostic peut se poser : formes traînantes, prolongées....

Arthrites chroniques d'emblée ;

Séquelles : ankylose, raideurs...

En fait, disons que dans tous les cas, dans presque toute la pathologie articulaire, le gonocoque doit être considéré comme une cause possible. Sa découverte est le seul signe de certitude.

Il faut en conséquence rechercher cette étiologie avec soin :

Par l'interrogatoire : étude des antécédents génito-urinaires même lointains. Notion du début de l'affection articulaire, sa brusquerie parfois, son intensité douloureuse, etc...

Par l'examen complet du sujet :

Examen de l'urèthre (goutte matinale) ;

Examen de l'épididyme, de la prostate et des vésicules séminales ;

Toucher vaginal pour l'examen des annexes ;

Examen au spéculum du col utérin.

Par les examens bactériologiques :

— Localement : examen du *liquide* retiré par ponction. Examen direct et culture.

Savoir que le gonocoque disparaît assez tôt des épanchements, pour se retrancher dans les replis synoviaux.

Etude de la *cytologie* du liquide : poly altérés, hématies, cellules endothéliales. L'apparition de mononucléaires correspondrait à une évolution vers la guérison.

S'il y a lieu, il ne faut pas hésiter à faire une *biopsie* d'une frange synoviale, où le gonocoque persiste et résiste longtemps au traitement.

— Au niveau des organes génito-urinaires :

Prélèvement uréthral ou cervical ;

Examen de la goutte uréthrale après réactivation ;

Spermoculture.

— Au point de vue général :

Hémoculture s'il y a lieu ;

Séro-diagnostic ;

Réaction focale au moyen du vaccin, et surtout réaction de fixation, ou *gono-réaction.*

Savoir répéter les examens, si les premiers sont négatifs.

La radiographie n'a peut-être pas une valeur diagnostique considérable. On lui accorde cependant de plus en plus d'intérêt.

Même en dehors de toute lésion osseuse :

La visibilité du manchon capsulaire est nette au genou sur des clichés antéro-postérieurs, ou les faces latérales de la capsule sont radiographiés dans leur plus grande épaisseur ;

Normalement, le passage de l'opacité osseuse à la transparence des parties molles se fait par une zone d'ombre étendue du bord supérieur des condyles à 10 ou 15 mm. au-dessous de l'interligne.

L'infiltration périsynoviale, si caractéristique des arthrites gonococciques, se manifeste sur les clichés par un élargissement triple ou quadruple de l'ombre paracondylienne comparée à celle du côté sain.

Au point de vue ostéo-articulaire proprement dit : trois éléments sont à étudier :

1° *La situation respective des surfaces articulaires*, c'est-à-dire la fente articulaire ou l'interligne. L'écartement des surfaces est le signe d'un épanchement sans plus. Il ne renseigne ni sur sa nature, ni sur son abondance.

Le rétrécissement de la fente articulaire ou pincement de l'interligne, témoigne des altérations du cartilage.

La disparition de l'interligne présage de graves désordres ultérieurs : ankylose ou même dislocation articulaire, s'il s'y ajoute laxité ligamentaire.

Sur un profil : étudier l'écart entre rotule et condyle. Il sera très vite diminué dans les formes sévères. Il indique un des lieux où s'organisera l'ankylose (soudure fémoro-rotulienne).

2° *Les contours osseux* peuvent être seulement flous. Au début, rien de plus. Plus tard, on découvre parfois en suivant de près les contours, une lésion localisée sous-chondrique :

Soit perte de substance simple. Dentelure, cavernule, soit copeau souvent placé dans une logette, dont il épouse la forme, et dont il est séparé par un sillon. L'apparition rapide d'une telle lésion est caractéristique.

3° *La structure épiphysaire*, transparence, décalcification, ostéoporose aiguë, massive, brutale, dès le 8e, 10e jour. « L'os semble dissous ». Ces modifications diffuses et rapides seraient un critère de l'origine gonococcique.

La décalcification se manifeste d'abord à quelque distance de l'interligne, au point de soudure épiphyso diaphysaire, par disparition du cartilage de conjugaison.

On voit qu'en fait il n'existe pas radiologiquement de signe pathognomonique. Aussi bien, l'os a des réactions peu variées et répond d'une manière uniforme aux infections les plus diverses.

Sans doute, le gonocoque détruit comme la tuberculose, construit comme la syphilis, mais ce qu'il fait, il le fait vite.

La rapidité de l'évolution. La destruction qui se précipite, la construction accélérée sont les caractères les meilleurs des arthrites gonococciques.

La radiographie apporte donc un appui certain au diagnostic et peut à côté du rôle de surveillance, de contrôle qui est le principal, jouer parfois le rôle de dénonciateur.

Au total cependant, ni la bactériologie, ni la radiologie, ni les examens complémentaires quels qu'ils soient, ne doivent faire oublier le rôle prépondérant du clinicien.

C'est à lui qu'il revient de dépister au plus tôt une infection qui peut être si grave de conséquences fonctionnelles et même vitales et porter un diagnostic précis, pour prescrire un traitement spécifique

JACQUES REIGNIER.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, p. 1213, n° 76 et p. 1245, n° 78.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 81. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — En raison des circonstances actuelles, M. le directeur général de l'Assistance publique a décidé :

1° De reporter du 17 octobre au 3 novembre 1938, la date des *mutations semestrielles des internes en médecine.*

En conséquence, les séances de répartition des élèves internes dans les services hospitaliers pour le deuxième semestre 1938 auront lieu aux dates suivantes : à la salle des concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole : le 26 octobre à 15 heures, pour les internes de 1re année ; le 27 octobre à 15 heures pour les externes en premier.

2° De reporter du 1er au 10 novembre la date des *mutations semestrielles des externes des hôpitaux.*

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Jury : MM. Béliard, Darcissac, Dechaume, Crocquefer, Thibault, Michon (Louis), Bénard (Henri).

Censeurs : Mme Papillon-Léage ; MM. Friez, Omnès.

Lecteurs : MM. Cauhepé, Hénault, Lebourg.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Calvet, médecin directeur du sanatorium de la Meynardie (Dordogne), a été mis en disponibilité, sur sa demande.

M. le docteur Thomson, médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère), a été nommé médecin directeur du sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

M. le docteur Rauzier, médecin adjoint au sanatorium de la Guiche, a été nommé médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

M. le docteur Gautheron a été nommé médecin adjoint au sanatorium départemental de la Guiche (Saône-et-Loire).

M. le docteur Palliès a été nommé médecin adjoint aux sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain).

Faculté de Médecine de Paris. — M. E. BIGWOOD, professeur à l'Université de Bruxelles, fera une conférence sur *Les méthodes objectives d'appréciation des états de précarence inapparente*, le vendredi 14 octobre 1938, à 18 heures, à l'amphithéâtre du Laboratoire de Chimie.

Examens de fin d'année (Session d'octobre-novembre 1938). — La mise en séries des candidats aux différentes épreuves des examens sera affichée aux dates suivantes :

Mercredi 12 octobre, pour les écrits de 1re année AR et NR, et pour les écrits de 2e année AR et NR ; mercredi 19 octobre, mercredi 26 octobre. L'ouverture de la session est fixée au lundi 17 octobre.

Ecole de Médecine de Grenoble. — *Concours pour l'emploi de professeur suppléant.* — Rectificatif au *Journal officiel* du 18 août 1938 ; page 9833, 2e colonne, 8e ligne, au lieu de : « devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux », lire : « devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon ».

La rentrée de l'Académie de Médecine. — L'Académie a tenu mardi sa séance de rentrée. On remarquait la présence de M. le professeur Roberto Alessandri, l'illustre chirurgien de Rome, et de Sir Humphry Rolleston, le grand clinicien britannique. Tous deux étaient très entourés et reçurent de nombreux et affectueux témoignages de gratitude pour l'admirable dévouement de M. Chamberlain et l'intervention si amicale et décisive de M. Mussolini en faveur de la paix.

Légion d'honneur. — MARINE. — *Officier :* M. Mazé, médecin de 1re classe de réserve.

EDUCATION NATIONALE. — *Chevaliers :* MM. Grégoire, à Marseille, et Lerat, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes.

Guerre. — Liste des candidats admissibles au concours pour le stage d'assistant des HOPITAUX COLONIAUX.
Chirurgie : MM. Laquintinie et Fricaud;
Médecine : MM. Massal et Le Bihan;
Bactériologie : MM. Kervran, Hervé et Mille;
Electroradiologie : MM. Séguy, Jacques et Lafontaine.

XLVIIe Congrès français de Chirurgie. — Le Congrès français de Chirurgie, qui avait dû être retardé, sera ouvert le lundi 17 octobre.

Il en sera de même pour le Congrès français d'Urologie.

Le Congrès français d'Orthopédie et de Traumatologie s'ouvrira le vendredi suivant.

Union Thérapeutique internationale. — La prochaine réunion de l'Union aura lieu le mercredi, 12 octobre, à 9 heures du matin, à la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le professeur Loeper.

Remise de la médaille du professeur Ombrédanne. — La médaille du professeur Ombrédanne lui sera remise le jeudi 20 octobre, à 11 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Xe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — Le Xe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra à Washington, du 7 au 15 mai 1939.

Les invitations à participer à ce Congrès ont été envoyées à tous les pays par le Président des Etats-Unis d'Amérique. Dès à présent, de nombreuses acceptations ont été enregistrées.

Un programme scientifique et un programme de fêtes ont été élaborés ; ils seront communiqués sous peu à toutes les nations ayant reçu une invitation.

Un grand nombre d'adhésions est à prévoir et aucun effort n'a été épargné par le comité organisateur pour rendre le Congrès aussi attrayant que possible.

M. le Général Charles R. Reynolds, directeur général du Service de santé de l'armée, a été nommé Président du Congrès et M. le Colonel Harold W. Jones, du Service de santé de l'armée, secrétaire général.

L'adresse du secrétariat est la suivante :

Xe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, Arm Medical Library, Washington, D. C.

Les questions suivantes sont au programme :

1re question : Organisation et fonctionnement du service sanitaire dans les expéditions coloniales (Rapporteurs : Italie, U.S.A.).

2e question : La prévision des pertes en temps de guerre et leurs méthodes de calcul. (Rapporteurs : Allemagne, U.S.A.).

3e question : Procédés pratiques d'anesthésie et d'analgésie dans la chirurgie de guerre. (Rapporteurs : Brésil, U.S.A.).

4e question : Organisation et fonctionnement du Service chimico-pharmaceutique militaire. (Rapporteurs : Argentine, Tchécoslovaquie).

5e question : Traitement d'urgence et appareillage primaire des fractures de guerre des maxillaires. (Rapporteurs : Grande-Bretagne, U.S.A.).

6e question : Spécialisation technique des officiers d'administration du service sanitaire. (Rapporteurs : Mexique, U.S.A.).

7e question : L'oxygénothérapie et son organisation dans les troupes en campagne. (Rapporteurs : Belgique, U.S.A.).

Défense passive. — La Société des Secouristes français, reconnue d'utilité publique, fait appel à toutes personnes (dames ou hommes non mobilisables) qui seraient susceptibles de concourir à la défense passive. Des cours, conférences et démonstrations pratiques leur seront faits par des médecins et moniteurs de la Société.

S'inscrire de 17 à 20 heures, au Siège social, 7, rue Sainte-Beuve (téléphone : Littré 60-51).

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec peine, la mort de M. le professeur Frédéric Combemale, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille, décédé à l'âge de soixante-dix-neuf ans. Nous prions son fils, le professeur Pierre Combemale, à Bailleul, de recevoir l'expression de notre très vive sympathie.

Nous apprenons aussi la mort du médecin général inspecteur Albert-Eugène Béchard, du cadre de réserve, décédé à Nîmes, à l'âge de quatre-vingts ans.

Et celle du docteur Maurice Coville, ancien interne des hôpitaux de Paris (1895), chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

RENSEIGNEMENTS

Etude de Me DELAUNAY, avoué à Versailles, avenue de Saint-Cloud, n° 32.

VENTE, au Palais de Justice de Versailles,
le jeudi 27 octobre 1938, à 13 h. 30,
PROPRIÉTÉ à usage de Maison de Santé
sise à
SAINT-CLOUD (S.-et-O.)
3 et 5, rue du Chemin-de-Fer (ayant actuellement entrée par un immeuble, à Saint-Cloud, 2, av. Pozzo di Borgo).
Mise à prix : *119.000 fr.* S'adresser p. renseignements : Mes DELAUNAY et Toussaint, av., à Versailles. 1124.

REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT DES ASPHYXIES

Par M. G. VAJA (Bucarest)

Asphyxie signifie l'absence de la respiration, considérée au point de vue des échanges gazeux. Avant d'entrer dans l'exposé du traitement, nous allons donner leur classification, suivant Binet. L'asphyxie peut être provoquée par :

1) La gêne de la ventilation pulmonaire ;

2) Un trouble de la circulation ;

3) L'altération du sang.

La gêne dans la ventilation pulmonaire peut être produite par de multiples causes :

1) L'oblitération des voies aériennes supérieures par un corps étranger, la strangulation, l'œdème de la glotte, la laryngite diphtérique, une compression extérieure ;

2) L'oblitération des voies aériennes inférieures (petites bronches et alvéoles) par un exsudat ou un transsudat (broncho-pneumonie, bronchite capillaire, œdème pulmonaire) ;

3) La broncho-constriction, comme au cours de l'accès asthmatique ;

4) La compression du poumon au cours des pleurésies, du pneumothorax ou par la contracture des muscles respiratoires ;

5) Le confinement de l'air respiré ;

6) L'inhibition du centre respiratoire bulbaire, soit par une compression du bulbe (mal de Pott sous-occipital), soit par une électrocution, soit par une intoxication grave au cours des anesthésies générales, des rachi-anesthésies ou par la morphine ;

7) En ce qui concerne la submersion, la mort peut être provoquée, soit par une oblitération des voies respiratoires, soit par l'inhibition du centre respiratoire.

Les troubles de la petite circulation peuvent se produire au cours des affections cardiaques ou par l'oblitération d'une grosse bronche de l'artère pulmonaire par un embolus.

L'altération du sang se produit le plus souvent sous l'action du CO qui se combine avec l'hémoglobine et donne la carboxyhémoglobine, substance plus stable que l'oxyhémoglobine. Mais la réaction produite est réversible : sous l'action de l'oxygène la carboxyhémoglobine se transforme en hémoglobine oxygénée et le CO s'élimine. L'oxyde de carbone se trouve dans le gaz d'éclairage et se produit dans tous les appareils de chauffage à tirage insuffisant.

L'asphyxie peut aussi être provoquée par la dépression barométrique. C'est le mal des altitudes qui se manifeste soit par un syndrome toxique, soit par un syndrome asphyxique pur avec dyspnée, cyanose, etc.

En ce qui concerne l'asphyxie par les gaz de combat, son mécanisme se réduit à deux processus déjà décrits :

a) Les gaz suffocants produisent un œdème pulmonaire ;

b) Les gaz vésicants provoquent une altération de la muqueuse trachéo-bronchique, allant jusqu'à leur oblitération.

Les troubles asphyxiques peuvent être expliqués par:

1) L'anoxhémie ;

2) L'acapnie ;

3) La théorie mécanique suivant laquelle la stase du sang dans le poumon est le premier temps de l'asphyxie, suivie d'une défaillance cardiaque.

Nous allons énumérer brièvement les divers troubles rencontrés au cours des asphyxies.

Du point de vue mécanique les troubles sont :

a) Respiratoires et consistent dans l'accélération du rythme et l'augmentation de l'amplitude respiratoire, et

b) Cardiaques, caractérisés par la bradycardie et l'hypertension artérielle.

Du point de vue bio-chimique, on constate des variations de l'équilibre acidobasique vers l'acidose décompensée et l'élévation du taux de la calcémie, la phosphatémie, la glycémie, l'uricémie et la cholestérolémie.

Quant aux réactions hématologiques, elles consistent en une polyglobulie constante et générale. Cette polyglobulie est assez grande : en 5 minutes la quantité de globules rouges peut augmenter de 1 à 2 millions par mmc. Elle peut être précoce, apparaissant et disparaissant avec la dyspnée ou tardive, s'installant 3 à 4 semaines après l'apparition des lésions pulmonaires.

L'évolution de l'asphyxie se fait en deux phases : réaction respiratoire violente au cours de la première, arrêt de la respiration spontanée avec pourtant la continuation de la circulation, au cours de la deuxième.

En ce qui concerne la *thérapeutique*, elle doit être avant tout causale : évacuation d'un épanchement trop abondant (liquidéen ou gazeux), trachéotomie, extraction des corps étrangers, saignée et tonicardiaques, etc. Nous n'insisterons pas sur ces traitements qui résultent de l'énumération des causes provocatrices des asphyxies.

Nous insisterons surtout sur le *traitement symptomatique* des asphyxies aiguës. Cot et ses collaborateurs ont établi que le mécanisme de production de ces asphyxies est presque toujours le même quelque aurait été la cause provocatrice. C'est l'inhibition du centre respiratoire bulbaire avec arrêt de la respiration et plus tard de la circulation. Cette conception permet d'appliquer à peu de chose près la même thérapeutique aux électrocutés, aux étranglés, aux noyés et qui sera celle de l'excitation du centre bulbaire.

La thérapeutique sera différente suivant la phase dans laquelle se trouve l'asphyxié, avec les mouvements respiratoires spontanés persistants ou arrêtés. Le but du traitement symptomatique est d'améliorer la respiration tant au point de vue quantitatif qu'au point de vue qualitatif.

Si les mouvements respiratoires persistent on recourra à l'oxygénothérapie. La meilleure pratique est

de donner l'oxygène par inhalation, car sa résorption se fait lentement à la suite des injections sous-cutanées. Cette thérapeutique est utilisée depuis assez longtemps ; au début on administrait l'oxygène directement ou sous une cloche, ensuite sous un masque et même sous pression.

Cot et ses collaborateurs ont observé que, par l'utilisation d'oxygène sous un masque et sous pression, on détermine assez souvent un laryngospasme avec des phénomènes de contraction des muscles inspiratoires. Les recherches expérimentales d'Achard, Binet et Leblanc ont montré que les animaux maintenus sous une cloche où l'atmosphère avait un taux de 80 % d'oxygène et de 0 à 1 de CO_2, meurent après quelques jours par asphyxie. A leur autopsie on constate une congestion pulmonaire aiguë.

Les recherches récentes sur le CO_2, et spécialement celles de Yandell Henderson, ont abouti à l'utilisation du carbogène — mélange de 5 % CO_2 et 95 % oxygène — dans le traitement des asphyxies. Sous l'influence du carbogène, les mouvements respiratoires augmentent leur amplitude, l'apport de l'air pouvant passer de 5 à 7 litres par minute à 50 litres. Il résulte une meilleure ventilation pulmonaire et donc la possibilité d'une meilleure hématose.

Des recherches de Gaudier et Decoulx, il ressort que le CO_2 intervient aussi sur le tonus musculaire en général et sur celui des muscles respiratoires en spécial, tonus qui est beaucoup abaissé au cours de l'hypo- et de l'acapnie.

Henderson a montré l'action sur le débit circulatoire. Il se produit une circulation pulmonaire plus active, une légère hypertension artérielle avec tachycardie, ce qui fait que la carbogénothérapie soit contre-indiquée chez les hypertendus. La pathogénie de ces derniers phénomènes est beaucoup discutée. Krogh et Du Bois pensent que l'ion acide excite le centre vasomoteur bulbaire ; Starling et Jerusalem admettent une action directe sur le muscle cardiaque. Pour Cot, les phénomènes vaso-moteurs sont les premiers à se produire dans l'asphyxie, le CO_2 par son action anti-spasmodique remplace les vaso-dilatateurs paralysés, réglant ainsi le débit de la circulation pulmonaire.

Le carbogène est administré sous un masque, généralement celui de Legendre et Nicloux. C'est un masque métallique, qui s'applique juste à la figure par un bourrelet pneumatique. La pression intérieure est toujours contrôlée par un manomètre. Elle a deux soupapes qui fonctionnent l'une à l'inspiration, l'autre à l'expiration.

Il peut être administré aussi sous une cloche, comme l'oxygène, surtout pour les enfants, ou par la voie sous-cutanée, intra-péritonéale ou rectale. Ces dernières méthodes étant moins rapides peuvent être employées quand la phase aiguë de l'asphyxie a passé.

Chez les noyés, la carbogénothérapie, tout comme l'oxygénothérapie par la voie respiratoire, ne donne pas de bons résultats à cause de l'écume qui se trouve dans tout l'arbre respiratoire et qui oppose au gaz une barrière difficile à dépasser. C'est dans ces cas qu'on utilisera les autres voies d'administration du carbogène.

Par la carbogénothérapie disparaissent aussi les complications pulmonaires post-asphyxiques. Henderson et ses collaborateurs, expérimentalement, et Drinker et Cannon en clinique ont constaté ce fait. L'explication se trouve dans le fait que par l'action tonique du CO_2 sur les muscles respiratoires on évite la production de l'atélectasie.

Le CO_2 et le carbogène sont employés avec un grand succès dans le traitement des asphyxies survenues au cours de la rachianesthésie ou de l'anesthésie générale. Dans cette dernière, ils joueraient, suivant l'expression de Driessens et Lambert, « le rôle d'une pince de langue à demeure ».

Nous n'insistons pas sur les multiples utilisations du carbogène dans les affections broncho-pulmonaires aiguës, quelques intoxications et où son action est due aux propriétés mentionnées plus haut du CO_2.

Cot a fait construire un appareil à l'aide duquel on peut réaliser l'auto-transfusion après l'oxygénation du sang. Le sang extrait est mélangé dans une seringue avec de l'oxygène ou du carbogène et réinjecté ensuite à l'accidenté. Cette méthode assez compliquée ne peut être utilisée que dans les hôpitaux ou les postes fixes.

Pour qu'à l'amélioration qualitative de l'air respiré on puisse ajouter une amélioration quantitative, certains auteurs ont proposé d'administrer en même temps des bronchodilatateurs, comme la belladone, l'adrénaline, l'éphédrine.

La saignée, moyen de combattre en général les symptômes secondaires de l'asphyxie, est une thérapeutique de premier ordre dans le traitement de l'œdème aigu du poumon ou dans les asphyxies de l'asystolie. Cot, qui a démontré qu'il existe de grands troubles vaso-moteurs de stase dans toutes les asphyxies accidentelles, préconise la phlébotomie systématique de tous les asphyxiés.

Un grand nombre d'objections ont été soulevées contre cette pratique : l'affaiblissement du malade, l'abaissement trop grand de la tension artérielle, la perte d'un grand nombre d'hématies, mais les bons résultats obtenus, tant immédiats que tardifs, ont fait que la méthode soit acceptée.

La phlébotomie pratiquée, Cot recommande de faire séance tenante une injection intra-veineuse d'huile camphrée qui a le triple but de tonifier le myocarde et d'exciter le centre respiratoire bulbaire en même temps que le système nerveux central. Bien que préconisées pendant la guerre par Le Moignic et Gautrelet, les injections intra-veineuses d'huile camphrée ne se sont pas généralisées par peur des embolies graisseuses. On a essayé de les remplacer par le camphre soluble dans l'eau ou par l'hexétone, mais les résultats obtenus ne sont pas semblables.

La dose moyenne est de 2 cm^3, qu'on injecte très lentement et avec une aiguille très fine. Pour parer à son action passagère, on injecte en même temps, par la voie intra-musculaire, 10 cm^3 d'huile camphrée qu'on peut mélanger avec 1 à 2 cm^3 d'éther sulfurique qui a, en dehors de son action favorable sur la respiration, la propriété de rendre l'huile plus fluide et donc plus facilement résorbable.

Telles sont les mesures thérapeutiques qu'on doit

prendre dans le cas d'un asphyxié qui garde encore les mouvements spontanés de la respiration.

Dans le cas d'un accidenté qui ne respire plus, la première mesure à prendre est celle de provoquer l'apparition de ces mouvements et jusqu'à leur apparition de pratiquer la respiration artificielle. Celle-ci a le double but de « suppléer aux mouvements respiratoires abolis et de provoquer le retour de l'automatisme respiratoire par l'excitation du centre bulbaire », car on sait que par phénomène réflexe l'expiration appelle l'inspiration et l'inspiration appelle l'expiration.

Utilisée depuis assez longtemps, on a imaginé plusieurs procédés pour réaliser la respiration artificielle. La plupart de ces procédés demandent, pour être exécutés, le décubitus dorsal, ce qui empêche l'évacuation de l'écume qui existe très souvent dans le pharynx de ces accidentés et en revanche favorise la déglutition de la langue. Parfois les mouvements à exécuter sont fatigants, ce qui demande la nécessité de deux à trois sauveteurs. Dans d'autres procédés le déplacement continuel des membres empêche les autres actions thérapeutiques comme la phlébotomie et les injections intraveineuses.

A cause de ces inconvénients, une bonne part des auteurs préfère la méthode préconisée par Schaeffer. L'accidenté est placé en décubitus ventral et la respiration est provoquée par la pression des dernières côtes. C'est la méthode officiellement préconisée en France, celle qu'on emploie dans tous les postes de sauvetage.

Toutes ces méthodes demandent la pression de la cage thoracique, inversant ainsi le mécanisme des mouvements respiratoires : l'expiration devient active et l'inspiration passive. Jellinek, qui expérimentalement a démontré la nocivité de la compression du thorax, propose sa méthode personnelle de respiration artificielle et qui se rapproche plus que les autres aux mouvements physiologiques. Elle consiste à placer la victime sur le dos, avec un support entre les omoplates. La fixation de la langue est obtenue par l'introduction de l'index et du médius le long de la langue jusqu'au fond de la bouche et la fixation du poignet. On refoule ensuite énergiquement les deux épaules libérées pendant 2 secondes en provoquant ainsi un mouvement inspiratoire, qui introduit dans la poitrine presque 75 cm³ d'air. Dans le quatrième temps on relâche les épaules pendant 2 secondes, provoquant l'expiration.

Pour supprimer, au cours des respirations artificielles, l'irrégularité des mouvements faits par les sauveteurs et pour faciliter les manœuvres, on a construit des appareils mécaniques parmi lesquels les plus connus sont ceux de Chéron, de Panis, de Dautrebande, de Cot. Les appareils de Cot et de Panis sont introduits dans tous les postes de sauvetage organisés à Paris par les pompiers.

En dehors de la respiration artificielle, on recherchera à exciter le centre respiratoire bulbaire par voie réflexe. Pour cela, on utilisera des excitations périphériques, qui agissent sur les terminaisons nerveuses sensitives ou sensorielles. On utilisera des frictions énergiques, surtout sur les membres, des flagellations avec une serviette humide sur le thorax, des tapes sur les joues. On fera respirer des substances à odeur forte : éther sulfurique, ammoniaque, vinaigre, etc. Laborde a beaucoup insisté sur les tractions rythmiques de la langue, qui doivent être faites simultanément avec les mouvements de la respiration artificielle.

Les asphyxiés et spécialement les noyés ont une tendance naturelle à se refroidir. Ils doivent donc être chauffés, la température ambiante doit être élevée. On agira surtout sur la région postérieure de la tête et la nuque, ce qui, suivant Portier, rendra le centre bulbaire plus excitable.

Parmi les substances pharmacologiques capables d'exciter le centre respiratoire, la lobéline aurait l'action la plus efficace. Les auteurs allemands et Jellinek ont eu de très bons résultats. Il paraît que les noyés syncopés sont les mieux influencés ; mais à côté de bons résultats, il y a des nuls et même de mauvais. Introduite dans l'organisme par la voie rachidienne, son efficacité reste la même, mais son action est plus durable que par la voie veineuse. Quant à son action, Heymans a démontré qu'elle est indirecte, en agissant sur le centre bulbaire par l'intermédiaire du nerf carotidien.

Nous avons déjà dit que le camphre et l'hexétone sont des excitants respiratoires. La coramine excite la respiration par l'intervention des zones réflexogènes sino-carotidiennes et seulement en grande quantité agit directement sur le centre bulbaire. Le cardiazol est un excitant direct du centre respiratoire.

L'injection intra-veineuse de petites doses de spartéine augmente la fréquence et l'amplitude des mouvements respiratoires par l'excitation de la zone sino-carotidienne. La caféine a aussi une action indiscutable sur le centre respiratoire. Des recherches expérimentales semblent montrer aussi que le salicylate de soude par voie intra-veineuse a une action excitante sur la respiration.

Les auteurs américains ont dernièrement préconisé les injections intra-veineuses de bleu de méthylène. On emploie une solution de 1 % dont on injecte 50 à 150 cm³. Suivant Ravina et Simone Lyon, les cas guéris par cette méthode auraient eu le même sort par un autre traitement.

Nous ne reviendrons pas sur la grande utilité du CO_2 qui est considéré comme une vraie hormone respiratoire.

Les asphyxiés peuvent aussi être classés, suivant leur aspect, en deux types :

1) Le type cyanotique, chez lequel prédomine la stade veineuse et où il est indiqué de faire dès le début du traitement une saignée copieuse et des injections d'huile camphrée. L'accidenté doit être placé la tête haute. En Allemagne on a préconisé dans certains cas une ponction lombaire qui agisse contre l'hypertension fréquente du liquide céphalo-rachidien et les hémorragies méningées, accidents consécutifs aux processus œdémateux provoqués par l'hypertension veineuse. Il est mieux d'utiliser ces ponctions rachidiennes seulement dans les cas où la phlébotomie seule ne donne aucun résultat et où on a en plus des signes d'hémorragies méningées.

2) Chez l'asphyxié du type pâle, il s'agit d'un syndrome beaucoup plus brutal d'inhibition bulbaire associée à une hypotension artérielle paroxystique. Le traitement sera lui aussi modifié : tête en position déclive, phlébotomie contre-indiquée, indication d'agir par les excitants bulbaires. Dans les cas désespérés, on pourra faire une injection intra-cardiaque d'adrénaline, à laquelle il est bien d'ajouter 0,25 cg. de caféine. On donnera en même temps des toni-cardiaques pour combattre l'hypotension secondaire à l'injection d'adrénaline.

La chose sur laquelle il faut beaucoup insister, c'est que toutes ces thérapeutiques doivent être appliquées sur le lieu même de l'accident. Il ne faut pas perdre un temps précieux pour porter l'accidenté autre part. C'est de l'application immédiate du traitement et de la prolongation de son application que dépend la vie de l'asphyxié. Il ne faut arrêter les manœuvres de respiration artificielle que si l'accidenté a recouvré ses mouvements respiratoires spontanés, ce qui parfois arrive assez tardivement ou en cas d'arrêt définitif des mouvements du cœur.

Maintenant il nous reste à ajouter quelques mots sur le *traitement consécutif*, qu'on applique plus tard quand le malade est revenu à la vie et qui s'adresse surtout aux complications pour les éviter ou pour les traiter. Bien que depuis l'application systématique de la saignée et de la carbogénothérapie les syndromes congestifs soient devenus très rares, ils restent encore possibles.

Le meilleur traitement de ces complications est la saignée qui peut être répétée en cas de danger chez les sujets jeunes et vigoureux. On fera en plus de la révulsion locale à l'aide des ventouses sèches ou scarifiées.

La transfusion sanguine, indiquée chez les syncopés, ne peut pas être considérée comme un traitement d'urgence absolue, car elle ne peut pas être pratiquée sur la place même de l'accident.

En dehors de ces médications, on doit utiliser des antispasmodiques. On a préconisé l'hyposulfite de soude 8 à 20 gr. par 24 heures et le salicylate de soude 1 à 2 gr. par voie intra-veineuse, qui ont donné de bons résultats entre les mains de quelques auteurs. A la suite de leur administration, on observe l'abaissement rapide de la tension artérielle vers la normale, la disparition de la céphalée, des vomissements et de la cyanose.

L'actinothérapie recommandée par Koza et Haldane, par Mouzon, aurait l'action d'accélérer la dissociation de la carboxy-hémoglobine et l'oxygénation de l'hémoglobine. Les rayons ultra-violets ont une action bienfaisante sur le spasme artériel et les troubles veineux.

En ce qui concerne l'*asphyxie par les gaz de combat*, la thérapeutique n'est pas exactement la même que chez les autres asphyxiés. En effet, voici le processus physio-pathologique qui amène la mort du sujet gazé par les gaz suffocants. L'œdème pulmonaire provoqué fait que la résorption de l'oxygène est de plus en plus difficile, il arrive qu'au moment de la mort le sang artériel n'en contienne presque plus. C'est d'ailleurs ce qui ressort des recherches de A. Mayer, H. Magne et Plantefol.

Quant au CO_2, au début son taux dans le sang baisse à cause de l'hyperpnée initiale. Plus tard son passage vers l'extérieur devient de plus en plus difficile, bien qu'il soit très soluble dans le liquide d'œdème, à cause de la respiration superficielle. Il se produit ainsi une acidose gazeuse décomposée, augmentée encore par les acides fixes.

La thérapeutique de ces asphyxiés suffoqués sera donc caractérisée par la contre-indication de certaines pratiques employées dans le traitement des autres asphyxies.

Ainsi on ne pratiquera pas de respiration artificielle, la respiration spontanée étant conservée dans la plupart des cas et parce que les manœuvres de respiration risquent de provoquer des ruptures et des hémorragies du parenchyme pulmonaire devenu friable.

On ne fera pas de carbogénothérapie, car le sang contient une quantité suffisante de CO_2 ou même trop grande. Son administration n'aurait d'autre résultat que l'augmentation de l'acidose, de la dyspnée et de l'asphyxie par la diminution de la tension partielle de l'oxygène dans les alvéoles pulmonaires.

Il reste indiqué de pratiquer l'oxygéno-thérapie, la saignée et d'administrer les tonicardiaques. L'oxygène doit être administré par le masque. A défaut d'un masque spécial, on peut utiliser un masque quelconque (A.R.S. ou R.S.C.) pour les gaz de combat dont on retirera la cartouche filtrante en faisant la liaison avec un réservoir d'oxygène.

Ce mode d'administration s'imposera encore plus s'il s'agit d'asphyxie par l'oxyde de carbone. On sait que pendant la guerre on rencontre ces accidents chez les combattants qui s'abritent dans une fosse créée par l'explosion récente d'un obus de grand calibre, comme chez ceux qui sont restés longtemps enfermés dans un abri blindé pour mitrailleuse et qui n'est pas bien ventilé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. Weitz, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

Les ultravirus des maladies humaines, sous la direction de C. Levaditi et P. Lépine, avec la collaboration de G. Blanc, J.-P. Bijl, I. A. Galloway, P. Gastinel, A. Gratia, P. Habert, G. Hornus, B. Kreis, P. Lecomte du Nouy, J. Levaditi, C. Mathis, J. Mesrobeanu, S. Nicolau, H. Plotz, J. Vieuchange et F. Wohlwill. Un vol de 1190 pages avec 263 fig. et une planche en couleurs. Maloine, 1938. Prix en 2 vol., brochés : 375 fr. ; en un vol. cartonné : 400 fr. ; en 2 vol. cartonnés : 425 fr.

L'angine de poitrine, par Vital Lassance (de Bains-les-Bains). Un vol. de 204 pages illustré avec une préface du professeur R. Leriche. Maloine, éditeur, 1938. Prix : 30 fr.

IIe CONGRÈS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

(Évian, 22-24 septembre 1938) (1)

RAPPORTS

Les cures de diurèse dans l'histoire thermale, par le docteur E. Chabrol.

L'auteur montre que, si nos centres français de diurèse ont vu leurs efforts couronnés durant les années d'après-guerre, ils le doivent en grande part à *leurs qualités de mesure.*

Ils ont su écarter de leurs sources les indésirables : les reins, foie, vésicules non susceptibles d'une amélioration.

Nos centres de diurèse n'en ont pas moins gardé une juste mesure dans la prescription de leurs eaux. Les doses que nos malades y absorbent aujourd'hui sont celles qui conviennent le mieux à leur tempérament et à leurs facultés digestives.

Qualités de mesure également, tous les adjuvants de la cure de diurèse. Et c'est ici que notre conception moderne du thermo-climatisme tend à renouer avec la tradition antique, car, aux temps heureux des Asclépiades, la *dépuration* n'était qu'un mode ultime de défense, un dernier geste de l'organisme que l'action bienfaisante de la diète n'avait pu préserver.

L'insuffisance rénale dans les maladies nerveuses et mentales, par le professeur H. Roger (Marseille) et Y. Poursines (Beyrouth).

Les auteurs montrent que, si le retentissement des affections nerveuses et mentales sur la sécrétion et l'excrétion de l'urine est bien moins important que les désordres inverses provoqués dans le système nerveux par l'insuffisance rénale, il ne doit pas cependant être nié d'une façon systématique.

Sans doute, dans de nombreux cas, il n'y a pas, à proprement parler, insuffisance rénale. Sans doute, les insuffisances rénales des affections neuro-psychiques ne dépendent pas toutes directement du système nerveux. Mais, dans quelques cas, il faut bien admettre l'action directe des centres nerveux encéphaliques.

D'une manière générale, à l'inverse de l'urémie nerveuse, l'insuffisance rénale d'ordre neurologique n'a pas d'expression clinique et n'est révélée que par les examens de laboratoire.

Cependant, dans quelques cas exceptionnels, il existe des troubles fonctionnels et des lésions organiques du rein, de véritables néphropathies d'origine nerveuse, susceptibles de se traduire par une symptomatologie assez riche et de guérir à la suite de la disparition de la lésion nerveuse causale.

L'insuffisance rénale en chirurgie urinaire, par le professeur M. Chevassu (Paris).

L'exploration fonctionnelle des reins séparés doit être associée à une exploration « lésionnelle » qui comporte trois temps : 1er examen à l'œil nu des urines recueillies séparément ; 2e examen cytobactériologique de ces urines ; 3e examen radiographique, tel qu'il est réalisé par l'opacification de tout l'arbre excrétoire réno-urétéral.

Telle explication est capable, en particulier, de déceler des lésions papillo-caliciennes tuberculeuses, là où ni l'examen cytobactériologique des urines ni l'exploration fonctionnelle obtenue par cathétérisme urétéral n'avaient permis de faire le diagnostic.

A la discussion qui suivit l'exposé de ce rapport, ont pris part MM. André et Rathery, qui ajoute que la constante donne des résultats très itéressants, mais que c'est une exploration fonctionnelle très difficile à pratiquer correctement.

Nécessité du démembrement de l'insuffisance rénale et de ses tests révélateurs, par le professeur J. Castaigne (Clermont-Ferrand).

A l'heure actuelle, on décrit l'insuffisance rénale au singulier et on n'étudie bien souvent qu'un seul test, alors que beaucoup de ses tests donnent des résultats d'ordre différent et mériteraient d'être employés simultanément.

L'auteur propose un démembrement de l'insuffisance rénale et de ses tests révélateurs.

Deux groupements primordiaux peuvent être envisagés :

1° Les insuffisances rénales pures. Il n'est possible d'en décrire qu'une seule forme : l'insuffisance du pouvoir de concentration des reins.

De nombreux tests révélateurs peuvent être employés dans ce but, les uns directs, basés sur la concentration maxima de l'urée dans l'urine ; les autres indirects (élimination des substances colorantes et étude de la souplesse du rein).

2° Les insuffisances rénales complexes.

L'auteur en signale cinq formes différentes : l'insuffisance de la diurèse chlorée ; l'insuffisance de la diurèse hydrique ; la rétention de l'urée sanguine ; l'insuffisance de la dépuration urinaire ; la rétention des substances azotées autres que l'urée.

Ont pris part à la discussion : MM. Fiessinger, Cottet, Bergounignan, Froment, Florence et Rathery.

Les lésions rénales de l'oxalémie expérimentale. Les néphrites glycoliques, par les professeurs M. Chiray, professeur agrégé, L. Justin-Besançon et les docteurs J. Dierick et Ch. Debray.

Toute une série de recherches expérimentales et cliniques ont établi l'existence de lésions rénales réalisées par la transformation dans l'organisme de glycols en dérivés oxydés, parmi lesquels figure l'acide oxalique.

L'oxydation des glycols dans l'organisme a fourni aux auteurs une méthode expérimentale qui permet de réaliser une oxalémie chronique endogène.

L'étude de cette oxalémie, chez l'animal, révèle que, seuls, certains de ces glycols sont susceptibles de donner naissance à l'acide oxalique.

Cet acide oxalique endogène est susceptible de se précipiter dans les canicules rénaux et de réaliser des lithiases oxaliques expérimentales.

Les glycols et leurs produits d'oxydation donnent naissance à des substances intermédiaires qui sont nocives pour le rein, avant même que d'arriver au stade de leur transformation en acide oxalique.

Ces recherches physiologiques sur l'animal ont pris un intérêt clinique de premier plan, du fait des néphrites glycoliques aiguës observées aux Etats-Unis et de la diffusion actuelle de l'emploi des glycols dans l'industrie alimentaire et pharmaceutique.

Il n'est pas jusqu'aux relations entre l'oxalémie expérimentale et le métabolisme de l'eau qui n'intéressent le médecin, du fait des déductions qu'on peut en tirer en vue de de la durée de diurèse chez les oxalémiques.

Ont pris part à la discussion : MM. Loeper, Fiessinger, Chevassu, Govaerts, Rathery et Justin-Besançon.

La diurèse en pathologie hépatique, par le professeur N. Fiessinger et les docteurs Gajdos et Panayatopoulos (Paris).

Les auteurs rappellent les notions classiques sur l'opsiurie et l'oligurie des cirrhotiques et des ictériques, avec les formes de convalescence, polyurie retardée et polyurie dé-

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 79, p. 1257.

bordante. Ils montrent que ces anomalies fonctionnelles rénales ne sont pas étroitement liées avec les autres signes de déficience fonctionnelle hépatique, tout en coexistant avec eux.

Les auteurs mettent en relief les troubles de la dilution sanguine chez ces malades. Chez les cirrhotiques et les ictériques dont la diurèse est retardée ou diminuée, le sérum à la demi-heure ou à l'heure, après l'absorption d'un litre d'eau, signale une dilution manifeste beaucoup plus considérable et plus objective que celle que l'on observe à l'état normal. Ce paradoxe dilution sanguine-oligurie est le centre de l'étude de MM. N. Fiessinger, Gadjos et Panayatopoulos.

Discusion. — Sont intervenus au cours de la discussion : MM. Chaumeriac, Justin-Besançon, Govaerts, Florence et Stanojivic.

L'influence de l'anémie sur les fonctions rénales d'élimination, par MM. Roch, Eric Martin et R. Junet.

Les reins consomment deux fois plus d'oxygène que le cœur ; cette proportion donne la mesure du travail effectué par ces organes. Une diminution de l'apport d'oxygène, comme il s'en produit dans les états anémiques, doit forcément exercer une action défavorable sur le fonctionnement rénal. Cependant, l'organisme normal possédant une grande quantité de globules et d'hémoglobine « de luxe », il faut une anémie considérable pour provoquer des signes certains d'insuffisance rénale.

Chez les lapins rendus anémiques par saignées répétées, les auteurs ont constaté une diminution de la diurèse hydrique et uréique, et un retard notable de l'élimination d'une surcharge chlorurée.

Chez les malades anémiques, ils ont observé une insuffisance dans l'élimination de l'urée, bien mise en évidence par le test de Van Slyke. La rétention des chlorures et de l'eau, généralement observée aussi chez les anémiques, ne peut être attribuée qu'en partie à la méiopragie rénale.

Interviennent dans la discussion : MM. Chabrol, Giraud et Rathery, qui insiste sur le fait qu'on n'a pas le droit de dire qu'il s'agit, dans ces cas, de troubles fonctionnels sans lésions rénales. Il existe, en effet, des lésions rénales entièrement et rapidement réparables.

De l'influence d'un rein malade sur le rein du côté opposé, par le professeur C. Lepoutre (Lille).

Les affections unilatérales des reins, en particulier la tuberculose, la pyonéphrose, etc., provoquent des altérations fonctionnelles et des altérations anatomiques du rein opposé.

L'évolution anatomique et fonctionnelle de ces altérations secondaires du rein est actuellement bien connue, en particulier sa grande lenteur, son insidiosité, et le rapporteur l'étudie dans tous ses détails. Des observations permettent aujourd'hui d'espérer que, même quand l'insuffisance rénale est déjà avancée, des interventions de drainage, et parfois l'extirpation du rein malade, permettent de faire régresser au moins les signes fonctionnels de néphrite. La décapsulation du rein restant ajoute peut-être à ces possibilités.

Le rapport étudie ensuite l'anurie réflexe et les possibilités de la levée du réflexe par l'anesthésie du splanchnique.

Discussion. — Ont pris la parole : MM. Chauvin et Rathery.

Insuffisance rénale et glandes endocrines, par le professesseur R. Daniel (Bucarest).

Les glandes endocrines, grâce aux produits de leur sécrétion, interviennent dans le mécanisme régulateur du fonctionnement rénal.

Expérimentalement, les relations entre le rein et les glandes endocrines se font par voie sanguine.

La plupart des hormones sont éliminées par les urines.

Les hormones agissent sur le rein :

1° En excitant la diurèse : la thyroxine, la parathermone et extrait testiculaire ;

2° Inhibiteurs de la diurèse, la pituitrine, l'insuline, l'adrénaline et la folliculine.

Le mécanisme intime de ces phénomènes n'est connu que pour quelques hormones.

Cliniquement, les troubles qu'on observe sont identiques à ceux de l'expérimentation.

Les troubles rénaux des diabétiques, par les docteurs P. Froment et Bachmann (Paris).

Bien étudiés surtout depuis l'ère de l'insulinothérapie ; il faut distinguer ceux qui surviennent en dehors et pendant la période de coma.

En dehors du coma, on peut voir :

1° Des néphropathies simples, sans troubles du fonctionnement rénal ;

2° Les néphrites vraies avec trouble des fonctions rénales sont également rencontrées.

Au cours du coma diabétique, une insuffisance rénale vient fréquemment s'associer au tableau clinique du coma diabétique.

1° Ces troubles rénaux sont-ils provoqués ou préparés par le trouble diabétique ?

2° Ces troubles rénaux pourront-ils conférer au syndrome diabétique une allure spéciale ?

Le traitement des troubles rénaux des diabétiques varie suivant les cas :

1° Dans les néphropathies simples, le régime ne sera guère différent de celui du diabète ;

2° Dans les néphrites, au contraire, on est bien souvent conduit à instituer un traitement insulinique, que le diabète seul n'aurait pas exigé.

Discussion. — MM. Govaerts, Lévy, Darras et Rathery.

Le rein dans les avitaminoses et les dystrophies par carence, par le professeur G. Mouriquand (de Lyon).

Il importe de distinguer les avitaminoses pures, obtenues au laboratoire avec des régimes précis, des maladies par carence relevant d'une pluri-avitaminose associée au déséquilibre alimentaire. Le rein peut être plus ou moins gravement atteint au cours de ces dystrophies.

L'*avitaminose A* favorise l'infection du rein.

Dans l'*avitaminose B*, les troubles rénaux sont peu signalés.

Dans l'*avitaminose C*, on observe assez souvent des hématuries qui, au début, peuvent être l'unique symptôme de la carence. Elles cèdent à l'emploi de la vitamine C.

La *vitamine D* (Szent Györgyo) paraît, plus que la vitamine C, capable d'assurer la résistance et la nutrition des capillaires, en particulier au niveau du rein.

De véritables néphrites aiguës ont été décrites au cours du scorbut, et parfois des processus de néphrite chronique dans les formes prolongées.

Dans l'*avitaminose D*, l'insuffisance rénale semble assez rare.

Le *rachitisme rénal* relève d'une néphrite chronique scléreuse de l'enfant.

L'*hypervitaminose D*, comme l'*hyperparathyroïdie*, s'accompagnent de calciurie et de lithiase calcique.

Le rapport discute ensuite les rapports possibles (mais non démontrés) entre la carence alimentaire et la néphrose lipoïdique.

Il envisage ensuite les rapports des dystrophies par carence et de la néphrite chronique.

Rein et respiration (recherches expérimentales), par le professeur Léon Binet.

L'auteur rapporte une série de recherches expérimentales d'où il tire les conclusions suivantes :

1° Une élévation du taux de l'urée gêne la respiration des tissus *in vitro ;*

2° Une atteinte aiguë du rein, par le nitrate d'urane, s'accompagne d'une baisse sensible du taux du *glutathion* dans les tissus, et on sait que le glutathion intervient dans les oxydo-réductions tissulaires ;

3° La néphrite aiguë uranique s'accompagne d'une baisse nette de la réserve alcaline du plasma sanguin. Des expériences poursuivies sur le lapin ont montré que le pronostic en était considérablement amélioré, soit avec des injections de sérum bicarbonaté, soit avec des injections de gaz carbonique. De récents travaux poursuivis par l'auteur avec Ch. Jaulmes, sur le poisson rouge soumis à l'intoxication uranique, viennent confirmer les premières expériences réalisées avec Marek.

L'insuffisance rénale dans les intoxications d'origine industrielle, par le professeur L. Michaud (Lausanne).

La protection des ouvriers d'usine contre les intoxications professionnelles est une des tâches les plus importantes de l'hygiène moderne, et l'examen de la fonction rénale est parmi les plus importantes méthodes de recherche.

Les intoxications et les troubles rénaux sont très variables d'un sujet à l'autre.

L'auteur passe à l'étude des troubles de la fonction rénale dans trois intoxications : par le plomb, par le mercure et par le tétrachlorure de carbone.

Un grand nombre de substances organiques, et surtout celles qui contiennent du chlore, donnent un syndrome hépato-rénal. Ainsi, le tétrachlorure de carbone.

La lésion de la fonction rénale devrait, dans toute intoxication, et surtout dans toute intoxication industrielle, être examinée consciencieusement.

Discussion. — Ont pris la parole : MM. Fiessinger, Pasteur Vallery-Radot, Doubrow, Desclaux et Ramel.

La pyramide du rein dans les néphrites. — MM. Maurice Loeper et Pierre Soulié exposent que les lésions de la pyramide dans les néphrites sont un peu négligées et considérées comme contingentes. Elles existent pourtant.

Le résultat de ces lésions est de comprimer les tubes, parfois de les oblitérer et de former des dilatations rétrogrades.

Le mécanisme de l'insuffisance rénale dans les diverses variétés de néphropathies, — M. Paul Govaerts, professeur clinique médicale de l'Université de Bruxelles. L'auteur cherche, dans les diverses variétés de néphropathies, le mécanisme de l'insuffisance d'excrétion de la créatinine et de l'urée.

Dans les *néphropathies toxiques* (sublimé, urane, bismuth), au moment où l'altération rénale est maxima, la créatinine et l'urée sont excrétées à très faible concentration par rapport à leur taux sanguin ; leur coefficient d'épuration sanguine est presque identique à ce moment. Ce fait porte à considérer que, dans les néphropathies toxiques à la période aiguë, les cellules tubulaires ont perdu leur imperméabilité sélective, ce qui permet une diffusion du filtrat glomérulaire à travers les tubuli altérés.

Dans les néphropathies hydropygènes (néphroses, amylocidose, stade « néphrotique » de certaines néphrites), la circulation glomérulaire est intacte et la perméabilité des endothéliums glomérulaires. On n'observe par conséquent pas d'insuffisance d'excrétion de la créatinine et de l'urée. Cependant, lorsque ces affections ont persisté pendant longtemps, elles se compliquent souvent d'insuffisance rénale correspondant à une réduction progressive de l'irrigation glomérulaire.

Dans les néphrites uremigènes et les scléroses primitives d'origine vasculaire, la réduction de la circulation glomérulaire est un phénomène précoce. Il conduit directement à une diminution de la filtration qui explique l'insuffisance d'excrétion de la créatinine et de l'urée.

Ces constatations concordent avec les données physiologiques, attribuant à la filtration glomérulaire un rôle capital dans le fonctionnement du rein des mammifères.

Discussion. — M. Rathery déclare ne pouvoir accepter dans son intégralité, la thèse soutenue par le rapporteur.

Les reins et la peau. — MM. les prof. L. et P. Rimbaud. Le problème des inter-réactions cutanéo-rénales est complexe ; seuls ont été envisagés quelques-uns des aspects cliniques et biologiques sous lesquels il se présente aussi bien en médecine générale qu'en dermatologie.

Les manifestations cutanées de l'insuffisance rénale confirmées

Le prurit est en pratique l'apanage des néphrites chroniques azotémiques ; il apparaît donc comme résultant d'un phénomène de choc antigénique chez un sujet sensibilisé.

La mélanodermie. — Manifestation cutanée assez rare qui se rencontre uniquement au cours des néphrites azotémiques. Elle évolue parallèlement à la lésion rénale. L'augmentation de la mélanine serait favorisée par la rétention de certains corps aromatiques : indican, amino-acides phénoliques.

Les sueurs d'urée apparaissent à la phase terminale des néphrites azotémiques, mais leur rôle vicariant semble avoir été méconnu.

Le purpura est la signature d'une insuffisance rénale, ancienne et grave. L'hypothèse d'une altération dégénérative des endothéliums vasculaires (capillarose) doit être envisagée.

Il est impossible d'affirmer *l'intervention d'un facteur rénal* dans la physiopathologie des affections cutanées.

Les complications rénales des affections cutanées sont rares

Certains types de néphrites sont à rapprocher des syndromes « d'intolérance rénale », l'agent de la dermatose jouant le rôle de réactogène. Quant aux brûlures étendues des téguments, contrairement à l'opinion classique, elles ne provoquent pas fatalement un blocage rénal.

L'opportunité et l'importance d'une cure thermale sont parfois méconnues et la complexité du terrain sur lequel évoluent les dermatoses rend difficile l'indication thérapeutique.

Discussion. — M. Ramel est d'avis que le prurit des Brightiques n'est pas l'effet d'un choc antigénique, mais d'une action sur les centres neuro-végétatifs.

Il insiste sur la fréquence et l'intérêt des décharges microbiennes par les émonctoires rénaux au cours des dermatoses.

(A suivre.)

La médecine en Assyrie et en Babylonie, par le docteur Georges Contenau. Un vol. de 230 pages, avec 60 fig. et une carte, en souscription. Maloine, éditeur, 1938. Prix : 75 fr. sous couverture ; 125 fr. relié.

Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade, par M. Barthélemy, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. 2 vol. de 880 pages avec 368 fig. et une planche en couleurs : tome I : 75 fr. ; tome II : 115 fr.


ÉPHÉDRINE HOUDÉ
GRANULES TITRÉS A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple, pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 À 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1938

Recherches sur la condensation des aldéhydes acycliques avec les cétones cyclaniques. — MM. H. GAULT et Emeric STECKL.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1938

Action de la résorcine sur les bichlorhydrates des alcaloïdes du quinquina. — MM. Max ROSSIGNOL et André RIBOULLEAU.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1938

M. le PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à MM. Roberto Alessandri (de Rome), associé étranger, et à Sir Humphry Rolleston (de Haslemere), correspondant étranger.

Vacances. — Sont déclarés vacants deux sièges de membre titulaire, l'un dans la section des sciences biologiques en remplacement de M. Pouchet, l'autre dans la section de médecine, en remplacement de M. Darier.

Décès de M. Crouzon. — M. le Président fait part de la mort du regretté Crouzon ; il rappelle en termes émus sa figure et ses travaux.

L'examen radiologique systématique du thorax avant les interventions chirurgicales. — MM. Antonin GOSSET, Etienne BERNARD et LEDOUX-LEBARD soulignent l'importance de l'examen radiologique préopératoire systématique du thorax.

Les auteurs, grâce au film, surtout, ont pu dépister des cas de tuberculose méconnue et prendre à l'égard de l'intervention et de l'anesthésie, les précautions nécessaires.

L'examen radiographique systématique est aujourd'hui pour les futurs opérés, le complément justifié de la radioscopie préopératoire systématique du thorax préconisé et mise en pratique par les auteurs depuis 1912.

M. RIST approuve les conclusions de M. Gosset, insistant sur les aggravations considérables des lésions pulmonaires constatées parfois après interventions.

M. SERGENT partage le même avis, il fait cependant remarquer que des interventions importantes, comme la thoracoplastie sont bien supportées. Ce qui prouve qu'il peut y avoir des restrictions à apporter au principe posé par M. Gosset.

M. LAUBRY, enfin partage entièrement l'avis de M. Gosset.

M. GOSSET répond à ses collègues, il croit que dans la maladie post-opératoire, l'anesthésie joue un rôle plus important que l'intervention elle-même.

Le bacille de la lèpre meurt par dessiccation. — MM. E. MARCHOUX et R. PRUDHOMME. Les microbes débarrassés par lavages de toute substance provenant du milieu de culture, réduisent dans le vide et en suspension dans l'eau physiologique, les colorants tests d'oxydo-réaction, s'ils sont vivants et non s'ils sont morts. Appliquée aux bacilles de la lèpre humaine et de la lèpre des rats, cette méthode a permis de constater que ces deux germes perdent simultanément tout pouvoir réducteur en moins de 30 minutes par chauffage à 60° et par dessiccation. Ainsi se vérifie de plus en plus l'analogie biologique des deux bacilles. Cette notion éclaire, en plus, la prophylaxie de la lèpre en montrant que, comme pour la lèpre des rats, les bacilles de Hansen desséchés cessent d'être infectieux.

Documentation sur les gaz. — MM. André MAYER, TANON et PERRIER font une triple communication fort utile.

M. MAYER, qui au Collège de France, fit des travaux si importants sur les gaz, expose la question au point de vue chimique et physiologique.

M. TANON, directeur des services d'hygiène de la préfecture de police, envisage les soins prévus pour la population, postes sanitaires, hôpitaux spécialisés, hôpital Z.

Enfin, M. PERRIER, secrétaire général de la Défense passive, expose la question au point de vue du matériel et de l'organisation.

Protection individuelle : les masques vont être mis en distribution, dès maintenant, les médecins non mobilisables peuvent réclamer leurs masques à leur commissariat.

Protection collective. — Les abris comprennent les caves-abris, sous la surveillance de chefs d'îlots (il y en a 43.000 des abris collectifs (non compris ceux des grandes administrations), sont prévus et en cours d'achèvement au Métro et aux Halles.

M. Perrier donne enfin de très intéressants renseignements sur les évacuations, la dispersion, et enfin sur le service d'incendie, qui, à l'heure actuelle, est en mesure de combattre plus de mille incendies à la fois.

Cette communication, dont l'intérêt n'a pas besoin d'être souligné, fut complétée par un film documentaire sur les bombes incendiaires et la manière de s'en défendre.

PRATIQUE MÉDICALE

NOTE PRÉLIMINAIRE SUR LE DOSAGE BIOLOGIQUE DES GLUCOSIDES DE L'ADONIS VERNALIS

d'après M. le Prof. M. MERCIER et Mlle S. MACARY (1)

Les auteurs poursuivent une série de recherches excessivement importantes sur les propriétés chimiques et pharmacodynamiques de l'adonidoside et de l'adonivernoside, glucosides extraits de l'adonis vernalis (L.-J. et F. Mercier).

Ils étudient tout spécialement le dosage biologique des glucosides et des préparations d'adonis vernalis, en utilisant la méthode de Hatcher-Magnus appliquée au chien suivant la technique classique.

Les premiers résultats de ces essais confirment la différence de toxicité de ces deux glucosides déjà signalée par F. Mercier et situent le mélange en proportions équilibrées de ces deux glucosides comme une excellente préparation qui prend une place très importante entre l'ouabaïne et la digitaline.

On sait que l'adoverne représente la totalité des glucosides de l'adonis vernalis dans les proportions même où ils se trouvent dans la plante, soit 3 parties d'adonidoside pour deux parties d'adonivernoside. L'activité de l'adoverne est étalonnée physiologiquement à la valeur constante de 300.000 unités grenouille par gramme du complexe glucosidique.

Ce médicament ralentit le rythme ventriculaire comme la digitaline, mais il freine moins brutalement ; il présente en outre sur le rein une action directe et indirecte qui se traduit par une diurèse importante. Qu'on l'administre sous forme de solution, de granules ou de suppositoires, l'adoverne est indiqué toutes les fois qu'il s'agit de compléter, de renforcer ou de continuer l'action de la digitale.

(1) C. R. des séances de la Société de Biologie, Paris, T. CXXIV, janvier 1937, p. 459.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 82. — MERCREDI 12 OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le *Concours de l'Externat* s'ouvrira le jeudi 15 décembre 1938, à 9 h. 1/2, au Parc des Expositions (porte de Versailles).

S'inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé, tous les jours, les samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures depuis le jeudi 3 novembre jusqu'au mercredi 23 novembre 1938 inclusivement.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un *concours* pour un emploi de chef de clinique adjoint à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts s'ouvrira le lundi 14 novembre 1938, à 9 heures du matin, rue Moreau, n° 17.

S'inscrire au Secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures, jusqu'au 4 novembre 1938 inclus.

Le concours est ouvert à tous les docteurs en médecine français âgés de moins de 40 ans.

Faculté de Pharmacie de Paris. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Guérin, professeur de botanique générale, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Légion d'honneur. — TRAVAUX PUBLICS. — *Chevalier :* le docteur Roy (P. R.), à Angoulême.

Guerre. — Le *Journal Officiel* du 7 octobre publie un arrêté portant *création d'une inspection des services chirurgicaux de l'armée.* — Elle est confiée à un médecin général inspecteur ou à un médecin général. Cet officier général a pour mission de renseigner le ministre, de faire toutes inspections et tous contrôles et de proposer les moyens propres à faire bénéficier l'armée de tous les progrès de la technique chirurgicale.

Création d'une inspection d'épidémiologie militaire et de prophylaxie. — L'inspection est confiée à un médecin général inspecteur ou à un médecin général chargé de renseigner le ministre, d'assurer le contrôle technique, d'étudier et de proposer les nouvelles techniques, de faire toutes inspections et enquêtes, et d'examiner au titre de l'hygiène les casernements et établissements militaires.

Création d'une inspection des services pharmaceutiques de l'armée. — Cette inspection, confiée au pharmacien général de l'armée, remplit auprès du ministre une mission analogue aux deux inspections précédentes.

Création d'une inspection du matériel des établissements et de la préparation de la mobilisation du service de santé. — Cette inspection permanente est confiée à un médecin général inspecteur ou à un médecin général.

Il a pour mission de renseigner le ministre sur la situation des approvisionnements et du matériel du service de santé destinés aux besoins du temps de paix et prévu pour la mobilisation ; d'assurer le contrôle de ces approvisionnements, de leur entretien, de leur répartition ainsi que toutes les prévisions ; d'inspecter les hôpitaux, de faire toutes propositions.

Un médecin colonel ou lieutenant-colonel est adjoint à l'inspecteur.

Marine. — Sont autorisés à subir les épreuves du *concours pour l'emploi de chargé de cours des écoles annexes de médecine navale* (*Rochefort*). 1° Anatomie : MM. Dayde et Chabrillat ; 2° Histologie : Gandrin.

Concours pour l'emploi de prosecteur (*Brest*). — MM. Escolle, Laporte et Carpentier.

Médaille du professeur L. M. Pautrier. — Un comité de collègues, d'amis et d'élèves vient de se constituer à l'effet d'offrir au professeur Pautrier une médaille en l'honneur de sa vingtième année d'enseignement à Strasbourg. Cette médaille, dont l'exécution a été confiée au maître Pommier, sera remise à M. Pautrier à l'occasion de la séance spéciale de la Réunion dermatologique de Strasbourg, le 14 mai 1939. Toute souscription d'une somme minimum de 100 francs donne droit à la remise d'un exemplaire de la médaille.

Prière d'adresser les souscriptions aussitôt que possible au docteur Frédéric Woringer, clinique dermatologique, Strasbourg. Compte-chèque postal : Strasbourg 114-38.

XLVIIe Congrès français de Chirurgie. — Nous rappelons que le Congrès a été remis au lundi 17 octobre 1935.

La séance inaugurale aura lieu à 14 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence d'honneur de M. Paul Valéry, de l'Académie française, et la présidence effective de M. le professeur Léon Imbert (de Marseille).

XXVe Congrès Français de Médecine. — En raison des évènements de ces dernières semaines, le XXVe Congrès Français de Médecine qui devait se réunir à Marseille les 26, 27 et 28 septembre, a été reporté aux jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 novembre.

Les membres adhérents et associés déjà inscrits sont priés de retenir ces dates et de venir le plus nombreux possible à Marseille.

Les adhésions nouvelles seront reçues avec le plus grand empressement : prière d'adresser dans ce but les cotisations (120 frs membre adhérent, 60 frs membre associé) par chèque postal adressé au XXVe Congrès Français de Médecine, 43, rue Saint-Jacques, Marseille, C. C. n° 475.62, ou tout autre chèque bancaire ou mandat.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au Professeur H. Roger, Secrétaire général, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.

Xe Congrès français de Stomatologie. — Le Xe Congrès français de Stomatologie, qui avait dû être retardé en raison des événements, s'ouvrira le lundi 24 octobre, à 10 h. 30, à la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. Lacronique, et tiendra ses séances ultérieurement au Centre Marcellin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique.

COURS

Clinique des maladies infectieuses (hôpital Claude-Bernard, porte d'Aubervilliers). — M. le professeur A. Lemierre fera sa première leçon clinique le jeudi 17 novembre 1938, à 10 h. 30, et continuera son cours les jeudis suivants à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu). — M. le professeur Bernard Cunéo commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 8 novembre, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examens cliniques et présentation de malades, à l'amphithéâtre, par le professeur.

Samedi, 10 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Opérations, à 9 h. 30, lundi (côté ouest) et vendredi (côté est) par M. Cunéo ; mardi et jeudi (côté est), par M. Bloch ; mercredi et vendredi (côté ouest), par M. Sénèque.

Du lundi 7 novembre au jeudi 17 décembre, tous les matins, à 10 heures : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Bloch, Sénèque et Sicard, chirurgiens des hôpitaux, Jomain, Gross, Maynadier, Roux, Beuzart et Adrianopoulos, chefs de clinique, Tailhefer, Cahen et Maison, anciens chefs de clinique à la Faculté, et par M. Feyel, chef du laboratoire.

Consultations, pour les malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, mardi et vendredi matin, à 9 heures. Opérations, jeudi matin, à 8 heures (côté ouest), par M. le docteur Tailhefer.

Clinique médicale (hôpital Saint-Antoine). — Le professeur Maurice Loeper commencera son cours de clinique le jeudi 17 novembre 1938, à 11 heures, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (amphithéâtre Hayem) et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE DE LA MÉDECINE
LABORATOIRES D'ANALYSES

M. Justin Godart, sénateur, demande à M. le Ministre de la Santé publique : 1° si un docteur ne possédant que le diplôme d'université peut ouvrir un laboratoire d'analyses médicales sur le territoire de France et des Colonies ; 2° quelle est la condition des sujets tunisiens par rapport à l'exercice de la médecine en France. (*Question du 5 septembre 1938.*)

Réponse. — 1° Les laboratoires d'analyses médicales ne sont soumis à aucune réglementation ;

2° Un sujet tunisien exerce la médecine dans les mêmes conditions qu'un médecin français : pour pouvoir s'installer en France il lui suffit donc d'être en possession du diplôme d'État français (art. 1er, § 2, loi du 26 juillet 1935.) *J. O.*, 5 octobre.

RENSEIGNEMENTS

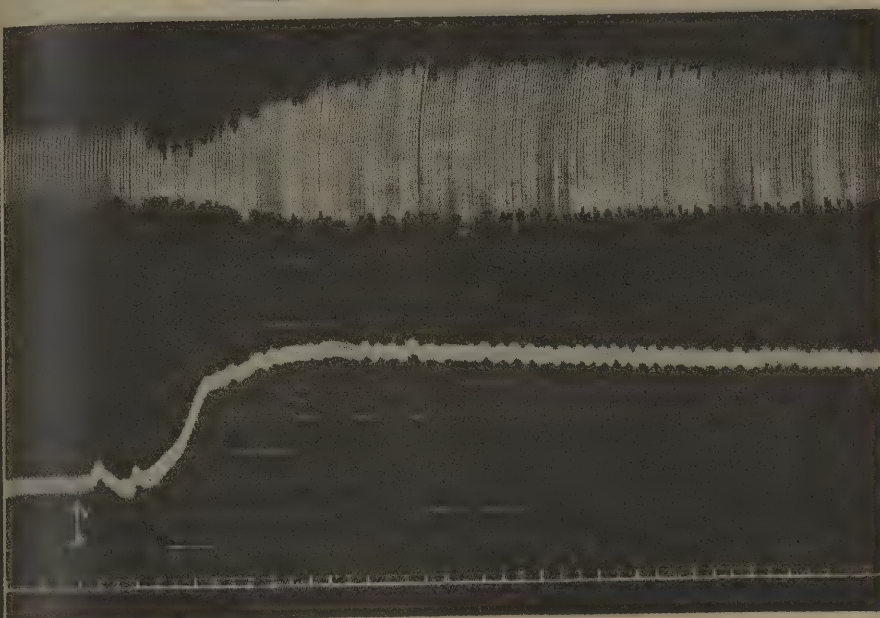
Hôpital de Lagny (Seine-et-Marne) recherche pharmacien ou pharmacienne et pouvant s'adapter à manipulation radiologie, sous direction spécialiste. Conditions à débattre.

Coramine

NOM DÉPOSÉ

CARDIOTONIQUE EUPNÉIQUE

CIBA



Action de la Coramine sur la respiration et la pression artérielle

Stimule
CŒUR – RESPIRATION

Cardiopathies – Collapsus
Maladies infectieuses

GOUTTES
XX à C par jour

AMPOULES
1 à 8 par jour

1-442

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 103 à 117 Boulevard de la Part-dieu, LYON


Radio
Salil
LABORATOIRES UROMIL

Travail de la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital St-Sauveur à Lille.
(*Professeur :* O. LAMBRET)

INDICATIONS DES INTERVENTIONS SUR LE GANGLION ÉTOILÉ

PAR

MM. P. RAZEMON et P. DECOULX (de Lille)

Pratiquée pour la première fois en 1916 par Jonnesco, la stellectomie n'a cessé de trouver des indications nouvelles. Depuis quelques années, sous l'impulsion de Leriche, s'y est adjoint l'infiltration cocaïnique du ganglion étoilé, qui permet non seulement de préciser les indications de l'ablation, mais aussi d'obtenir des résultats thérapeutiques durables : « L'infiltration stellaire est une extraordinaire méthode d'analyse et de thérapeutique qui n'a pas fini de nous révéler des aspects nouveaux de la pathologie » (Leriche).

Rappel anatomique. — Formé par la fusion du ganglion sympathique cervical inférieur et du premier thoracique, le ganglion étoilé est situé au contact de la première côte, derrière l'abouchement de l'artère vertébrale dans la sous-clavière.

C'est un organe de passage d'un grand nombre de fibres sympathiques qui prennent plusieurs directions :

Vers le membre supérieur par des anastomoses avec le plexus brachial et par le plexus périartériel de la sous-clavière.

Vers la tête par le nerf vertébral, et par l'anse de Vieussens qui rejoint la chaîne sympathique cervicale.

Vers la base du cœur et la crosse de l'aorte par les nerfs cardiaques inférieur et moyen.

Vers le hile pulmonaire, bronches et gros vaisseaux, par les filets bronchiques.

Le ganglion étoilé n'est pas qu'un lieu de passage, mais aussi un centre réflexe grâce aux cellules nerveuses qu'il contient. Agir sur lui aboutira donc à modifier le régime circulatoire et la réflectivité sympathique dans un domaine très étendu : certains organes de la tête et du cou, membre supérieur, cœur, bronches et vaisseaux pulmonaires.

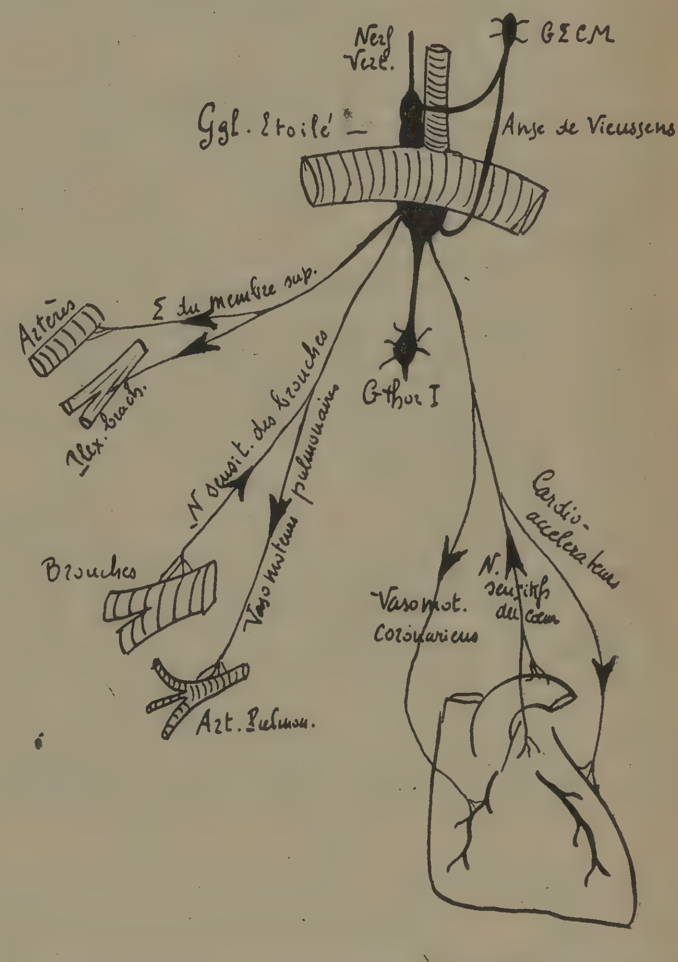
Mais d'abord *la stellectomie est-elle physiologiquement possible ?*

Les accidents signalés par Lian (mort subite par piqûre de l'étoilé) et par Danielopolu (62 % de mortalité immédiate ou dans les premières heures) ne semblent pas devoir être mis sur le compte de la méthode : Leriche, qui rapporte 121 cas sans mortalité, pense que les accidents réflexes sont dus aux tiraillements nerveux qu'il faut éviter avec grand soin.

Délicate et non sans dangers, la stellectomie est compatible avec un fonctionnement normal du cœur. On constate bien après elle quelques modifications de l'électrocardiogramme et un manque d'accélération du cœur à l'effort (diminution du pouvoir d'adaptation), mais ces troubles sont passagers et sans ennui sérieux.

Quant au syndrome de Claude Bernard-Horner il est constant après l'ablation du ganglion, mais ses inconvénients sont bien minimes en regard des troubles à combattre. Dans l'infiltration au contraire, il est passager et plutôt utile puisqu'il constitue un test de certitude que l'injection est en bonne place.

Les indications de la stellectomie sont trop nombreuses pour être détaillées : Leriche à lui seul l'a pratiquée dans 26 affections différentes.



Dans les affections de la tête et du cou elle est rarement indiquée, puisque les fibres provenant de l'étoilé passent dans la chaîne sympathique cervicale où elles sont beaucoup plus accessibles. Leriche l'a tentée pour rétinite, pour *otospongiose*, pour *névralgie faciale*. Malherbe vante l'infiltration stellaire pour les bourdonnements d'oreille, mais ce sont là des cas atypiques et rares.

Trois domaines d'action s'ouvrent à cette chirurgie, membre supérieur, cœur, poumon.

Dans les affections du membre supérieur

La grande majorité des filets, issus de l'étoilé et gagnant le bras, passent par le sympathique périartériel en se dirigeant directement vers l'artère axillaire. Il semblerait donc que la sympathectomie périhumérale doive donner les mêmes résultats. Il n'en est rien : certaines fibres gagnent la périphérie en passant par les troncs du plexus brachial et les nerfs du membre supérieur. La sympathectomie périhumérale ne les atteint pas. De plus, l'étoilé contient des

cellules nerveuses et sa suppression est plus qu'une simple section nerveuse, mais une ablation de centre réflexe.

Les fibres issues de l'étoilé et se dirigeant vers le bras sont de trois ordres :

Fibres vasoconstrictives ;
Fibres pour la trophicité de la peau ;
Fibres agissant sur le tonus musculaire.

De là résultent les indications opératoires.

Affections vasculaires. — 1° *Maladie de Raynaud.* — La plus fréquente des affections artérielles du membre supérieur, elle est caractérisée par ses crises vasoconstrictives classiques, avec syncope et asphyxie locale, et ses troubles trophiques superficiels avec mutilations spontanées. il faut la distinguer des « faux Raynaud », artérites banales avec ou sans oblitération, qui prennent le masque de cette affection. Dans la maladie de Raynaud vraie, les lésions artérielles sont minimes ou nulles, l'oscillométrie est peu modifiée, il n'y a jamais d'oblitération. C'est dire que les interventions sympathiques seront particulièrement utiles. La sympathectomie périhumérale n'a pas perdu ses droits, la stellectomie ne vient que la renforcer ou la remplacer. Leriche en pose les indications de la façon suivante :

Pour un Raynaud au début avec mutilations minimes chez un sujet jeune, la sympathectomie périartérielle suffit le plus souvent ; sinon, la stellectomie complétera son effet. Si l'affection est avancée et mutilante, il faut faire la stellectomie d'emblée. Chose curieuse, cette dernière est parfois utilement complétée par la sympathectomie humérale ; « il y a une gamme d'intervention qu'il faut savoir manier selon les circonstances ». En tout cas, l'ablation de l'étoilé donne des résultats habituellement favorables. Les récidives, toujours possibles, sont rares et la guérison durable est la règle.

2° *Artérites vraies.* — Bien plus rares au membre supérieur, elles relèvent plutôt de la sympathectomie périartérielle ou de la résection artérielle. S'il s'agit d'artérites multiples, c'est vers la surrénalectomie qu'on devra se tourner. En tout cas les interventions sur l'étoilé seront d'indications très exceptionnelles.

Affections cutanées. — Les *ulcérations atones*, les *radiodermites*, l'*hyperhydrose palmaire* grave sont des indications possibles, mais la sympathectomie périhumérale leur suffit souvent. Leriche a réalisé 32 stellectomies pour *sclérodermie* avec de bons résultats, en l'associant à la parathyroïdectomie.

Affections musculaires. — Son action sur le tonus musculaire a conduit à l'effectuer dans la *maladie de Little* ou même dans le *Parkinsonnisme* où elle diminue la rigidité et le tremblement.

Affections nerveuses. — Les *névrites*, les *causalgies*, les *névromes*, les *moignons douloureux* relèvent plutôt de la sympathectomie périartérielle. La gangliectomie ne serait indiquée que dans certains cas de névrite ascendante. Encore ses résultats sont-ils alors bien décevants.

Par contre Leriche, depuis 1936, a signalé les bons effets de l'infiltration stellaire dans les *paralysies tronculaires du membre supérieur*, paralysie radiale par compression par exemple. Les signes cliniques et même la réaction de dégénérescence disparaîtraient presque instantanément après l'infiltration. Que ce retour brutal soit dû à une modification de la conductibilité nerveuse ou à une meilleure circulation des vasa nervorum, il y a là une méthode étonnante et nouvelle capable de rendre les plus grands services.

Affections osseuses. — Toutes celles qui relèvent d'un trouble circulatoire bénéficieront des interventions sympathiques. Or elles ne sont pas rares au membre supérieur : *ostéoporoses post-traumatiques* dont on sait la grande fréquence et l'évolution désespérante après les traumatismes du poignet, ostéoses post-traumatiques du carpe, *scaphoïdite* de Köhler, *lunarite* de Kienböck ; la stellectomie est rarement nécessaire, son importance étant disproportionnée avec l'affection : la résection péri-humérale donne des résultats souvent inespérés et rapides. Mais, mieux encore et à moins de frais, l'infiltration stellaire, répétée à des intervalles réguliers de 5 à 10 jours, reçoit là une de ses indications les plus fréquentes et les plus utiles.

En résumé, dans les affections du membre supérieur la sympathectomie périhumérale garde des indications fréquentes et la stellectomie ne vit que de ses échecs, mais les infiltrations donnent souvent des résultats durables et leurs applications s'étendent de jour en jour.

Affections du cœur

Le ganglion étoilé contient une grande quantité de fibres cardiaques :

1° Des fibres cardioaccélératrices provenant de la moelle cervicodorsale. A part quelques filets aberrants dans le tronc du pneumogastrique, tous les nerfs cardioaccélérateurs passent par l'étoilé.

2° Des vasomoteurs coronariens venant des troncs sympathiques cervical et dorsal. La majorité sont coronaroconstricteurs, quelques-uns coronarodilatateurs.

3° Des nerfs sensitifs du cœur. On sait que le nerf de Cyon non différencié chez l'homme, s'éparpille en nombreux filets, issus de l'endocarde, qui gagnent les uns le tronc du sympathique cervical, les autres le tronc du pneumogastrique, mais la majorité va se jeter dans le stellaire.

Le ganglion étoilé est donc le centre réflexe et le lieu de passage de fibres abondantes. Son ablation donnera : anesthésie du cœur, coronarodilatation et ralentissement. D'où ses deux indications : Angine de poitrine, tachycardie paroxystique.

Angine de poitrine. — La douleur précordiale, comparable à la claudication intermittente et due à une irrigation insuffisante du myocarde, est capitale pour le malade, mais accessoire pour le chirurgien. Ce qu'il faut combattre c'est avant tout le spasme coronaroconstricteur, réflexe intermittent, et grave, qui peut tuer par fibrillation.

Ces crises vasoconstrictives sont déclenchées par les lésions coronariennes souvent minimes, mais évoluant peu à peu vers l'ischémie où l'infarctus du myocarde.

Contre ces lésions coronariennes, avec ou sans ischémie, la chirurgie sympathique ne peut rien.

Elle ne peut agir que sur deux éléments :

— La douleur, en interrompant les voies sensitives du cœur.

— Le réflexe coronaro-constricteur, l'angiospasme.

1° *La stellectomie* est l'intervention la plus logique et la plus employée pour lutter contre ces deux facteurs. Mais d'autres méthodes ont été utilisées. Il sort de notre sujet de décrire les interventions directes de revascularisation du myocarde par greffes musculaires ou épiploïques, ou la thyroïdectomie. Mais d'autres interventions sympathiques ont été proposées.

2° *L'opération de Danielopolu.* — Pour certains la stellectomie est dangereuse, il faut couper les voies réflexes sans toucher à l'étoilé : section des attaches cardiaques du ganglion stellaire, dite « suppression du réflexe presseur » dont les différents temps sont les suivants : résection du sympathique cervical, section des quatre derniers ramicommunicantes cervicaux, section du nerf vertébral, section de toutes les branches descendantes du pneumogastrique Cette simple énumération suffit à montrer combien l'opération de Danielopolu est complexe, difficile et aléatoire. Pour Leriche et la majorité des chirurgiens la stellectomie est possible, plus sûre et plus simple.

3° Pour d'autres, au contraire, la stellectomie est insuffisante, il faut l'élargir :

— L'opération de Jonnesco emporte avec l'étoilé tout le sympathique cervical.

— L'opération de White adjoint à la stellectomie la résection des 3 premiers ganglions thoraciques.

Beaucoup plus délicates, ces interventions ne sont peut-être pas beaucoup plus utiles. La stellectomie reste donc l'intervention de choix. On la pratiquera d'abord à gauche, puis à droite si le résultat est insuffisant.

Indications de la stellectomie. — Bien entendu il ne peut s'agir que d'angor grave, mettant en danger la vie du malade.

1° *L'angor inorganique*, sans lésions coronariennes décelables, est la forme la plus chirurgicale, contrairement à ce que croient beaucoup de médecins qui ne pensent à l'intervention que pour les coronarites. Ici la douleur est toute la maladie, à sa suppression correspond la guérison.

2° *Les coronarites* ne sont pourtant pas une contre-indication. L'opération n'empêchera pas la mort lente ou subite, mais cette mort sera indolore. C'est la vraie chirurgie de la douleur, tâche ingrate mais non sans beauté.

3° Dans les coronarites avec décompensation cardiaque et angor sub-intrant la stellectomie est contre-indiquée. Peut-être la thyroïdectomie pourra-t-elle s'appliquer à ces cas désespérés.

Résultats de la stellectomie. — C'est une intervention grave : 13 % de mortalité dont 6 % le premier jour. Mais ses accidents, comme ses résultats éloignés, dépendent surtout de l'étendue des lésions coronariennes. Leriche évalue à 70 % les bons résultats, pourvu que la coronarite ne soit pas avancée. Le jour où les médecins ne l'attendront plus, les améliorations seront plus nombreuses et plus durables.

D'autre part, dans l'angor, il faut signaler l'intérêt des infiltrations stellaires qui peuvent arrêter brusquement une crise angineuse et même amener une période de calme prolongée. En tout cas elle permettait de préciser et de guider les indications opératoires.

Tachycardie paroxystique. — La section des cardioaccélérateurs que réalise la stellectomie est le principe de cette méthode, posé par Leriche dès 1924. Ses applications encore très rares sont pourtant encourageantes : 3 cas dont 2 améliorations durables, l'une depuis 7 ans.

Affections pulmonaires

Le ganglion étoilé contient de nombreux éléments à destination pulmonaire :

1° Des filets bronchosensitifs. Nés dans les bronches ils passent en partie par le pneumogastrique, en partie par le ganglion de Wrisberg et le ganglion étoilé.

2° Des filets vasomoteurs pulmonaires. Provenant de la moelle dorsale, ils remontent par l'étoilé puis gagnent le hile pulmonaire.

3° Quant aux filets bronchomoteurs ils ne passent pas par le ganglion étoilé, mais par le sympathique dorsal et le vague.

Les interventions sur le ganglion stellaire pourront donc agir sur deux éléments :

— Irritation du sympathique bronchique.

— Circulation pulmonaire.

De là leurs deux emplois : Asthme bronchique et embolies de l'artère pulmonaire.

1° Asthme bronchique. — On sait que la crise d'asthme, due à des prédispositions générales (troubles vasosympathiques) et locales, « épine irritative », se déclanche grâce à un élément nerveux, la bronchoconstriction. Celle-ci s'entretient d'elle-même par irritation secondaire des bronches : c'est le cercle vicieux réflexe bronchoconstricteur. C'est à l'interrompre que bien des interventions se sont appliquées :

Opération de Kümmel : sympathectomie cervico-thoracique.

Opération de Kappis : section du pneumogastrique.

Opération de Danielopolu : section du pneumogastrique droit, ramisection cervicale inférieure, sympathectomie cervicale.

Il est encore impossible de connaître leur valeur.

En France, avec Leriche, c'est surtout la stellectomie qui retient l'attention, mais son usage est encore peu répandu. A l'étranger elle gagne de jour en jour du terrain. Dolainski en 1931 en relève 382 cas avec 48 % de succès. Goebell en 1933 en rapporte 110 cas personnels avec 41 % de succès.

D'ailleurs, la guérison radicale n'est pas possible, l'irritabilité colloïdoclasique persiste, mais les crises sont supprimées et le malade n'en demande pas plus.

Les indications opératoires sont difficiles à poser. En effet, l'asthme ne met vraiment la vie en danger que si l'état général et le myocarde sont altérés. Alors l'intervention risque d'être inutile. Un test serait nécessaire pour prévoir les effets de la stellectomie. Godard se base sur des dosages répétés de la calcémie : les sujets qui présentent une « instabilité calcique » bénéficieraient de l'intervention. Mais c'est surtout l'infiltration stellaire qui sera utile. Suivie d'un arrêt ou d'un espacement des crises elle conduit à l'intervention.

2° Embolies pulmonaires. — C'est là une application récente des infiltrations stellaires, proposée par Leriche et qui présente le plus gros intérêt.

Les travaux de Villaret ont montré que dans 30 % des cas mortels il n'y avait pas d'embolie massive d'un gros tronc artériel, mais une poussière de petites embolies des branches terminales ; la mort est due non pas au phénomène mécanique de l'oblitération, mais à une vasoconstriction réflexe qui, comme dans les embolies des membres, est due à l'irritation de l'endartère par les caillots. Or, ce réflexe se passe en majeure partie dans le ganglion étoilé.

L'infiltration stellaire gauche ou au besoin bilatérale est, en effet, capable d'amener une amélioration instantanée dans des embolies pulmonaires apparemment fatales. Elle ne peut en rien se comparer avec l'opération de Trendelenbourg qui ouvre l'artère pulmonaire pour en extraire le caillot, intervention dramatique, difficile, le plus souvent irréalisable où les succès commencent à peine à se compter. L'infiltration par contre est un traitement facile, rapide, anodin, ne demandant aucune instrumentation spéciale, et que Leriche a vu réussir deux fois sur trois.

En résumé, la chirurgie du ganglion étoilé comprend deux chapitres bien différents.

La stellectomie dont les indications essentielles sont la maladie de Raynaud, l'angine de poitrine, et l'asthme bronchique. Intervention délicate, dont les progrès sont lents et difficiles, malgré des indications fréquentes et des succès nombreux.

L'infiltration stellaire, simple, rapide et sans danger, dont l'essor est de jour en jour plus grand, et qui voit se ranger dans ses indications les cas les plus divers depuis des affections banales telles que l'ostéoporose du poignet ou la paralysie radiale jusqu'aux plus dramatiques telles que l'embolie pulmonaire.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infantiles, par Robert Debré, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 96 pages, chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 28 francs.

Les fractures récentes, fermées, de l'extrémité inférieure du fémur chez l'adulte, par les docteurs J. Longuet et Ch. Mardrus. Un vol. de 170 pages, avec 136 fig. ou radios. A la librairie Maloine, 1938. Prix : 70 francs.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

TABES ET TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

par M. L. Babonneix,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Lorsque, grâce aux recherches du Prof. Fournier, on se fût rendu compte que le tabes est toujours d'origine syphilitique, on espéra le guérir, sans difficulté et en peu de temps, grâce au traitement spécifique. Hélas ! Seuls, quelques malades parurent améliorés. Pourtant, dès 1900, Babinski soutint que « la cure mercurielle longtemps pour« suivie est efficace et que, pour le moins, elle enraye dans « une certaine mesure l'évolution du tabes ». Il n'employait que le calomel et l'huile grise en injections intramusculaires. Depuis lors, la thérapeutique s'est enrichie des arséno-benzènes en 1910, du bismuth, en 1921. Que pouvons-nous leur demander ? La *restitutio ad integrum* des lésions du névraxe ? Cela n'est pas possible. La « réduction » de la lésion inflammatoire elle-même ? Sans doute, comme le montrent les examens successifs du liquide céphalo-rachidien, ainsi que l'explique M. A. Sézary dans son livre sur la *Syphilis nerveuse* (Masson, éditeur, p. 211-221), mais à condition de se conformer à certaines règles. Il faut :

1° *Connaître la valeur relative de chacune des médications antisyphilitiques dans le tabes.*

Le *mercure* a une activité incontestable, mais lente. Son avantage est de ne pas provoquer d'habitude, de réactivation et d'être bien toléré. Il est contre-indiqué, toutefois, chez ceux dont la dentition est en mauvais état ou qui souffrent d'entérite ou de néphrite. On emploie, soit les solutions aqueuses (cyanure, biiodure), soit les suspensions huileuses : huile grise, huile au calomel.

Les *arséno-benzènes*, qui sont les produits les plus actifs à condition qu'on les utilise aux doses normales. A doses insuffisantes ou trop espacées, ils risquent de réactiver les lésions. Quelles sont donc ces doses normales ?

Pour le novarsénobenzol, chez un adulte non taré, la dose normale par injection, dose qu'on atteint progressivement et qu'il ne faut pas dépasser, est de 1 cgr. 1/2 par kilog., soit 0 g. 90 pour un sujet de 60 kilog. Cette dose maxima, qu'on ne dépasse pas quel que soit le poids du malade, sera réduite chez les intolérants comme chez les sujets atteints d'insuffisance hépatique ou rénale. En aucun cas, on ne doit l'injecter d'emblée. On commencera par une injection de 0 g. 15 et, si elle a été bien supportée, on continuera ainsi en augmentant de 0 g. 15 chaque fois. Au-dessous de 0 g. 60, on met, entre chaque injection, un intervalle de 2 à 4 jours ; au-dessus, un intervalle de 6 à 7. Lorsqu'on a atteint la dose normale, on la répète tous les six ou sept jours, jusqu'à ce que le malade ait reçu une dose totale de 6 g. 50 à 7 g. de produit, selon son poids. Ce médicament, pour donner des résultats, doit être introduit dans l'économie par voie intraveineuse.

Le sulfarsénol peut être injecté sous la peau ou, de préférence, dans les muscles, à des doses allant de 0 g. 06 à 0 g. 60 et même plus. Pour rendre l'injection moins douloureuse, on peut prendre comme solvant du sérum glucosé isotonique à 47 % ou du sérum glucosé phéniqué (Minet). La quantité de liquide solvant est de 5 à 10 cm³. On commence par de faibles doses (0 g. 06), puis on augmente de 6 à 12 centigr. chaque fois, en espaçant les injections de deux à trois jours jusqu'à 0 g. 10, puis de quatre à cinq

jours jusqu'à 0 g. 42. La dose totale est de 6 g. pour l'adulte.

On peut aussi s'adresser à l'arsénomyl (*Mouneyrat*), qui se délivre en solution tout prête pour l'injection intramusculaire, en ampoules dosées de 0 g. 30 jusqu'à 1 g. 20.

Même en allant prudemment, on n'évite pas toujours la recrudescence des douleurs lancinantes après l'injection des premières doses, mais tout rentre dans l'ordre quand on arrive aux doses plus importantes. Contre ces réactions douloureuses, on prescrira (J.-A. Sicard) les petits lavements contenant un paquet de 0 g. 25 de pyramidon, puis XII gouttes noires anglaises ; on se rappellera aussi qu'elles sont souvent réveillées par une cause extérieure : changement brusque de température, ingestion de certains aliments et de certaines boissons, troubles digestifs, tabac, etc., et qu'elles sont améliorées par les méthodes de choc.

Les arsénobenzènes n'ont pas d'autres contre-indications que celles tenant au mauvais état général des malades ou à l'intolérance.

Les sels dérivés de l'acide arsinique (arsenic pentavalent) doivent être absolument proscrits du traitement du tabes.

Le bismuth est une bonne médication antitabétique, supérieure au mercure, inférieure aux arsenicaux trivalents, et qui peut, lui aussi, lors des premières injections, provoquer une recrudescence des douleurs, lancements, qui cèdent si l'on continue le traitement.

Pour savoir comment utiliser ces divers médicaments, un seul moyen : l'examen du liquide céphalo-rachidien par les ponctions lombaires : 1° avant tout traitement ; 2° à la fin d'un traitement fort et prolongé (au bout de deux ans) ; 3° facultativement, au bout d'un traitement peu intensif d'une durée de trois ans.

2° *Mettre en jeu les médications précédentes.* Rappelons, pour mémoire, les contre-indications, d'ailleurs rares : cachexie, sénilité, insuffisance hépatique ou rénale, asystolie, artério-sclérose avancée.

Dans tous les cas où elles font défaut, il faut frapper fort. Mais, comme les arsénobenzènes exposent, quoique rarement, à des accidents graves, il y a intérêt à leur substituer les sels de bismuth, qui suffisent généralement, à condition de faire des séries de 15 à 20 injections avec des intervalles n'excédant pas, en tout, un mois et demi à deux mois. La seconde année, on pourra alterner le bismuth avec l'huile grise ou, mieux, l'huile au calomel. Le traitement se montre-t-il incapable de réduire les anomalies du liquide céphalo-rachidien, alors on s'adressera au novarsénobenzol, que l'on associera au bismuth. Un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien nous place donc devant l'une des trois éventualités suivantes :

1° Les anomalies sont réduites. On instituera un traitement de consolidation pendant trois ans au moins. A la fin de la 3e année, nouvel examen du liquide céphalo-rachidien : s'il est normal, on cesse tout traitement.

2° Elles sont presque réduites. On fera encore une série novarsénobismuthique.

3° Elles n'ont pas disparu. On recommence le traitement intensif indiqué plus haut.

Physiologie de l'écriture cursive, par le docteur CAULEWAERT. Un volume in-8° de 123 pages, avec 56 figures groupant des croquis de U. Wernaers, des photogravures extraites de films, des reproductions d'écritures. A l'Edition universelle S. A., 53, rue Royale, Bruxelles.

Les hépatites, un volume de 262 pages, avec 47 figures. Prix : 60 francs, par Maurice LOEPER. Chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1937.

IIe CONGRÈS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

(Évian, 22-24 septembre 1938) (1)

Le syndrome hépato-rénal aigu. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Maurice DÉROT. Les auteurs appellent syndrome hépato-néphritique un syndrome caractérisé par l'évolution simultanée de manifestations hépatiques et rénales étroitement intriquées et dues à une cause unique. La forme élémentaire ou hépatonéphrite simple groupe des symptômes hépatobiliaires : ictère, hépatomégalie, des symptômes rénaux : albuminurie, cylindrurie, hypoazoturie, etc. ; des symptômes nerveux et enfin des symptômes humoraux. Ces derniers sont extrêmement complexes, ils intéressent à la fois les lipides, les protides, les glucides, l'équilibre acidobasique et minérominéral. A côté de cette forme simple d'hépato-néphrite, des formes complexes doivent être décrites ; ce sont l'hépatonéphrite hémolytique, l'hépatonéphrite hémorragique, l'hépatonéphrite avec œdèmes, l'hépatonéphrite avec réaction méningée. Une place à part est à faire aux formes frustes. Au point de vue étiologique, les hépato-néphrites peuvent être toxiques, infectieuses, ou demeurer cryptogénétiques. Au point de vue pathogénique, les lésions hépatiques et rénales sont dues en général à une cause commune ; mais il est possible que dans certains cas, l'un des organes soit seul lésé de manière initiale et que ce soit cette lésion qui entraîne secondairement la lésion de l'autre organe ; cette dernière hypothèse est rendue plausible par des travaux expérimentaux.

Ont pris part à la discussion : MM. Loeper, Florence, Thiers, Vague et Rathery.

Climats et affections de l'appareil urinaire. — MM. M. PIERY et M. MILHAUD (de Lyon). Les actions climatiques, tant pathogènes que thérapeutiques, qui paraissent acquises à l'heure actuelle, sont les suivantes :

Parmi les effets des *éléments climatiques* sur le rein et son fonctionnement, les mieux connus sont ceux du *froid*, de l'humidité de l'atmosphère. Le *bain de soleil* accroît la diurèse et la transsudation du plasma dans le tissu cellulaire sous-cutané et le derme.

Parmi les grands *climats thérapeutiques* (au-dessus de 1.100 à 1.200 m., la haute altitude entraîne la rétention d'eau, de chlorures et d'urée chez les urinaires, dont la perméabilité rénale est altérée.

Le *climat marin* est généralement considéré comme nocif aux néphropathies, sauf aux albuminuries de l'adolescence.

L'action favorable du *climat de désert* est discutée par les expérimentateurs.

Les *climats de plaine*, de *forêt*, de *lac*, de *faible altitude*, à condition d'être secs et ensoleillés, sont les climats de choix des rénaux pour l'été.

Mais les diverses *indications* et *contre-indications* des cures climatiques peuvent à l'heure actuelle, être serrées de plus près et individualisées dans les diverses affections urinaires.

Insuffisance cardiaque et insuffisance rénale. — Professeur agr. LIAN et docteur P.-F. MERKLEN (Paris). I. — Dans les cardiopathies valvulaires d'origine endocarditique, en particulier d'origine rhumatismale, l'insuffisance cardiaque n'entraîne pas en général d'insuffisance fonctionnelle ou lésionnelle du rein.

Cependant, on ne peut affirmer que des poussées répétées d'insuffisance cardiaque ne seraient pas susceptibles à

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 79, du 1er oct., p. 1257, et n° 81, du 8 oct., p. 1289.

la longue de causer, ou tout au moins de favoriser l'apparition d'une insuffisance rénale.

L'intégrité habituelle du fonctionnement rénal est importante à connaître, car elle conduit à l'emploi large et heureux des diurétiques mercuriels, quand les œdèmes et l'oligurie sont très accusés.

Dans l'insuffisance cardiaque des hypertendus, des cardio-scléreux, l'atteinte rénale est relativement fréquente, mais elle n'est pas la conséquence de l'insuffisance cardiaque.

II. — Le retentissement cardiaque des altérations rénales est, en premier lieu, la conséquence de l'hypertension artérielle que celles-ci conditionnent.

Il ne faut pas méconnaître l'intervention possible de l'œdème du myocarde, du déséquilibre neuro-végétatif, de l'atteinte parallèle infectieuse ou toxique du cœur et du rein, ou encore l'imprégnation toxique ou une perturbation nutritive du muscle cardiaque liée à l'insuffisance rénale elle-même.

Discussion. — Ont pris la parole : MM. Pasteur Vallery-Radot et Rathery.

A propos de l'azotémie des prostatiques et en particulier de l'azotémie extra-rénale d'origine mécanique. — M. E. Chauvin. L'azotémie chez les prostatiques reconnaît des causes multiples et l'élévation de l'urée sanguine est due à l'action combinée de divers facteurs : des lésions anatomiques du rein, un trouble purement fonctionnel de la fonction uréo-secrétoire, enfin des phénomènes de rétention mécanique pure.

L'étude de l'azotémie ne peut pas nous fournir sur la valeur fonctionnelle des reins chez les prostatiques des indications précises. Seule la vidange méthodique de la vessie peut donner des renseignements très précis.

Discussion. — Ont pris la parole MM. Chevassu et Rathery.

L'insuffisance rénale dans la néphrite chronique atrophique de l'enfance avec arrêt de croissance. — MM. Robert Debré, Julien Marie et Mlle M.-L. Jammet. Les trois caractères les plus remarquables de l'insuffisance rénale de la néphrite atrophique de l'enfance sont : I. La précocité de l'atteinte du pouvoir concentrateur du rein, troublé dès les premiers mois ou les premières années de la vie, ce qui provoque la polyurie et la polydipsie. — II. La longue durée — une dizaine d'années — de cette période polyurique, compensant l'insuffisance de la concentration, grâce à la conservation de la fonction de dilution. — III. La latence de l'azotémie et sa longue période de tolérance, les enfants pouvant vivre des années en parfait état apparent, malgré une azotémie oscillant entre 0 gr. 50 et 1 gramme, si bien que la maladie peut parfois durer jusqu'à vingt ou vingt-cinq ans.

Discussion. — Ont pris la parole : MM. Lévy-Darras, Eric Martin, Ramel et Rathery.

COMMUNICATIONS

La mesure de la sécrétion créatinique et ses résultats en pathologie cardio-rénale. — MM. J. Dunan, A.-X. Jouve et J. Vague, par des mesures du coefficient d'épuration sanguine pour la créatinine et pour l'urée en orthostatisme et en clinostatisme, ont essayé de dissocier l'élément circulatoire et l'élément glandulaire de l'insuffisance rénale.

L'hypochlorémie de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique. — MM. Maurice Perrin et Pierre Louyot montrent que l'encéphalite psychosique aiguë azotémique s'accompagne habituellement d'insuffisance rénale, qui n'est pas responsable de l'azotémie parfois très élevée qui caractérise la maladie ; l'origine extra-rénale.

Insuffisance rénale et chirurgie. — Le professeur Americo Valerio montre que les phénomènes humoraux observés chez les opérés relèvent d'une réaction générale à prédominance hépato-rénale dans la pathogénie de laquelle intervient probablement le déséquilibre vago-sympathique.

Des conditions de l'élimination rénale de la vitamine C. — Le professeur Ramel (Lausanne) expose que la plus grande partie de l'acide ascorbique non retenu dans l'organisme est éliminée dans les trois heures, suivant trois types d'élimination :

Normale : 20 à 30 milligrammes ; supranormale : 50 à 100 milligrammes ; infranormale : 10 à 15 milligrammes.

L'énervation rénale : étude expérimentale de quelques conséquences physiopathologiques. — MM. Bariéty et D. Kohler montrent que l'énervation rénale augmente certaines réponses tensionnelles et viscérales aux excitations urétéro-pyéliques, mais que, associée à l'ésérinisation ou à l'atropinisation, l'énervation supprime ces réponses.

Sinus carotidien et fonctionnement rénal. — MM. Henri Benard et Félix-Pierre Merklen (Paris) rappellent que la réduction de diurèse secondaire à l'occlusion des carotides primitives, chez le chien, ne leur paraît pas s'accompagner de perturbations constantes du fonctionnement rénal.

Quelques considérations sur les fonctions rénales dans l'hypertension artérielle permanente et paroxystique. — M. le Dr Kisthinios (Athènes).

Amylose et néphrose lipoïdique associées au cours d'une tuberculose pulmonaire. Intérêt de l'étude de l'index lipo-albuminique de Machebœuf. — MM. J. Vidal, P. Monnier, J. Fourcade et F. Viala.

Les possibilités opératoires chez les calculeux en état d'insuffisance rénale. — M. Gayet.

L'hyperazotémie des hémorragies méningées. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et J. Boucomont.

Insuffisance rénale et action antitoxique d'un mélange de cortex surrénal et de moelle osseuse. — M. le Dr Maurice Wahl.

Indice chromique résiduel de l'urine et cure alcaline. — M. le Dr L. Lescœur et Mlle J. Patin.

La diurèse aqueuse après ingestion d'eau. — M. Schmidt.

L'insuffisance rénale globale. — M. C.-F. Gomez-Gonzalez (La Havane).

L'hélénine de l' « Inula Helenium » et son action dans l'insuffisance hépatique et rénale. — M. le Dr G. Chevalier (Paris).

Relation entre certaines perturbations rénales et les troubles gastro-intestinaux. — Professeur A. Slatineanu, Drs I. Balteanu, B. Sibi, F. Veit et S. Agavrilaci (Jassy).

L'innocuité de l'alcoolothérapie et la néphrite rhumatismale. — Professeur Dumitresco-Mante.

L'innocuité de la salicylothérapie et la néphrite rhumatismale. — Professeur Dumitresco-Mante.

***

Au moment où se termine ce congrès, il est permis de mesurer tout ce que nos connaissances de l'insuffisance rénale ont gagné à l'audition des rapports et des fécondes discussions qui les ont suivis. Le principal intérêt de telles réunions est, en effet, par la confrontation des opinions, une mise au point nécessaire, une sorte de décantation des idées, indispensable dans des sujets aussi complexes que l'insuffisance rénale.

S'il fallait indiquer l'idée directrice de ce congrès, il nous semble que sa principale nouveauté tient dans l'étude, jusque-là peu exploitée, des relations de l'insuffisance rénale avec les autres branches de la pathologie.

C'est ainsi qu'ont été précisés les rapports de l'insuffisance rénale avec les glandes endocrines, le foie, le système nerveux, le cœur, la peau, ainsi qu'avec certains autres grands syndromes complexes, tel le diabète.

Une autre particularité, également fructueuse, a été réalisée à ce congrès par la collaboration intime des chirurgiens urologues.

Enfin, une conclusion plus générale encore tiendrait en ce fait que, de la plupart des rapports, se dégage nettement l'idée de la multiplicité des insuffisances rénales.

A. ROUX-DESSARPS et MENDE.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET COMPLICATIONS DE LA GRIPPE

Maladie infectieuse endémique, à l'état continu, la grippe donne lieu de loin en loin à de grands paroxysmes épidémiques, dont la gravité est extrême.

Elle est susceptible de réaliser des aspects cliniques extrêmement variés, et il semble que, à la faveur des recherches récentes, on puisse distinguer :

1° *Les formes pures de la grippe :* attribuables au *seul virus grippal*, filtrant et infravisible, et ne donnant guère que des troubles généraux fébriles, les signes de localisation restant discrets.

2. *Les formes compliquées :* où le virus grippal s'associe à d'autres germes pathogènes : bacilles de Pfeiffer, streptocoques, pneumocoques surtout — donnant lieu à des signes de localisation plus précis, qui évoluent pour leur propre compte.

Mais un fait doit être souligné d'emblée : alors qu'en phase endémique, la grippe se complique peu et reste une affection en général bénigne, en période épidémique, elle devient *très grave.* Son pronostic étant dominé par la fréquence, l'intensité et la contagiosité des complications pulmonaires.

A. — LES FORMES PURES DE LA GRIPPE

I. *Type bénin, en période endémique :*

Réalise un tableau infectieux aigu dominé par *son évolution :* brutale, courte, bénigne.

L'intensité des signes nerveux : asthénie et courbature au premier chef, qui persistent un certain temps.

a. Le type habituel : *l'embarras gastrique fébrile.*

Incubation : toujours très courte : un ou deux jours.

Début : brutal, sans prodromes.

Au milieu de ses occupations, le malade est pris subitement d'un malaise extrême, avec frissons et courbatures généralisés. Il vomit et doit s'aliter, anéanti. Rapidement, la température est à 40°.

Etat. — 1° *Les signes nerveux* dominent le tableau clinique.

Des *douleurs :* par tout le corps, vagues, continues ; le malade se sent « roué de coups ».

Plus vives encore :

A la tête : céphalée très vive, à maximum sus-orbitaire, avec élancements, bourdonnements, douleurs dans les globes oculaires, souvent vertiges.

Au tronc : rachialgie intense.

L'asthénie est bien connue. Maxima d'emblée. Malade abattu, voire prostré.

2° *Les signes gastro-intestinaux :* vomissements fréquents, douloureux ;

— Constipation avec douleurs diffuses abdominales ;

— Anorexie complète. Haleine fétide.

L'examen de *la langue* fournit un bon élément diagnostique : sauf sur la pointe et les bords, elle est recouverte d'un enduit saburral, d'aspect « *porcelainé* ».

3° *Les signes généraux.* — Température à 40° ;

— Pouls rapide, mais avec une légère dissociation ;

— Urines rares, souvent albumineuses ;

— Tension artérielle basse.

4° Enfin, au second plan, et néanmoins importants à considérer pour le diagnostic :

Quelques signes respiratoires : rhino-pharyngite, légère trachéite.

L'évolution. — L'état reste ainsi stationnaire pendant 48 heures en moyenne. Puis *brusquement*, la température retombe à la normale, souvent après une crise sudorale nocturne.

Mais la convalescence est anormalement longue, car l'asthénie et la courbature survivent longtemps à la fièvre.

b. D'autres fois, tout en conservant cette symptomatologie brusque, les douleurs, l'asthénie, la grippe donne lieu à un catarrhe intense, qui passe alors au premier plan :

Catarrhe oculaire avec photophobie ;

Catarrhe nasal ;

Catarrhe pharyngé : gorge et amygdales très rouges, traînées de muco-pus ;

Catarrhe laryngé et des *voies aériennes supérieures*, voix enrouée, toux, expectoration muqueuse.

Enfin : quelques râles de bronchite discrète, qui, en règle, ne dépasse pas les grosses bronches.

L'évolution tourne court en quelques jours.

II. *Les formes graves en phase d'épidémie* donnent lieu à des tableaux cliniques d'allure sévère :

a) *Soit d'aspect typhoïde ;*

L'asthénie et le syndrome fébrile y sont graves et prolongés, après un début toujours brutal ;

Le malade n'est plus seulement abattu, il est *prostré*, il délire le soir et la nuit ;

La température stationne aux alentours de 40 ;

Le pouls est petit, instable. La tension artérielle très basse ;

La langue est sèche. La raie blanche fréquente ;

Les signes de « méningisme » sont courants ;

La respiration est rapide, sans qu'à l'auscultation, on trouve de quoi expliquer cette dyspnée.

L'état reste ainsi stationnaire pendant 8 à 10 jours.

Cependant, on note dans la règle, un *crochet passager* de la fièvre vers le 3e ou 4e jour, elle remonte ensuite et ne redescend en lysis qu'à dater du 7e ou 8e jour.

Une crise sudorale et urinaire (et sanguine) annonce la convalescence, toujours *lente.*

Les rechutes sont à craindre.

b) *Soit d'aspect hypertoxique.* — Le début y est quasi foudroyant, l'organisme étant d'emblée *sidéré.*

Puis peu à peu, les signes toxiques apparaissent.

Aspect : Prostration complète ; polypnée, délire nocturne ; facies pâle, ou d'une lividité cyanique ; oligurie absolue avec albuminurie massive ; température très élevée ; bruits du cœur rapides et très assourdis.

Evolution. — Trop souvent inexorable :

Par collapsus cardiaque ; par atteinte bulbaire ; par anurie, ou dans un syndrome hémorragique diffus.

c) *Soit d'aspect septicémique :*

Septicémie à évolution suraiguë, où s'intriquent les signes de défaillance cardiaque, hépatique, rénale et surrénales.

A l'hémoculture, on trouve le germe surajouté (pneumo, strepto, surtout) qui signe la réalité de cette septicémie hypertoxique.

(A suivre.) GUY LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

N° 83. — SAMEDI 15 OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hospices civils de Rouen. — Un *concours* pour la nomination à trois places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires de médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 22 décembre 1938. Les épreuves commenceront à 16 h. 30, à l'hospice général, salle des séances.

Inscriptions jusqu'au 6 décembre 1938, à 18 heures au plus tard, au Secrétariat des Hospices civils, 1, rue de Germont, à Rouen.

Faculté de Médecine de Paris. — 1re et 2e années A R et N R.

Anatomie pratique, 1re A R et 2e N R : 17 octobre. (Voir affichage le 12 octobre, à l'École pratique.)

Anatomie écrit, 1re A R et N R : 18 octobre. (Distribution des convocations le 17 octobre.)

Bactériologie écrit, 1e A R : 17 octobre. (Distribution des convocations le 15 octobre.)

Physiologie écrit, 2e A R et N R : 19 octobre. (Distribution des convocations le 18 octobre.)

Chimie écrit, 2e A R et N R : 24 octobre. (Distribution des convocations le 22 octobre.)

Histologie écrit, 1re A R et N R : 25 octobre. (Distribution des convocations le 24 octobre.)

(Les convocations seront distribuées aux dates indiquées au Guichet 2, de 12 heures à 15 heures.)

Pour les autres épreuves, voir affichage ultérieur.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Kehl, assistant, est chargé à nouveau pour 1938-1939 des fonctions d'agrégé d'histologie et embryologie. M. le docteur Gros est renouvelé dans les fonctions de chef des travaux d'histologie et embryologie.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. le professeur Spillmann est renommé doyen pour trois ans à partir du 1er octobre 1938.

École de Médecine d'Angers. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira, le lundi 24 avril 1939, au siège de cette école.

Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le mercredi 26 avril 1939, au siège de cette école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Ecole de Médecine de Caen. — M. Rolland Feutry est nommé chef des travaux pratiques de chimie.

École de Médecine de Grenoble. — M. le docteur Corneloup, professeur de physiologie est nommé directeur pour trois ans à partir du 1er octobre 1938.

Légion d'honneur. — AFFAIRES ETRANGÈRES. — *Officier :* le docteur A. Dujarric de La Rivière, chef de service à l'Institut Pasteur.

Chevalier : le docteur Georges Béros, à Casablanca.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier :* les docteurs Fouquet, à Saint-Rémy ; Louis Gauthier, à Nogent-le-Rotrou ; Pierre Lehmann, chef du service d'électro-radiologie à l'hôpital Bichat ; Michel-Béchet, à Avignon ; Mourlan, à Soulac-sur-mer ; Nicolleau, à Saint-Malo.

Guerre. — MUTATIONS. — *Médecins-colonels :* M. Vielle, à l'hôpital Bégin ; M. Fribourg-Blanc, sous-directeur du S. S. de la 18e région ; M. Buffé, à l'hôpital militaire de Grenoble ; M. Gauthier, médecin chef de l'hôpital Percy ; M. Perdrizet, à l'hôpital Dominique Larrey, à Versailles.

Médecins lieutenants-colonels : M. Monloup, président de la Commission de Réforme de la Seine ; M. Sieur, médecin-chef de l'hôpital Maillot, à Alger ; M. Bou-Hanna, hôpital mixte d'Orléans ; M. Marty, hôpital mixte de Périgueux.

Bourses d'études de l'Association amicale des Médecins du Nord à Paris et Fondation Quivy. — Les étudiants en médecine pourvus de cinq inscriptions, au moins, et justifiant de l'insuffisance de leurs ressources financières peuvent, s'ils sont originaires de la région du Nord (Aisne, Ardennes, Nord, Pas-de-Calais, Somme), solliciter une bourse d'études de l'Association du Nord médical (association amicale, reconnue d'utilité publique) ou le bénéfice de la Fondation Quivy, qui est accordé de préférence à un originaire d'Anzin.

Les étudiants remplissant ces conditions s'adresseront dès maintenant 22, rue de Madrid, Paris (8e), au Secrétariat des Bourses d'Études du Nord médical.

Prix médical du Rotary français. — Ce prix, d'une valeur de 10.000 francs, sera attribué en 1939 à l'auteur français du meilleur travail sur le *Traitement sérothérapique de la poliomyélite.*

Les travaux en six exemplaires devront être adressés à M. le docteur J. Ramadier, 22, rue Clément-Marot, à Paris, avant le 31 décembre 1938.

Le Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie s'ouvrira le 24 octobre 1938, à 9 h. 30, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. Le Mée.

Le Xe Congrès français de Stomatologie prévient qu'il se tiendra du 24 au 29 octobre à la Faculté de Médecine de Paris, Secrétariat Salle Béclard.

La IIe Session de la Conférence de la Chimiothérapie de la blennorragie se tiendra à Paris en décembre de cette année. Pour renseignements, s'adresser au docteur Sicard de Plauzolles, Commission de Préservation contre les Maladies vénériennes, Ministère de la Santé publique, rue de Tilsitt, Paris.

Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine. — Des renseignements assez précis viennent de parvenir à la Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine au sujet de conventions que certaines maisons de santé chirurgicales auraient l'intention de passer avec des caisses d'Assurances Sociales, conventions dans lesquelles figureraient les dispositions relatives aux honoraires des chirurgiens.

La Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine rappelle les décisions antérieures prises par elle, d'accord avec les groupements syndicaux intéressés (Commission tripartite de Liaison, comprenant des représentants de la Fédération, des syndicats de chirurgiens et des syndicats de maisons de santé), et notamment, la décision qui précise que toutes les indications relatives aux honoraires doivent être inscrites dans la convention départementale Syndicat-Caisse.

La Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine rappelle, en outre, que l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats Médicaux français a déclaré, le 18 décembre 1937, » qu'elle ne peut admettre qu'on fasse figurer dans une convention ou dans un accord d'agrément passés entre caisses d'Assurances Sociales et maisons de santé (chirurgicales ou médicales) : ni le taux des honoraires du praticien et de ses aides, ni des obligations imposées aux praticiens et aux spécialistes, de quelque nature qu'elles soient ».

CHRONIQUE

SÉANCE INAUGURALE DE L'UNION THÉRAPEUTIQUE

L'*Union internationale thérapeutique* a réuni en très peu d'années la plupart des savants dont les travaux en thérapeutique font autorité et le nombre des adhérents ne cesse d'augmenter. Sous l'impulsion énergique de ses fondateurs, le professeur M. Loeper et notre collègue Leven, les réunions de l'Union offrent l'occasion aux cliniciens, aux physiologistes, aux chimistes d'étudier en commun les dernières conquêtes thérapeutiques.

Cette année, l'assemblée générale était consacrée à des méthodes qui s'imposent actuellement à l'attention des médecins : *l'oxygénothérapie, la protéinothérapie du diabète, la vitaminothérapie dans les maladies de l'appareil digestif, la chlorophyllie et les lésions cutanées, les injections intraveineuses continues en thérapeutique*, enfin *le soufre en thérapeutique.*

Toutes ces questions confiées à des rapporteurs hautement qualifiés ont donné lieu à de très intéressants exposés dont nous rendrons compte très prochainement.

La *séance inaugurale* a eu lieu mercredi matin, dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le doyen Tiffeneau, en présence de M. le recteur Roussy, assisté du professeur Loeper, président de l'Union, de notre collègue Leven, secrétaire général et du docteur Gaston Doin, trésorier. On remarquait la présence de M. le professeur F. Bezançon, président de l'Académie de Médecine, de MM. les professeurs von Bergmann (Berlin), Bürgi (Berne), Zünz (Bruxelles), Dautrebande (Liége), Marañon et Hernando (Madrid), Gordonoff (Berne), Dillon (Dublin), La Barre (Bruxelles), Cade (Lyon), Sergent, Rathery, Noël Fiessinger, Villaret, Strohl, Harvier, Léon Binet, Perrot, Portier, Fourneau, Charles Richet, Chabrol, Lian, MM. Henri Bénard, Decourt, Maignon, Laemmer, et de très nombreux confrères de Paris.

Après un excellent discours de M. Tiffeneau, président, M. Leven, secrétaire général, lit son rapport annuel. Saluant les membres tchécoslovaques de l'Union, il leur adresse l'expression de sa sympathie pour le sacrifice consenti par leur pays en faveur de la paix générale. Il envoie aussi une pensée au professeur Singer (de Vienne), dont on est sans nouvelles depuis trois mois. Pendant une minute, l'assistance dressée observe un émouvant silence.

Leven expose ensuite en quelques mots les progrès réalisés par l'Union thérapeutique.

Après le rapport financier de M. Gaston Doin, le président Loeper prononce une brillante allocution et termine en demandant aux médecins de tous les pays, aux médecins toujours penchés sur les misères humaines, d'user de leur influence pour ramener un peu de raison dans un temps où se révèlent tant d'appétits bien dangereux pour la paix du monde.

L'Assemblée aborda alors l'étude des questions mises à l'ordre du jour.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

*



Travail du service du Docteur G. Huc

LE GENOU BALLANT DANS LA COXALGIE

par

P. BRISARD et M. BADIE

Assistants d'orthopédie à l'Hôpital Saint-Joseph

Le genou ballant constitue une des séquelles fréquentes et graves de la coxalgie : *Fréquente*, par suite d'une immobilisation insuffisamment prolongée du genou au cours de la reprise de la marche ; *Grave*, parce qu'elle compromet sérieusement la stabilité de cette articulation, et rend très difficile et instable une marche déjà assez pénible par suite de l'ankylose de la hanche.

Nous nous efforcerons surtout dans ce court exposé de montrer combien il est facile de prévenir une telle complication.

Nous exposerons ensuite les diverses thérapeutiques envisagées, orthopédiques ou chirurgicales, pour lutter contre le genou ballant constitué.

HISTORIQUE

On n'entend guère parler du genou ballant avant 1900.

En 1902, Kirmisson signale deux cas :

1. Celui d'une jeune fille atteinte de coxalgie dans son jeune âge, traitée par extension continue et présentant une dislocation complète du genou, véritable jambe de polichinelle.

2. Un second cas intéresse également une jeune fille atteinte de coxalgie à l'âge de 7 ans, non traitée jusqu'à l'âge de 13 ans, époque à laquelle son état s'aggravant, on applique une extension continue. Après suppression de l'extension, l'auteur constate une déviation du genou en recurvatum avec inflexion énorme de l'épiphyse tibiale, déviation de l'épiphyse fémorale en avant et en dedans et laxité articulaire considérable.

En 1904, Patel et Cavaillon rapportent 4 cas de genou ballant consécutif à la coxalgie : tous les quatre présentaient des mouvements de rotation et de latéralité du genou, associés à l'équinisme du pied, au genu valgum et recurvatum.

C'est surtout à partir de 1920 que différents auteurs ont étudié la question, au point de vue pathogénique et thérapeutique.

PATHOGENIE — ETIOLOGIE

L'apparition et la fréquence du genou ballant dans les séquelles de la coxalgie varient essentiellement suivant :

— La forme anatomo-pathologique des lésions bacillaires ;

— L'âge du malade ;

— Le mode d'appareillage employé au cours du traitement et à la reprise de la marche.

I. — Le genou ballant s'observe principalement dans les coxalgies vicieusement consolidées en adduction, abduction ou flexion avec raccourcissement. C'est en effet pour compenser ces différentes attitudes vicieuses que l'on constate au niveau du genou ces modifications statiques, telles que genu valgum, genu varum ou genu recurvatum.

Ces attitudes compensatrices finissent par entraîner une distension des moyens de fixité de l'articulation, distension des coques condyliennes, laxité ligamentaire qui, jointes à l'atrophie des muscles de la cuisse et en particulier du quadriceps, déterminent la mobilité anormale du genou.

Secondairement, l'apparition de déformations osseuses rend plus délicate la correction de cette complication.

II. — C'est dire que cette séquelle se rencontrera avec plus de fréquence chez l'enfant que chez l'adulte : chez celui-ci, la croissance étant terminée, les déformations compensatrices seront toujours moins accusées.

Les lésions anatomo-pathologiques importantes avec destruction du sourcil cotyloïdien et de la tête, plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, faciliteront les attitudes vicieuses compensatrices. Il en sera de même pour les pseudarthroses intra-cotyloïdiennes, les arthrites longues à consolider.

III. — Mais le facteur le plus important du genou ballant tient avant tout à l'appareillage insuffisamment prolongé ou mal conditionné — cela encore — surtout chez l'enfant, où l'arthrodèse reste une opération que beaucoup de chirurgiens se refusent à pratiquer tôt.

1° *Au cours du traitement :*

— L'extension continue doit être judicieusement appliquée : une traction trop forte prenant point d'appui sur la jambe peut distendre les ligaments de l'articulation du genou. Une traction exercée sur un plan supérieur à l'axe du membre peut déterminer un recurvatum par flexion de l'épiphyse supérieure du tibia, ceci surtout dans la première enfance.

— L'appareil plâtré pelvi-pédieux doit immobiliser correctement le membre malade, genou en rectitude, évitant le recurvatum.

Pour cela, le plâtre doit être moulé avec soin sur le membre malade recouvert d'un simple jersey, sans intermédiaire de coton permettant ultérieurement le jeu d'un membre atrophié dans un plâtre devenu trop large.

Cette immobilisation plâtrée doit évidemment être prolongée aussi longtemps que le nécessite la cicatrisation des lésions et l'ankylose solide en bonne position.

2° *Pendant la convalescence*, la culotte plâtrée ou l'appareil de celluloïd permettant la reprise de la marche doivent obligatoirement au début descendre au-dessous du genou.

Ce n'est qu'au bout de quelques mois de marche, quand muscles et ligaments ont repris en partie leur

tonicité, que le genou peut être progressivement libéré sans avoir à craindre les mouvements de latéralité et la gêne fonctionnelle qui en résultent.

IV. — Il faut noter enfin l'importance des troubles trophiques dans la constitution du genou ballant. Cette infirmité s'observe surtout dans les coxalgies graves avec atrophie osseuse considérable déterminant un raccourcissement important du membre inférieur, avec déformations des épiphyses articulaires toujours plus marquées sur le tibia.

Notons, en effet, que le genou ballant s'observe rarement chez les coxalgiques ankylosés en bonne position et présentant peu de raccourcissement.

CLINIQUE

Moment d'apparition.

C'est parfois au cours de la convalescence que l'on est appelé à examiner ces malades.

Le malade est le plus souvent amené des années après la guérison de sa coxalgie, alors que la marche devient de plus en plus pénible.

Un des facteurs habituels de cette aggravation est la croissance qui se fait souvent par poussées, surtout au moment de la puberté ; elle détermine presque toujours une hypotonie musculo-ligamentaire qui, jointe à la fatigue générale, à la surcharge par augmentation de poids, vient accroître l'hypotonie préexistante et compromettre la solidité de l'articulation.

Chez l'adulte, c'est presque toujours la diminution de la puissance musculaire qui détermine avec l'âge l'apparition d'une telle déformation.

La marche est incertaine, douloureuse. Elle est particulièrement difficile en terrain accidenté, à la montée d'un escalier ; la période d'appui sur le membre malade entraîne des tiraillements ligamentaires, de petites entorses à répétition, rendant la fonction de plus en plus pénible. Le genou s'infléchit à chaque pas, le membre se dérobe, à tel point que le malade en vient à redouter et à éviter toute sortie pour éviter ces phénomènes douloureux.

En position debout.

C'est surtout pendant la station unilatérale sur le membre malade qu'apparaît la déformation en genu valgum si le membre est fixé en adduction — en varum s'il reste rectiligne. Dans presque tous les cas, valgum et varum s'associent à un recurvatum essentiel, parfois très accusé, et c'est là un fait capital.

En position couchée.

Les deux épines iliaques étant sur un même plan, l'attitude vicieuse est facilement contrôlable, quoique cependant moins exagérée qu'au cours de l'appui sur le membre malade.

On mesure l'atrophie quadricipitale très importante.

On apprécie au goniomètre le degré des mouvements de latéralité du genou, son hyperextension exagérée, en même temps que l'on constate parfois l'hypertrophie d'un des deux condyles, ou leur saillie en arrière en cas de recurvatum.

RADIOGRAPHIE

Les radiographies doivent être faites de face et de profil, en position normale et en latéralisation maxima pour permettre d'apprécier l'étendue des mouvements de latéralité. Les lésions intéressent en général les deux surfaces articulaires.

1) *De face.*

Les épiphyses fémorales et tibiales sont généralement décalcifiées.

Les condyles fémoraux, à contours souvent irréguliers, sont plus ou moins hypertrophiés ; cette hypertrophie porte sur l'un des deux condyles suivant le sens de la déformation.

L'hypertrophie du condyle tibial correspondant est de règle.

Les modifications les plus importantes portent surtout sur l'interligne articulaire : il est généralement très pincé, pouvant même disparaître complètement sur une radiographie de face, les ombres fémorales et tibiales se superposant. Ce pincement est plus marqué du côté du déplacement, alors que l'on peut noter au contraire un élargissement du côté opposé. De plus, sa direction est complètement modifiée : du fait de l'inclinaison en dehors ou en dedans des plateaux tibiaux et du bord inférieur des condyles, il perd son horizontalité normale pour prendre une obliquité importante.

2) *De profil.*

L'épiphyse fémorale peut être infléchie, présentant une forte courbure à convexité antérieure. Les condyles hypertrophiés déjetés en arrière ne s'articulent alors avec les plateaux tibiaux que par leur face antérieure.

Mais c'est surtout sur l'épiphyse tibiale que portent les altérations de forme les plus importantes : formant normalement, avec le diaphyse, un angle à sinus postérieur, elle est très atrophiée et prolonge directement le fût tibial sans aucune inflexion.

Ainsi, pathologiquement redressée, l'épiphyse tibiale peut réaliser avec l'axe fémoral une déformation en baïonnette :

1° Dans certains cas, les plateaux tibiaux et l'interligne sont fortement obliques en bas et en arrière. La tête du péroné semble avoir subi un mouvement d'ascension et vient faire saillie juste au niveau de l'interligne affleurant le bord supérieur des plateaux tibiaux. La rotule est remontée au-dessus des condyles.

2° Parfois l'inflexion en avant de l'épiphyse tibiale déformée entraîne une obliquité des plateaux tibiaux et de l'interligne, en bas et en avant. La tête du péroné garde sa situation normale. La rotule descend au niveau de l'interligne.

Dans tous les cas, l'épiphyse tibiale est *très atrophiée*, la tubérosité antérieure du tibia est effacée et peut avoir complètement disparu.

De toutes ces déformations, les plus *importantes* restent les modifications de l'interligne : c'est pour rétablir avant tout l'orientation normale de cet interligne que nous avons préconisé l'ostéotomie avec soulèvement du plateau tibial.

TRAITEMENT

A. — Prophylactique

Le traitement prophylactique réside avant tout dans le traitement rationnel des lésions de la hanche, aussi bien au cours de leur évolution que pendant la convalescence, à la reprise de la marche.

I. Chez l'enfant, l'immobilisation correcte facilite l'ankylose en bonne position, conservant ainsi au genou son intégrité fonctionnelle. Rappelons rapidement les conditions d'un bon appareillage :

1° Au cours de l'évolution, plâtre pelvi-pédieux immobilisant le membre en abduction et rotation indifférente, évitant surtout le genu recurvatum.

2° On n'autorisera la marche qu'avec une culotte plâtrée ou un appareil de celluloïd descendant au-dessous du genou. Progressivement, cette articulation sera libérée, partiellement d'abord, soit en échancrant le plâtre à sa partie postérieure, soit en plaçant une articulation de flexion sur l'appareil de celluloïd — puis complètement quand muscles et ligaments auront récupéré leur tonicité, quand on ne constatera plus aucun mouvement de latéralité.

Nous insistons sur l'importance de cette immobilisation prolongée du genou, puisqu'elle seule est susceptible d'éviter une séquelle fonctionnelle grave dont le traitement chirurgical reste si délicat et si discuté.

II. Chez l'adulte, cette immobilisation aussi rigoureuse prépare l'intervention qui sera d'autant plus précoce que les lésions acétabulaires ou capitales seront plus marquées, prédisposant à l'ascension de la tête, à sa luxation, à la pseudarthrose intra-cotyloïdienne. L'arthrodèse extra-articulaire faite en dehors de toute phase septicémique sera suivie du port d'un appareil de marche en celluloïd immobilisant quelque temps le membre en bonne position.

B. — Traitement curatif

I. — *Ce qui a été fait.*

De nombreux appareils, de multiples interventions osseuses, ligamentaires, musculo-ligamentaires, ont été préconisées pour remédier au genou ballant une fois constitué. Nous allons les passer rapidement en revue avec leurs avantages et leurs inconvénients.

a) Nombre d'appareils orthopédiques ont été utilisés :

Jambières en celluloïd, articulées ou non ;

Genouillères en cuir ou en tissu élastique.

Seiffert J., de Bergen-Reigen, pour assurer au genou une fixité suffisante sans compromettre la flexion, utilise une gaine en tissu élastique plus longue que les genouillères habituelles, et renforcée de chaque côté de la rotule par deux lames métalliques flexibles : une de ces lames est pararotulienne, l'autre franchement externe tout contre le creux poplité, toutes deux engainées de cuir cousu à la genouillère. Elle constituerait pour l'auteur un moyen de soutien efficace sans entraver les mouvements de flexion.

Il n'en reste pas moins vrai que l'appareil quel qu'il soit — même s'il empêche, souvent imparfaitement d'ailleurs, tout dérobement du genou au cours de la marche — présentera toujours le gros inconvénient d'entretenir l'atrophie du quadriceps, et par cela même de condamner le malade au port indéfini de cet appareil. Ceux-ci ne sont indiqués que chez des malades âgés ou chez des sujets pour qui l'opération semble contre-indiquée.

b) *Interventions sanglantes.*

I. — *Interventions osseuses.*

Parmi celles-ci, citons pour les rejeter :

— La résection du genou ;

— L'arthrodèse intra-articulaire du genou ;

— L'arthrodèse extra-articulaire fémoro-patello-tibiale de Delahaye ;

— L'enchevillement transépiphysaire de l'articulation du genou par un greffon tibial solidarisant condyle fémoral et plateau tibial ;

— L'implantation de l'épiphyse fémorale amincie dans une cavité creusée face supérieure de l'épiphyse tibiale à la manière de Cotte et de Toupet.

Toutes suppriment évidemment les mouvements anormaux de latéralité, mais au détriment de la fonction, puisqu'elles bloquent le genou par ankylose, augmentant de plus dans certains cas le raccourcissement existant déjà du fait des lésions de la hanche.

Elles constituent parfois cependant la seule ressource thérapeutique dans les cas très graves.

II. — *Interventions visant la suppression des mouvements de latéralité.*

1. Seule l'intervention de Léo Meyer présente quelque intérêt puisqu'elle vise uniquement à la suppression des mouvements de latéralité en conservant la flexion-extension.

L'auteur taille aux dépens de la face externe des condyles fémoraux deux languettes ostéo-périostiques qu'il rabat autour de leur charnière inférieure à 180° sur la face externe des condyles tibiaux. Il crée ainsi deux butées latérales, sorte de malléoles destinées à limiter le jeu anormal de l'articulation.

Cette intervention reste assez délicate à réaliser du fait de la présence des ligaments latéraux qu'il est indispensable de respecter et qui gênent immanquablement le prélèvement et l'abaissement en bonne place des butées ostéopériostiques. Nous ne connaissons d'ailleurs que l'observation de l'auteur.

2. *Interventions ligamentaires et musculo-ligamentaires.* — Appliquées jusqu'ici surtout dans les genoux ballants traumatiques, toutes visent à rétablir la fonction normale du genou en supprimant ses mouvements de latéralité. Elles sont également multiples et n'ont pas toujours donné le résultat que l'on attendait d'elles.

La plupart cherchent à remplacer ou à renforcer les ligaments insuffisants par des lambeaux aponévrotiques ou des ligaments artificiels.

— Tavernier a pratiqué le raccourcissement par suture du ligament latéral interne distendu.

— D'autres auteurs renforcent le ligament insuffisant par une bandelette de fascia lata (Duval) ou utilisent le tendon du couturier (Robert-Jones et Murray).

— Campbell taille à la partie inférieure de la cuisse un lambeau aponévrotique à pédicule inférieur. Ce lambeau en forme de bandelette, large de deux centimètres environ, est basculé autour de sa charnière inférieure. On le fait passer dans un tunnel aponévrotique creusé entre le périoste et les plans aponévrotiques recouvrant l'extrémité de la face interne du plateau tibial. Puis le tendant fortement, il le suture aussi haut que possible aux berges de l'incision qui a servi à le tracer.

— Vallone, suivant la méthode de Putti, creuse un tunnel transcondylien externe prolongé dans le plateau tibial. Il y passe un long lambeau du tenseur du fascia lata, resté pédiculé en haut, et le fixe à son entrée et à sa sortie dans les tunnels osseux. Dans le cas opéré par l'auteur, le ligament latéral externe était de plus renforcé par un lambeau du tenseur à pédicule supérieur et fixé à la tête du péroné.

— Hohmann, dans un cas de genou ballant post-traumatique avec genu varum et atrophie du vaste interne, raccourcit la capsule et augmente la tension du muscle vaste interne en libérant celui-ci et en le suturant à la capsule.

La réfection autoplastique à l'aide d'un lambeau du fascia lata passé dans les tunnels osseux à la manière de Heygroves et complétée par le renforcement du ligament latéral interne avec l'extrémité du même lambeau (Smith) est également applicable pour les cas qui nous intéressent, avec de bons résultats.

III. — *Opération de Lange :* suppression des mouvements de latéralité et du recurvatum.

L'auteur pratique :

1. L'ostéotomie antérieure sous la tubérosité tibiale pour corriger le recurvatum ;

2. Le bloquage des mouvements de latéralité par des ligaments de soie traversant les deux condyles fémoraux et les plateaux tibiaux en cas de genou ballant bilatéral, ou l'un des condyles fémoraux et des plateaux tibiaux en cas de genu valgum ou de genu varum isolé.

On voit la multiplicité des techniques proposées : Leurs avantages, nous l'avons vu, sont de bloquer le mouvement nocif de l'articulation en lui conservant son mouvement utile de flexion extension.

Leurs inconvénients sont assez importants pour que l'on ait cherché à leur substituer d'autres procédés plus satisfaisants :

— La longueur et la difficulté de la plupart de ces interventions rendent leur application difficile chez les convalescents de coxalgie pour qui tout traumatisme opératoire peut être une cause de réveil de la bacillémie ;

— Le raccourcissement du ligament latéral interne reste peu efficace.

— Le lambeau du fascia lata si souvent employé, forcément étroit, long, mal nourri, subit des déformations considérables, s'allonge, casse, s'élimine ;

— Le forage des canaux multiples dans un os décalcifié, traversant l'articulation — la présence de ligaments de soie ou de fil métallique prédispose à l'infection.

— Enfin, et surtout, *aucune de ces interventions n'est susceptible de rétablir la forme et la direction normales de l'interligne articulaire,* dont l'intégrité reste indispensable pour la fonction normale de l'articulation.

Aucune de ces techniques ne tient compte du recurvatum qu'il est indispensable de corriger en même temps que les mouvements de latéralité si l'on veut obtenir un résultat satisfaisant.

C'est pourquoi nous avons abandonné ces différentes interventions pour nous arrêter à la technique que nous avons mise au point et utilisons à l'heure actuelle dans le service du docteur Huc, à l'Hôpital Saint-Joseph.

II. L'intervention que nous proposons.

Nous avons recherché avant tout la suppression du genou ballant avec conservation des mouvements de flexion-extension normaux du genou, diminution ou disparition du recurvatum, par une intervention :

— logique dans son principe ;
— simple et rapide dans sa réalisation;
— efficace dans ses résultats.

Seule, l'ostéotomie du plateau tibial nous semble avoir réalisé ces trois conditions : ostéotomie cunéiforme avec inclusion de greffons :

— en dehors ou en dedans suivant qu'il s'agit d'un genu valgum ou d'un genu varum ;
— extra-capsulaire, donc extra-articulaire ;
— intra-ligamentaire, c'est-à-dire au-dessus du point d'insertion inférieur des ligaments latéraux pour augmenter la tension de ceux-ci du côté ostéotomisé, le relâchement du côté opposé et leur rétraction ultérieure.

Ainsi conçue, elle permet de corriger les déformations de l'interligne.

TECHNIQUE OPERATOIRE POUR GENOU BALLANT AVEC GENU VALGUM RECURVATUM

1er *Temps :* Prélèvement du greffon.

Le greffon est pris de préférence sur le tibia dù côté sain, à la partie moyenne de sa face antéro-interne.

Avec les précautions d'usage, au ciseau burin ordinaire, on prélève un greffon triangulaire, en forme de cheville :

— assez long pour venir s'enclaver dans le plateau tibial opposé à l'ostéotomie ;

— assez large à sa base pour occuper toute la largeur de l'ostéotomie ;

— assez solide pour que le travail de résorption et de réorganisation se fasse simultanément dans la loge osseuse qui le recevra : il devra donc être très épais, comprenant toute l'épaisseur de la corticale jusqu'à la cavité médullaire, uni-fragmentaire.

On prélèvera en plus quelques copeaux qui permettront de renforcer le greffon principal.

2e *Temps :* Ostéotomie aux dépens du plateau tibial externe, empiétant sur sa face antérieure.

Position du sujet : Le malade est couché sur le dos, la jambe en flexion à 20°, en légère rotation interne pour écarter les deux surfaces articulaires et mieux faire saillir le plateau tibial. Le creux poplité est appuyé sur un sac de sable.

Incision (fig. 1). — L'incision, légèrement arciforme à concavité antéro-interne, descend oblique en bas, en avant, en dedans du bord postérieur du condyle externe, croise l'interligne articulaire et suit la ligne oblique externe du tibia unissant le tubercule de Gerdy à la tubérosité antérieure du tibia, ligne facilement perceptible sous la peau.

Le milieu de cette incision, de 10 centimètres environ, répond au sommet de la tête du péroné au-dessus de laquelle elle passe, évitant ainsi le sciatique poplité externe qui descend plus en arrière.

Elle doit intéresser les plans superficiels jusqu'à l'aponévrose. On amorce le décollement de la peau et on libère à la compresse le tissu cellulaire sous-cutané.



Fig. 1. — Ostéotomie du plateau tibial externe. L'incision.

On aperçoit alors :

— les fibres aponévrotiques du tenseur du fascia lata venant se terminer verticalement, légèrement arquées sur le tubercule de Gerdy ;

— l'origine des muscles de la loge antéro-externe recouverte de leur aponévrose d'insertion ;

— en arrière, la terminaison du tendon du biceps venant englober l'insertion inférieure du ligament latéral externe qui descend obliquement en bas et en arrière vers son insertion péronière : il importe de bien isoler ce ligament latéral externe, l'ostéotomie du plateau tibial devant porter entre son insertion inférieure et l'insertion tibiale de la capsule articulaire.

Ces différents plans reconnus, à 1 cm. 30 et parallèlement à l'interligne articulaire, entre lui et la tête du péroné, on incise transversalement le plan fibreux du fascia lata de la tête péronière à la tubérosité antérieure du tibia (fig. 2). On rugine en bas les insertions supérieures des muscles de la loge antéro-externe, en haut le plan fibreux du fascia lata (fig. 3) : cette manœuvre doit se faire avec douceur de peur d'ouvrir la capsule articulaire, très mince, immédiatement sous-jacente et s'insérant à un demi-centimètre du bord supérieur du tibia.

Une rugine ou un écarteur récline en dehors le ligament latéral externe et la région condylienne externe du tibia apparaît préparée pour l'ostéotomie.

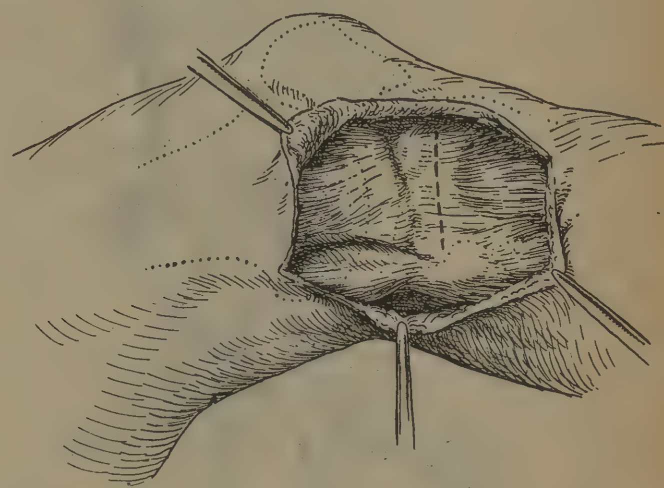


Fig. 2. — Ostéotomie du plateau tibial externe : Incision des plans fibreux.

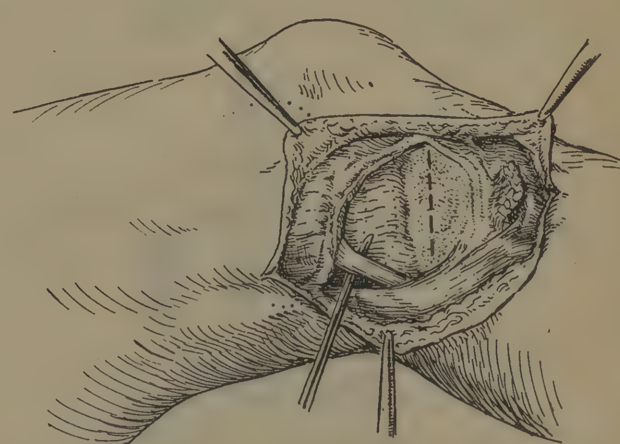


Fig. 3. — Ostéotomie du plateau tibial externe : Les plans fibreux ruginés, le ligament latéral externe récliné en dehors, la région condylienne externe du tibia apparaît.

Ostéotomie. — Elle est faite au ciseau large ou au ciseau de Mac Ewen. *Elle doit être antérieure et latérale.*

Elle doit porter à 1 centimètre au-dessous du bord supérieur du tibia, au bord inférieur de la capsule, au-dessus de la tête du péroné, insertion du ligament latéral externe.

Le ciseau est dirigé presque parallèlement à l'interligne, légèrement *oblique en dedans, en haut et en arrière pour corriger en même temps valgum et recurvatum.* En profondeur, il doit pénétrer de 3 centimè-

tres environ, jusqu'au milieu du plateau tibial, jusqu'à l'épine tibiale (fig. 4).

On imprime alors à l'instrument un mouvement de bascule de bas en haut pour soulever le plateau tibial autour de sa charnière cartilagineuse, contre le condyle fémoral (fig. 8).

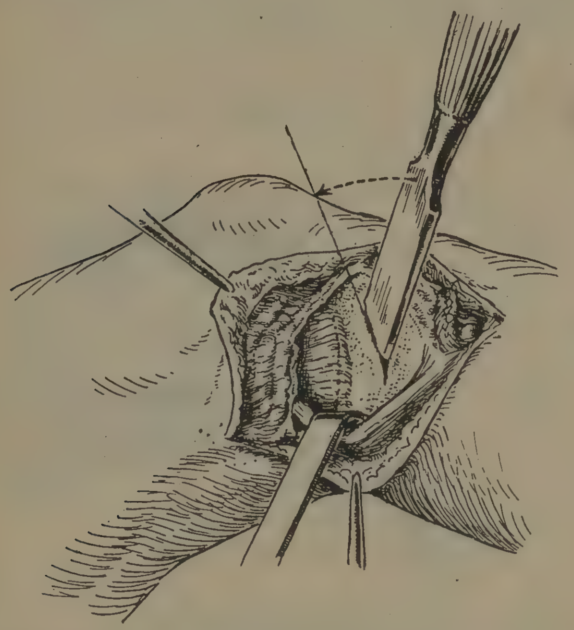


FIG. 4. — Ostéotomie du plateau tibial externe : Le ligament latéral externe récliné montre le point d'attaque de l'ostéotomie, sa direction, et le mouvement de bascule à imprimer au ciseau.

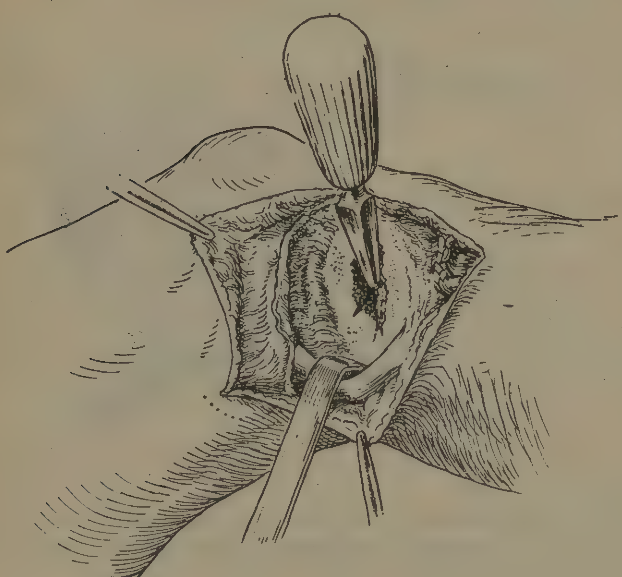


FIG. 5. — Ostéotomie du plateau tibial externe : Préparation de la loge du greffon à la pointe carrée.

C'est pour maintenir l'écartement des fragments que le *greffon est introduit* dans la fente ostéotomique. Nous avons opéré de diverses façons :

— Nous avons d'abord bourré la cavité d'ostéotomie de petits greffons multiples tassés à l'aide d'un chasse-greffon, surtout latéralement et en avant. Nous avons remarqué qu'il était très difficile de maintenir ces greffons en place : quand on en glissait en avant, ils chassaient comme un noyau de cerise les premiers mis en place latéralement.

— Nous avons aussi essayé de faire une ostéotomie cunéiforme du plateau tibial et de retourner le coin osseux dans la fente d'ostéotomie : une radiographie ultérieure montrait l'énucléation rapide de ce butoir (Obs. II).

— Pour éviter cette mobilité du greffon, nous le façonnons en forme de cône : sa base épaisse et large maintient l'écartement des fragments. Sa pointe amenuisée, pointue, s'enclave dans le condyle tibial opposé, empêchant ainsi tout glissement ultérieur de la butée. Nous procédons de la façon suivante : le fragment tibial soulevé contre le condyle, à la pointe carrée, en amorce horizontalement sous le plateau tibial

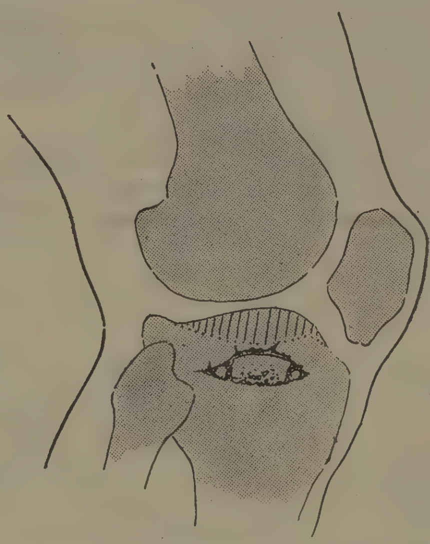


FIG. 6. — Ostéotomie du plateau tibial externe : Le greffon en place.

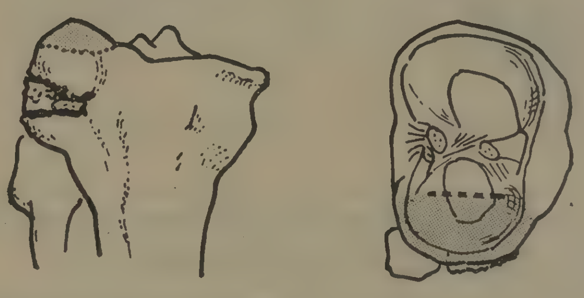


FIG. 7 et 8. — Ostéotomie du plateau tibial externe : le greffon en place et la charnière cartilagineuse autour de laquelle se soulève le plateau tibial.

opposé un tunnel osseux dans lequel on introduira à force la pointe du greffon (fig. 5). Cette butée principale amarrée ainsi solidement peut être renforcée par de petits greffons tassés de part et d'autre, empêchant ultérieurement l'affaissement du plateau tibial (fig. 6 et 7).

L'aide peut alors lâcher le pied : si le greffon osseux est correctement placé et suffisant, la déviation est corrigée et la laxité articulaire disparaît.

Après suture des plans superficiels et surjet au catgut sur la peau, on maintient la correction ainsi obtenue dans un appareil plâtré qu'on laissera un mois environ.

En cas de genou ballant avec *prédominance du genu varum,* l'ostéotomie doit porter sur le plateau tibial interne.

La technique est la même que précédemment (fig. 9 et 10).



Fig. 9. — L'incision dans l'ostéotomie du plateau tibial interne.

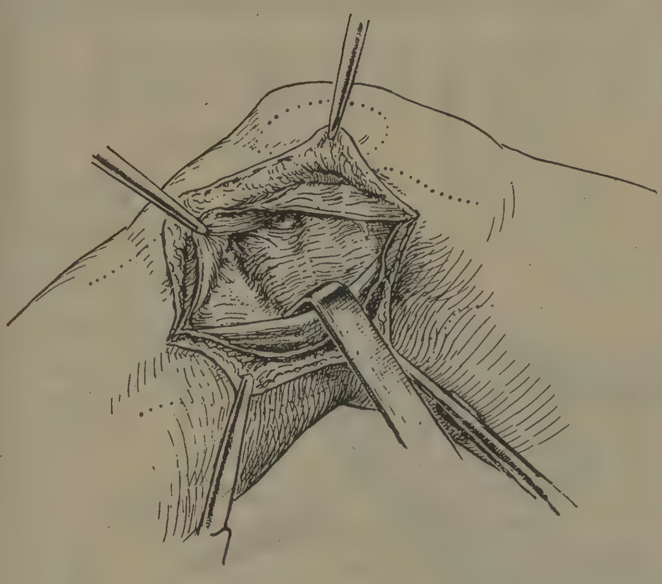


Fig. 10. — Ostéotomie du plateau tibial interne : le ligament latéral interne est récliné.

La seule difficulté peut provenir de la large bandelette que constitue le ligament latéral interne : il faut cliver son bord antérieur et le récliner en arrière, ce qui n'est pas toujours facile quand il s'est rétracté. On est alors obligé de le dédoubler verticalement, ce qui permet de l'allonger ultérieurement et faciliter l'ostéotomie (fig. 11).

Celle-ci pratiquée (fig. 12, 13, 14, 15), le greffon mis en place, on reconstitue soigneusement le liga-

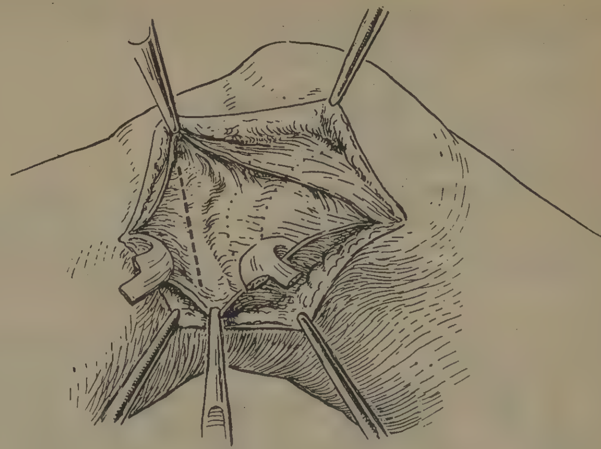


Fig. 11. — Ostéotomie du plateau tibial interne : Dédoublement du ligament latéral interne.

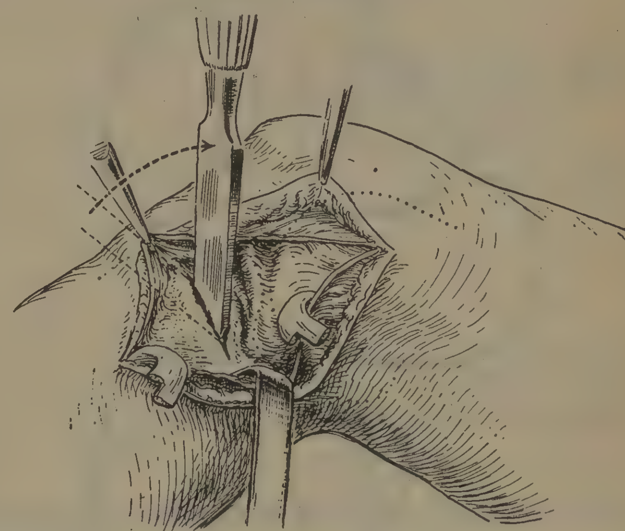


Fig. 12. — L'ostéotomie du plateau tibial interne.

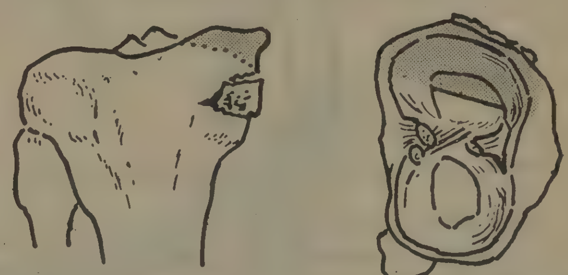


Fig. 13-14. — Ostéotomie du plateau tibial interne montrant le greffon en place et la charnière cartilagineuse autour de laquelle se soulève le plateau tibial.

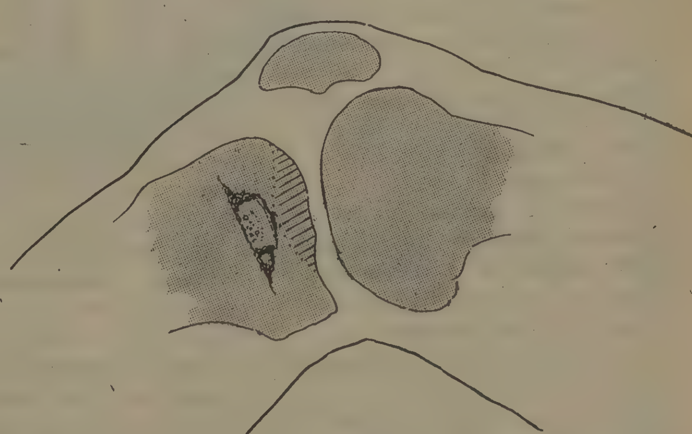


Fig. 15. — Ostéotomie du plateau tibial interne : le greffon en place

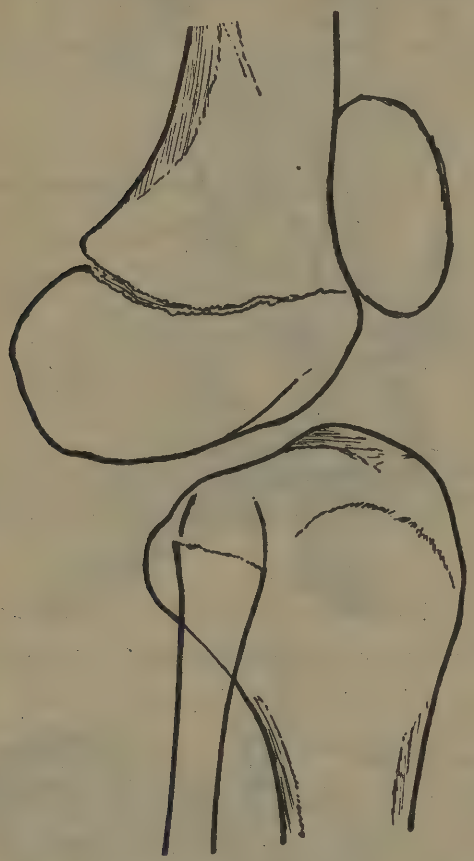
ment interne s'il a été dédoublé et on immobilise comme plus haut en appareil plâtré.

OBSERVATIONS

Obs. I. — S... Henri, 13 ans.

Ce malade entre à l'hôpital le 14 mai 1936. Soigné de 1928 à 1935 pour coxalgie gauche, opéré en 1933 (arthrodèse de la hanche), il présente une grosse laxité articulaire du genou gauche et une ankylose incomplète de la hanche.

Nous lui faisons un plâtre prenant le bassin et descendant au-dessous du genou, en essayant de corriger en même temps l'adduction du membre.



Obs. I. — S..., radiographie de profil, *avant* l'ostéotomie.

En mars 1937, malgré l'immobilisation plâtrée, la marche est pénible. L'atrophie quadricipitale s'accompagne d'une adduction et d'une flexion du membre très marquée. Le genou est en valgum recurvatum. Le pied en rotation externe essaie de compenser la flexion et le raccourcissement par un équinisme assez accentué.

En position couchée, la cuisse est en adduction. Les greffons d'arthrodèse ne semblent pas avoir consolidé entièrement au niveau du lit trochantérien. Il subsiste 10° de flexion passive et quelques degrés d'adduction ; les mouvements de rotation sont bloqués. Il s'agit d'une forme très grave de coxalgie ayant abouti à une pseudarthrose intracotyloïdienne. Le genou est en valgum recurvatum (15°). La flexion ne dépasse pas 40°. Il existe des mouvements de latéralité (abduction 30° — adduction 15°). La mensuration épine iliaque — malléole externe révèle un raccourcissement de 7 centimètres.

La radiographie montre :

— De profil : un interligne très oblique en arrière. Une épiphyse tibiale infléchie en arrière et sur un plan antérieur aux condyles fémoraux. Une ascension de la tête péronière venant faire saillie au niveau de l'interligne audessus des plateaux tibiaux.

— De face : une disparition presque complète de l'interligne qui a pris une direction oblique en haut et en dehors avec une hypertrophie considérable des condyles internes, fémoral et tibial.

Le 1er avril 1937, le malade est opéré suivant la technique précédemment décrite et immobilisé pendant six semaines dans un plâtre pelvi-pédieux.

Le 27 mai 1937, on enlève le plâtre. Les mouvements d'extension et de flexion redeviennent rapidement nor-



Obs. I. — S..., radio de face, un an *après* l'ostéotomie.



Obs. I. — S..., radio de profil, un an *après* l'ostéotomie.


CAMPOLON
SOLUTÉ INJECTABLE
D'EXTRAIT DE FOIE
ANÉMIES PERNICIEUSES
ET SECONDAIRES
ÉTATS ALLERGIQUES
CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
DU PALUDISME, ETC..
ACTIVITÉ HEMOPOÏETIQUE
CERTAINE
STIMULE L'ACTIVITÉ DES
CELLULES HÉPATIQUES
RÉTABLIT TOUTE DÉFICIENCE
FONCTIONNELLE DU FOIE
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
Cinquante Années
1888 BAYER 1938
MEDICAMENTS
LITTERATURE ET ECHANTILLONS
EDMOND RIGAL & Cie, 26, Rue Vauquelin PARIS (5e)

maux ; il n'existe plus que 5 à 6° de mouvements de latéralité.

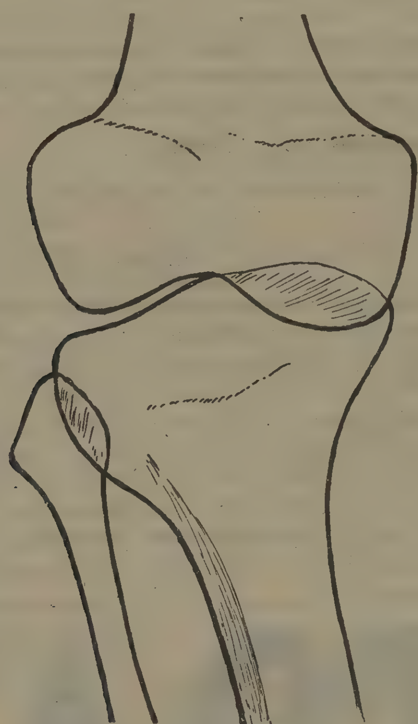
La radiographie montre un greffon solide venant faire butée contre le condyle externe, limitant le valgum.

Nous avons revu le malade plus tard, la marche est facile, les mouvements de latéralité se sont réduits à 3°, pour disparaître complètement le 30 mars 1938.

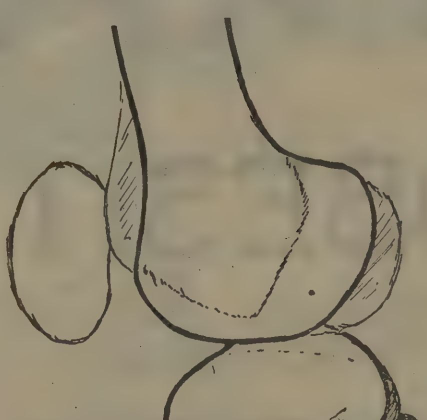
OBS. II. — P... Madeleine.

Cette malade présente une ancienne coxalgie droite, opérée en 1930 (ostéotomie sous-trochantérienne).

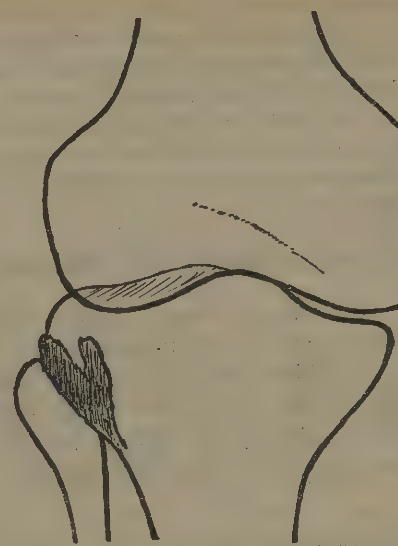
En février 1930, la hanche est en bon état, mais le genou présente des mouvements de latéralité gênant la marche : on fait porter une genouillère. Malgré cet appareillage, en octobre 1937, le genou est devenu complètement ballant, en fort recurvatum (30°). L'atrophie musculaire est considérable. La distance épine iliaque — pointe de la malléole révèle un raccourcissement de 8 centimètres. Les mouvements de latéralité sont très accentués : l'angle maximum de genu valgum est de 25° à droite, 12° à gauche. L'angle maximum de genu varum est de 30°.



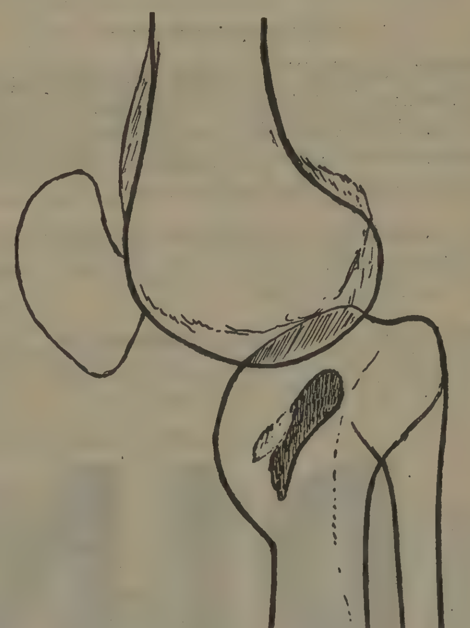
OBS. II. — P..., radio de face, *avant* l'ostéotomie.



OBS. II. — P..., radio de profil, *avant* l'ostéotomie, montrant le recurvatum très marqué.



OBS. II. — P..., radio de face, onze mois *après* l'ostéotomie.



OBS. II. — P..., radio de profil, onze mois après l'ostéotomie : le recurvatum est corrigé.

La radiographie montre :

— De face : une disparition complète de l'interligne de direction normale, sauf en position de latéralisation maximum ;

— De profil : l'interligne est oblique en haut et en arrière. L'inflexion de l'épiphyse tibiale atrophiée explique le recurvatum constaté cliniquement.

Intervention en avril 1937 : ostéotomie de la face externe du plateau tibial et insertion d'un greffon pris aux dépens du même os. La fente d'ostéotomie est bourrée de copeaux osseux qu'il est difficile de maintenir en place. Une radiographie pratiquée le 28 avril 1937 montre une bonne correction du valgum recurvatum ; le plateau tibial externe est soulevé par le greffon contre le condyle externe ; l'interligne a une orientation normale ; mais le greffon semble s'être énucléé en partie.

15 décembre 1937 : ablation du plâtre en bivalve libé-

rant la face postérieure de la jambe : les mouvements de flexion-extension paraissent normaux et suffisants.

En janvier 1938 : le plâtre est définitivement enlevé : les mouvements de latéralité sont très diminués et restent limités à 3 ou 4° ; les mouvements normaux de flexion-extension sont parfaitement conservés : la malade est très satisfaite du résultat, son genou ne se dérobe plus au cours de la marche.

RESULTATS OPERATOIRES ET CONCLUSIONS

Immédiats : ils sont excellents : l'opération est en effet simple, rapide, sans aucun danger.

Tardifs : il est difficile de se faire une opinion ferme sur la valeur d'une telle intervention que nous ne pratiquons que depuis peu de temps. Nous avons cependant obtenu jusqu'à présent des résultats très encourageants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Infirmière hospitalière, guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale, Bordeaux. 2 volumes avec figures. Tome I : organisation de la profession d'infirmière ; soins généraux aux malades ; médecine. Prix : 32 fr. Chez J.-B. Baillière et Fils, Paris (6e). 1938.

Exercices pratiques de médecine opératoire et chirurgie, par J. Sarroste et R. Carillon. Un vol. de 346 pages, avec 313 fig. Chez Maloine, 1938.

Traitement des constipations fonctionnelles, par Gabriel et Roland Leven. Un vol. de 88 pages, avec 22 figures, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 15 francs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 26 septembre 1938

Les éphédrines agents actifs dans la lutte contre l'anoxémie. — MM. Léon Binet et Moïse Strumza apportent les résultats d'expériences sur le chien. La *durée* de résistance d'un chien chloralosé à une anoxémie aiguë (atmosphère contenant 2,41 pour 100 d'oxygène), peut être triplée par une injection d'éphédrine, de noréphédrine ou de pseudo-noréphédrine ; cet effet s'explique par une action centrale et par une action périphérique de cet agent médicamenteux.

Vaccination contre le typhus exanthématique par virus sec de typhus murin provenant de puces infectées. — MM. Georges Blanc et Marcel Baltazard.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 11 octobre 1938

Le goudronnage des routes peut-il être considéré comme une des causes de la recrudescence du cancer pulmonaire ? — MM. Roussy et Oberling reprennent, à l'appui de documents personnels, la question des rapports entre le goudronnage des routes et la recrudescence des cancers pulmonaires, question qui a été soulevée à l'Académie le 26 juillet dernier, par MM. Kling, Samssonow et Mlle Heros.

Ils rappellent d'abord que l'augmentation de la fréquence des cancers du poumon est bien réelle et insistent sur le fait que, dans certains pays, cette recrudescence a

commencé à se manifester avant l'utilisation du goudronnage des routes.

Les expériences de laboratoire instituées en vue d'apporter à ce problème une solution, n'ont donné jusqu'ici que des résultats contradictoires, la plupart d'entre elles n'ayant pas répondu aux exigences et aux rigueurs de la méthode scientifique.

Il en est ainsi de celles de MM. Kling, Samssonow et Mlle Heros, qui portent sur un trop petit nombre d'animaux et qui ne reproduisent pas les conditions réalisées chez l'homme.

Il est difficile, en effet, d'établir une comparaison entre la souris dont la peau est badigeonnée à plusieurs reprises avec du goudron, et l'homme qui sur les routes aspire de minuscules poussières chargées de cette même substance. La différence porte à la fois sur le sujet d'expérience (rien ne prouve que l'homme soit aussi sensible à l'action cancérigène du goudron que la souris), sur la quantité de goudron utilisée, (qui, dans l'inhalation de poussières provenant de routes goudronnées, est réellement minime) et enfin dans la voie d'introduction (ici cutanée, là aérienne). Seuls des résultats basés sur des expériences reproduisant les conditions identiques à celles de l'observation humaine auraient de la valeur.

L'influence du goudronnage des routes sur la recrudescence générale du cancer pulmonaire est loin d'être démontrée ; elle paraît même peu probable.

Discussion. — Cette communication amène une discussion à laquelle prennent part MM. SERGENT, BARRIER, RIST et GOSSET.

Sur la proposition de M. F. BEZANÇON, président, l'Académie nomme une commission de travail, composée de MM. ROUSSY, BARRIER, SERGENT, RIST, GOSSET et TANON.

Rôle de la circulation sanguine dans la dispersion du virus syphilitique. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et D. ROUSSET-CHABAUD ont étudié le mécanisme de la dispersion du virus syphilitique chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente. Ils ont déjà montré que le système lymphatique joue le rôle de réservoir de virus et assure la dispersion du *Treponema pallidum* vers le revêtement cutané, les muqueuses et certains organes. A cette voie de propagation, s'ajoute celle de la circulation sanguine. En effet, le sang, prélevé par ponction cardiaque, se révèle virulent par inoculation sous le scrotum du lapin. Toutefois, la virulence du sang, quoique précoce, est inconstante, alors que celle du système lymphatique est infiniment plus régulière.

Action des hormones folliculaires. — MM. MUNIO-FOURNIER, W. BUNO et GROSSO (de Montevideo) apportent les résultats de recherches qui permettent de conclure que l'hormone folliculaire, appliquée localement dans le vagin des fillettes âgées de plus de quinze jours, modifie la structure de la muqueuse vaginale, qu'elle ramène au type de celle des premiers jours de la naissance. Ils n'ont observé aucune action du propionate de testostérone sur cette muqueuse vaginale.

Epidémie algéroise de fièvre typhoïde d'origine laitière. — Note préliminaire sur l'emploi du sérum de convalescents et du sérum de cheval hyperimmunisé (de Zinsser) dans le traitement du typhus exanthématique. (Présentation par M. Edm. SERGENT). — M. LEMAIRE.

Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës ; notes de pratique, par A.-B. MARFAN. Un vol. de 80 pages. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 20 francs.

Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses, par F. D'HÉRELLE. Un vol. de 416 pages, avec 4 planches. Chez Masson et Cie, 1938. Prix : 75 francs.

COURS

Clinique chirurgicale de la Faculté (hôpital Cochin). — M. le professeur Ch. LENORMANT commencera son cours de clinique chirurgicale le mardi 8 novembre 1938, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Chaire d'hygiène et médecine préventive. — M. le professeur TANON commencera son cours le mardi 15 novembre 1938 à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au même amphithéâtre.

Sujet du cours : *Les maladies contagieuses, désinfection, prophylaxie, hygiène sociale.*

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. JOANNON, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, pendant le semestre d'hiver. Elles seront annoncées ultérieurement.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le professeur F. TERRIEN recommencera ses leçons cliniques le vendredi 18 novembre 1938, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de Lapersonne, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (professeur : M. F. Terrien). — *Enseignement des stagiaires*, mardis, jeudis et samedis à 10 heures (amphithéâtre de Lapersonne) : Leçons pratiques avec projections, suivies d'exercices techniques et d'examens de malades.

Lundis et mercredis : Consultation expliquée.

Vendredis, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique.

Un examen obligatoire et portant sur les matières enseignées aura lieu à la fin du stage.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Asile clinique, 1, rue Cabanis). — M. le professeur Henri CLAUDE commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique le dimanche 20 novembre 1938, à 10 h. 30, et continuera son enseignement les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Le mercredi, à 10 h. 30 : Leçon policlinique, avec présentation de malades.

Chaire de clinique cardiologique (hôpital Broussais). — M. le professeur Charles LAUBRY fera sa première leçon à la salle de cours de la clinique cardiologique, le lundi 14 novembre 1938, à 10 heures, et continuera son enseignement clinique le lundi de chaque semaine, à 11 heures du matin.

Clinique chirurgicale (hôpital Saint-Antoine). — M. le professeur GRÉGOIRE commencera ses leçons cliniques le jeudi 3 novembre 1938, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 30.

Programme de l'enseignement : Lundi, 9 h. 30 : Leçon clinique au lit du malade.

Mardi, 11 heures : Leçon clinique à l'amphithéâtre.

Mercredi, 9 h. 30 : Démonstrations opératoires.

Clinique Calot. — A l'occasion du Congrès de Chirurgie, M. CALOT (de Berck) fera le mercredi 19 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa clinique de Paris, 69, Quai-d'Orsay, avec le concours du docteur J. FOUCHET, une séance de démonstration, avec présentation de malades et de sujets guéris.

1° *Adénites cervicales.* — Comment les guérir sans laisser de cicatrice.

Dans les abcès, fistules, épididymites bacillaires et dans les tuberculoses des os et articulations (mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches), les traitements conservateurs ont une incontestable supériorité sur les opérations sanglantes qui, dans ce domaine particulier, aggravent souvent et mutilent toujours.

2° *Traitement des luxations et subluxations congénitales*, et présentation de sujets guéris.

Comment éviter les reluxations et comment les guérir.

La fréquence et le rôle immenses (encore bien ignorés) des subluxations congénitales stabilisées à tous les âges. Toutes les hanches étiquetées erthrites chroniques, dont la radio porte le cotyle à double fond (de Calot) sont des subluxations congénitales.

Toutes les radios étiquetées Coxa plana sont des subluxations congénitales méconnues. On y peut toujours montrer : *a)* des anomalies congénitales de forme et de rapports qui constituent les subluxations du premier degré, et *b)* la dystrophie osseuse propre aux luxations et subluxations congénitales.

Le diagnostic de la coxalgie d'avec la subluxation congénitale.

3° *Autres affections orthopédiques.*

Conférences de psychiatrie. — Le docteur Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin des asiles, reprendra ses conférences et présentations de malades, le mercredi 19 octobre jusqu'au 15 avril.

Ces conférences d'information psychiatrique ont, comme les années précédentes, pour objet, l'étude des questions de neuro-psychiatrie classiques et d'actualité. Les présentations de malades ont lieu tous les mercredis à 16 heures, à l'ampithéâtre de la clinique du professeur Claude et les conférences ont lieu le soir du même jour à 21 heures, à la Bibliothèque de l'Asile-Clinique Sainte-Anne. Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. Charles Durand, interne, Asile-Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris, XIVe.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INCORPORATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Paris, le 3 octobre 1938.

le MINISTRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
(Enseignement supérieur, 2e Bureau)
à MM. les Recteurs des Académies.

M. le Président du Conseil, ministre de la Défense nationale et de la Guerre, m'adresse une lettre ainsi conçue :

» Par application des dispositions de la loi du 17 mars 1936, il a été décidé d'appeler sous les drapeaux, en avril 1939, les jeunes gens, docteurs en médecine, pharmaciens, chirurgiens-dentistes diplômés, les étudiants en médecine titulaires de douze inscriptions validées, les étudiants en pharmacie et en art dentaire titulaires de huit inscriptions validées, qui, bénéficiaires d'un sursis d'incorporation, seront volontaires pour être incorporés à cette époque ou qui, le 15 avril 1939, auront atteint la date limite à partir de laquelle ils ne peuvent plus obtenir de sursis (jeunes gens nés entre le 16 avril 1911 et le 31 mai 1911 et entre le 1er janvier 1912 et le 15 avril 1912).

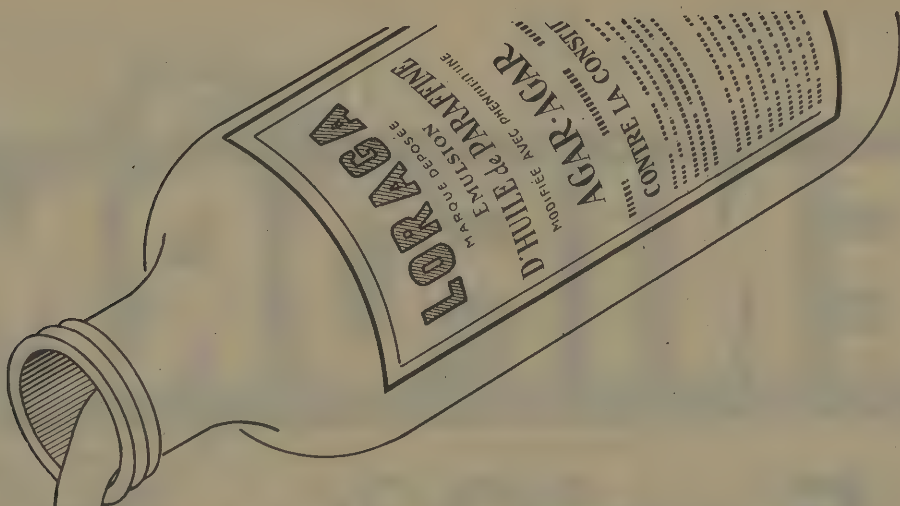
» Les jeunes gens dont il s'agit, volontaires pour résilier leur sursis, devront adresser leur demande au commandant du bureau de recrutement dont ils dépendent avant le 20 mars 1939 dernier délai. Ils feront parvenir en même temps à cet officier supérieur, toutes justifications utiles de situation de famille (mariage, naissance d'enfant, etc.) et de scolarité (nature des études, nombre d'inscriptions, diplômes obtenus, etc.). »

Je vous serais obligé de vouloir bien donner à cette communication toute la publicité nécessaire.

Pour le Ministre et par autorisation,
Le Directeur de l'Enseignement supérieur,
Signé : Th. ROSSET.
Conseiller d'Etat,

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.



LORAGA

La première émulsion réalisée d'huile de paraffine spécialement traitée et d'agar-agar avec addition de phénolphtaléine chimiquement pure

régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

indications

Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE
PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT
Docteur en Pharmacie
13, RUE PAGÈS
SURESNES (Seine)


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 84. — MERCREDI 19 OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **73** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique d'Alençon est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Yves Longuet, appelé à un autre poste.

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de Médecine de Paris, pour les clinicats suivants :

Lundi 24 octobre 1938, à 9 heures (hôpital Laënnec) : clinique de la tuberculose. Titulaire : 1, avec indemnité ; 3, sans indemnité.

Mardi 25 octobre, à 9 heures (clinique Tarnier) : clinique obstétricale Tarnier. Titulaire : 1, sans indemnité. Adjoint : 1. Clinique obstétricale Saint-Antoine. Titulaire : 1, sans indemnité.

Mercredi 26 octobre, à 9 heures (hôpital Lariboisière) : clinique oto-rhino-laryngologique. Titulaire : 3, sans indemnité.

Jeudi 27 octobre, à 9 heures (hôpital Vaugirard) : clinique thérapeutique chirurgicale Vaugirard. Titulaire : 1, sans indemnité. Clinique chirurgicale Cochin. Titulaire : 1, sans indemnité. Clinique chirurgicale d'orthopédie de l'adulte Cochin. Titulaire : 1, sans indemnité. Clinique urologique Necker. Titulaire : 1, avec indemnité ; 1, sans indemnité. Clinique de neuro-chirurgie. Titulaire : 1, avec indemnité ; 3, sans indemnité.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 heures, à partir du samedi 15 octobre 1938, jusqu'au samedi 22 octobre 1938 inclus.

Ecole du Service de santé. — *Deuxième liste complémentaire des candidats admis à l'école du service de santé militaire à la suite du concours de* 1938 (section de médecine).

— Candidats à quatre inscriptions : MM. Méry (L.), Jonquières, Olivier, Hamet, Buisson.

— Candidats P. C. B. : MM. Bry, Colobert, Gomer, Lafontaine, Bruniès (J.).

(La première liste a paru dans notre n° 70, p. 1250).

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 24 avril 1939, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le mardi 25 avril 1939, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

— La date du concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, fixée au lundi 7 novembre 1938, est reportée au mardi 6 décembre 1938.

— La date du concours pour l'emploi de professeur suppléant de bactériologie, hygiène et hydrologie à l'école de

plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, fixée au mardi 8 novembre 1938, est reportée au mercredi 7 décembre 1938.

Le cinquantenaire de l'Institut Pasteur. — Il y aura cinquante ans le 14 novembre 1938 que fut fondé l'Institut Pasteur. Ce cinquantième anniversaire sera célébré le 27 décembre, jour anniversaire de la naissance de Pasteur.

Faculté de Médecine de Rome. — Le professeur Raffaele Paolucci, de Bologne, vient d'être désigné pour occuper la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Rome dans laquelle il succédera à M. le professeur Roberto Alessandri, président de l'Académie de Médecine de Rome, atteint par la limite d'âge à la fin de ce mois.

Institut Carlo Forlanini de Rome. — Le bruit a couru à l'étranger que le professeur Eugenio Morelli, directeur de l'Institut Carlo Forlanini, avait dû, pour des motifs racistes, abandonner sa situation.

Notre éminent confrère et ami nous prie de faire savoir que *ces bruits sont inexacts* et dépourvus de tout fondement. Il reste, et nous nous en félicitons, à la tête de l'Institut Carlo Forlanini auquel il a su donner le magnifique essor que tous les phtisiologues ont été à même de constater et d'admirer.

CHRONIQUE

A PROPOS DU LIVRE DE MARAÑON SUR AMIEL (1)

Le livre que Marañon a consacré au philosophe Amiel et à son journal a soulevé des réactions diverses. Des critiques lui ont reproché de considérer Amiel un peu trop au point de vue médical et pas assez au point de vue de son œuvre. Ce ne peut être l'avis des médecins qui trouveront sans doute, comme moi, un très grand intérêt à la lecture de ce livre, dans lequel on admire à la fois la haute culture littéraire et le clair esprit clinique qui ont fait la grande réputation du Maître de l'Université de Madrid.

Le fameux Journal de Frédéric Amiel, écrit jour par jour, depuis sa jeunesse comptait, à sa mort, plus de 16.000 pages! Il était donc aussi long que les célèbres carnets de Joubert. C'est d'ailleurs la seule ressemblance qui existe entre eux. Après avoir voyagé pendant plusieurs années, Amiel se fixa à Genève, où il succéda à Naville dans la chaire de philosophie. Un de ses historiens, Thibaudet, écrit : Du jour où il prit possession de sa chaire, Amiel est « marié à Genève ». C'est le seul mariage qu'il connaîtra, car cet homme qui fut adoré par beaucoup de femmes ne répondit jamais — sauf une fois — à leurs avances.

Le Journal, expurgé, d'Amiel souleva, dit Marañon, un mouvement de sympathie et d'admiration, surtout en Espagne, où Miguel de Unamono le popularisa. « Il ne semble pas que l'édition complète ait eu le même succès en Suisse. »

En effet, le récit minutieux et terre à terre d'une vie médiocre, avec ses incidents journaliers, avec ses grandeurs, peut-être, mais avec ses petitesses sûrement, est peu fait pour servir de piedestal à un héros. Et pour ses disciples, hommes et femmes surtout, Amiel était un héros.

Marañon compare Amiel à Casanova ou à Rousseau. Si Amiel fut aimé comme le premier, il ne voulut pas profiter de ses avantages, et par certains côtés il fait plutôt penser au second. Il n'en reste pas moins que le Journal d'Amiel permet à un observateur comme Marañon de tirer des déductions psychologiques et physiologiques d'un puissant intérêt pour les médecins.

Amiel, dit Marañon, fut un « pensif » et non un « penseur ». Il offrait d'ailleurs des contrastes perpétuels. Il fut un tendre, un peu à la manière du *Dominique* de Fromentin, il fut aussi un homme viril mais en même temps un timide. Et c'est cet aspect qui permet à Marañon de nous offrir, à propos d'Amiel, un remarquable traité sur la timidité.

Le traité est placé sur un plan nouveau où l'on reconnaît l'originalité de Marañon.

Au lieu de se référer, comme on le fait d'habitude, à de nombreuses observations personnelles, il a préféré se servir d'un seul exemple, « excellent par sa valeur d'archétype ». Il a pu ainsi, à propos du professeur génevois « définir cette forme de timidité par virilité très différenciée que l'on confond habituellement avec l'autre, avec celle qui est l'expression d'une infériorité authentique, ou avec d'autres états de la vie instructive plus lointains encore, tels que le don-juanisme ou l'homosexualité... »

L'ouvrage de Marañon est d'un intérêt soutenu. Il se lit avec facilité, malgré de nombreuses et très utiles annotations, il se lit aussi avec un extrême agrément et non moins de profit.

F. L. S.

(1) AMIEL. *Une étude sur la timidité* (avec dix illustrations) par M. Gregorio MARANON (de Madrid), traduit de l'espagnol Louis Parrot 1 vol. in-8°. N. R. F. Gallimard, éd. Paris.

La F. E. M. — La Société de Secours mutuels et de retraites pour Femmes et Enfants de Médecins (F. E. M.), au cours de l'Assemblée générale tenue récemment à son siège social, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris, VIIe, a renouvelé son Bureau comme suit :

Président d'honneur, docteur Georges Duhamel, de l'Académie française ; président honoraire, docteur A. Siredey ; président, professeur F. Legueu ; vice-président, professeur Brindeau ; vice-présidents, Mmes F. Jayle et Marcel Labbé ; secrétaire général, docteur Darras ; trésorier, docteur Dabout ; secrétaire, Mme Veillard ; archiviste, Mme Paul Aimé.

La date du XIIe bal de la Médecine française a été fixée au samedi 4 mars 1939.

NÉCROLOGIE

Le docteur Louis Pamart, de Paris.

— Mme Le Forestier-Saturneau, docteur en médecine à Montpellier ; Mlle Y. Le Forestier, étudiante en médecine, décédées accidentellement.

— Le docteur Revel, chirurgien des hôpitaux de Nîmes.

— Le docteur Pierre Garrigues, à Mèze.

— Le docteur Georges Chaudebois, à Boulogne-sur-Mer.

LA ZONE APICALE

Etude anatomique

PAR

MM. PIERRET, COULOUMA, BRETON et DEVOS

Par définition, la zone apicale comprend tout le territoire pulmonaire ventilé par la bronche apicale, branche médiane de la bifurcation de la bronche du lobe supérieur.

En raison de son appellation « apicale » l'on pourrait être tenté de la croire exclusivement localisée à l'extrême du sommet du poumon. Ce serait faire une grossière erreur anatomique.

La zone apicale est en effet infiniment plus grande que sa dénomination ne le fait supposer. Encastrée entre les deux zones ventrale et dorsale supérieures, ses voisines limitrophes, elle affecte l'allure d'un clou dont la tête est au sommet et dont la pointe va jusqu'au hile.

Son aire de protection sur la cage thoracique n'est donc pas limitée à la calotte terminale faisant saillie au-dessus de l'arc de la première côte, mais correspond à la fosse sus-épineuse, au creux sus-claviculaire et aussi à la région intercléidohilaire.

Ce sont là toutes régions d'auscultation appréciées des cliniciens et en particulier des phtisiologues. C'est dire de suite l'importance qu'on lui reconnaît en anatomie et toute la valeur qu'elle a aux yeux du médecin qui, la connaissant bien, saura reconnaître électivement les pneumopathies qui y siègent et faire un diagnostic topographique exact des ombres radiologiques des tiers supérieurs des poumons.

***

Sa Forme — Ses Limites

La zone apicale est la zone la plus élevée des sept grandes zones pulmonaires autonomes dont la superposition et la juxtaposition constituent, à nos yeux, un poumon (1).

Pour se faire une idée exacte de sa forme et de ses dimensions, il suffit de l'isoler par la pensée de ses deux voisines, les zones ventrale et dorsale supérieures.

Cette disposition, simple conception de l'esprit, se réalise parfois d'ailleurs, ébauchée ou complète, chez l'homme à l'aide de scissures surnuméraires. C'est assez exceptionnel.

Geddes en 1910 en a publié un cas sous le titre de « trilobation du sommet du poumon droit ». Dans ces dernières années le Professeur Lucien et son élève Weber en a signalé une individualisation incomplète (2). L'un de nous a eu tout récemment l'occasion d'en observer chez l'homme adulte et chez l'enfant.

Bornons-nous donc à souligner que la zone apicale présente la forme d'un cône renversé dont la pointe inférieure aboutit à la bifurcation de la bronche lobaire supérieure, dont la base supérieure et convexe est libre. Sa face externe est enveloppée par les zones dorsale supérieure et ventrale supérieure. Sa face interne apparaît à nu sur la face médiastinale du Poumon.

Ses Rapports

La zone apicale présente 2 régions distinctes au point de vue de ses rapports :

L'une inférieure intra-pulmonaire ;

L'autre supérieure émergeant en dôme au sommet du lobe supérieur.

La limite entre ces deux régions est constituée par le plan de la deuxième côte.

1° *Le segment inférieur intra-pulmonaire* présente des rapports différents au niveau de ses faces interne et externe :

a) *La face externe* est habituellement invisible parce que soudée aux zones ventrale et dorsale supérieures, dont elle n'est séparée que par une mince cloison conjonctive interzonaire ;

b) *Sa face interne*, médiastinale est déprimée en une large gouttière en rapport avec les organes du médiastin supérieur. La veine cave supérieure et le tronc artériel brachio-céphalique à droite, le tronc veineux brachio-céphalique et l'artère sous-clavière à gauche y laissent leurs empreintes respectives. La lèvre postérieure de cette gouttière est intervertébro-œsophagienne ; la lèvre antérieure est pré-médiastinale.

2° *Le segment supérieur* forme le sommet proprement dit du poumon. Revêtu de plèvre, il est coiffé par une région pariétale assez étendue comprenant le premier espace intercostal, la première côte et le dôme pleural. Il est donc en rapport avec les vaisseaux sous-claviers, les racines inférieures du plexus brachial, le ganglion stellaire.

Ses Eléments constitutifs

Weber (Thèse de Nancy, 1936), après de nombreuses dissections et moulages métalliques des bronches, a montré que la région apicale était une « véritable entité anatomique caractérisée par une armature broncho-vasculaire nettement définie ». Nos recherches personnelles n'ont fait que confirmer ses résultats.

1° *La bronche*

La bronche du lobe supérieur, tantôt dans son segment intra-hilaire, tantôt après sa pénétration dans le parenchyme, se trifurque comme un candélabre à trois branches. La bronche médiane, ou bronche apicale, se dirige, dès son origine, suivant un trajet vertical d'environ 200 mm. Assez volumineuse (diamètre moyen interne : 6 mm.; diamètre moyen externe : 9 mm.) elle se bifurque ensuite en deux troncs principaux :

(1) Voir Pierret-Coulouma-Breton-Devos. *Ann. d'Anat. normale et d'Anat. Pathol.*, mars 1938. — *Paris médical*, 11 juin 1938. — *Progrès médical*, 15 janvier 1938. — *Ann. de méd.*, octobre 1938. — *Bruxelles médical*, 19 juin 1938. — *Revue de la Tuberculose*, juin 1938. — *Archives de méd. infantile*, à paraître.

(2) *Thèse Lille*, Devos, 1937-1938.

Un tronc apical antérieur assez mince ;

Un tronc apical postérieur, de diamètre double du précédent, continuant la direction verticale initiale de la bronche apicale. C'est de ce dernier tronc que dépend la ventilation de la calotte du lobe supérieur circonscrite par l'orifice supérieur du thorax et en rapport avec le dôme pleural.

Chez certains sujets, la bronche du lobe supérieur, au lieu d'avoir trois branches, n'en présente que deux : une ventrale et une dorsale. Dans ce cas, l'apicale naît de l'une ou de l'autre. Il est exceptionnel d'observer une absence totale de tronc apical. Les ramifications secondaires sont alors formées par les bronches voisines ventrale supérieure et dorsale supérieures.

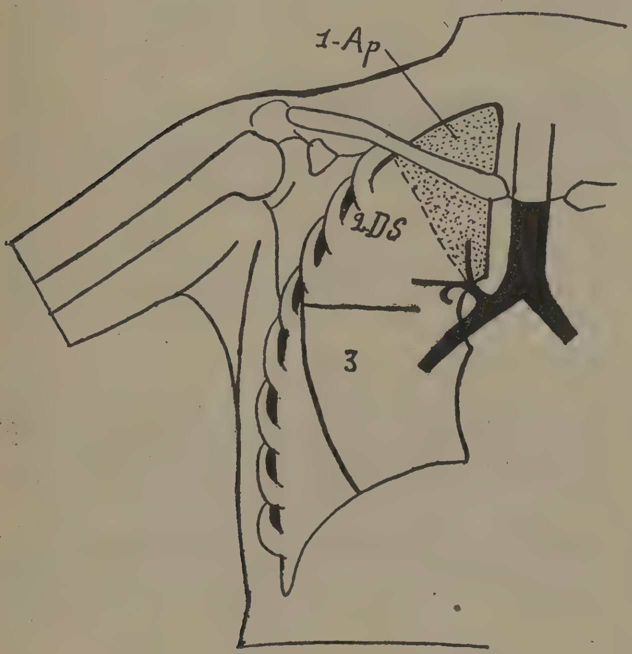


Fig. I. — Projection et rapports de la zone apicale. Vue de face.

1. Ap = Zone apicale : ses rapports avec les régions sus et sous-claviculaire.
2. D. S. = Zone dorsale supérieure dont le foyer d'auscultation est le creux axillaire.
3. Projection du lobe moyen.

2° *L'Artère*

L'artère du lobe supérieure, née du segment médiastinal de l'artère pulmonaire, se trifurque dans le cratère du hile : ses trois branches sont ordinairement bien individualisées avant de pénétrer dans le parenchyme.

La branche moyenne, ou artère apicale, vient s'accoler à la face interne de la bronche apicale dont elle suit fidèlement le mode de ramification.

3° *La Veine*

Avec Lucien, Hoche et Hovelacque, nous avons observé que la circulation veineuse du lobe supérieur se résume habituellement en trois veines aboutissant à la veine pulmonaire supérieure. L'une de ces veines, de direction verticale, provient de la région apicale. Bien que n'étant pas accolée étroitement à la bronche comme l'artère, cette veine nous a paru draîner un territoire exactement superposable au territoire broncho-artériel.

4° *Les Lymphatiques*

Le Professeur Rouvière a décrit au niveau du lobe supérieur trois zones lymphatiques dont une « supérieure » ou sus-pédiculaire, où les vaisseaux naissent en partie dans la région apicale du poumon et se rendent aux ganglions latéro-trachéaux. Il paraît séduisant d'identifier cette région lymphatique « supérieure » avec la zone apicale.

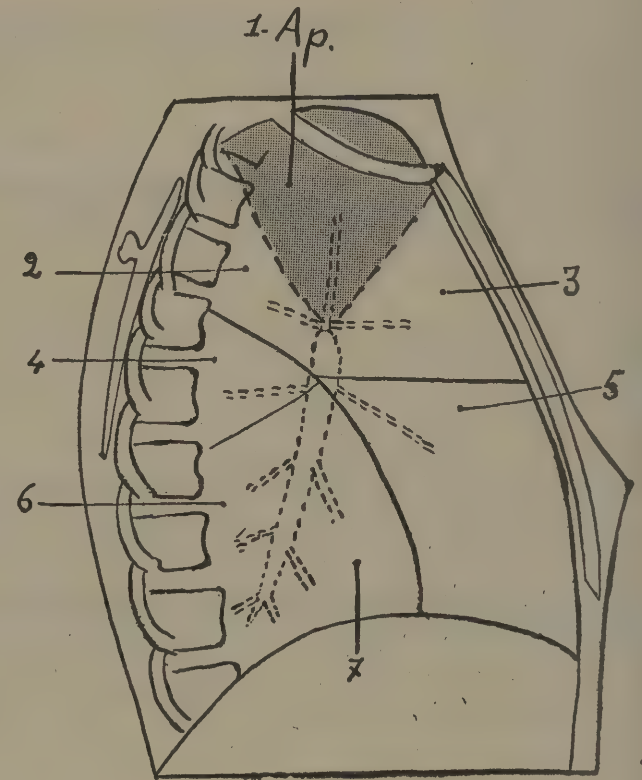


Fig. II. — Projection et rapports de la zone apicale. Vue de profil.

1. Ap. Zone apicale.
2. Zone dorsale supérieure.
3. Zone ventrale supérieure.
4. Zone dorsale moyenne.
5. Zone ventrale moyenne.
6 et 7. Zones dorsale et ventrale inférieures.

5° *Les Nerfs*

Ces nerfs comprennent : d'une part, les filets *bronchiques* issus, les uns des nerfs bronchiques postérieurs du pneumogastrique, les autres des nerfs bronchiques postérieurs du ganglion étoilé ; d'autre part, les filets *vasculaires* qui proviennent des nerfs vasculaires antérieurs ou fonctionnels, branches : à droite, des nerfs cardiaques moyens et inférieurs du sympathique et du vague ; à gauche, des nerfs cardiaques moyen et inférieur du vague ainsi que des nerfs cardiaques inférieurs du sympathique.

On peut donc admettre que la zone apicale possède une autonomie d'innervation parallèle à l'autonomie que lui confère son système broncho-vasculaire.

*
* *

Ainsi la zone apicale présente une réelle autonomie au triple point de vue bronchique, artériel et veineux. Elle constitue une véritable entité anatomique autonome et constante qui peut parfois s'individualiser sous la forme d'un véritable lobe apical.

Il serait regrettable de confondre ce lobe apical avec une formation voisine que l'on découvre de temps en temps chez l'homme et que l'on nomme alors habituellement par confusion anatomique « lobe de la veine azygos ou lobe de Wirsberg ».

Le terme de lobe doit être, en effet, strictement réservé à l'individualisation scissurale d'un territoire ventilé par une bronche déterminée et constante. Or, le « pseudo-lobe » azygos résulte de l'apparition d'un méso qui relie à la paroi la grande veine azygos dont la crosse présente un trajet anormal.

La scissure azygos intéresse alors tant la plèvre pariétale que viscérale, et présente — comme il est classique de l'écrire — 4 feuillets pleuraux alors que la lobation intéresse seulement la plèvre viscérale et ne donne naissance qu'à deux feuillets pleuraux.

Par ailleurs, remarquons-le, les éléments qui aèrent et vascularisent le lobe de Wirsberg ne présentent aucun des caractères de constance ou de régularité quant à leur origine et quant à leur mode de ramification de ceux que l'on exige pour un lobe. Il n'existe, en effet, ni une « bronche », ni une « artère » du lobe azygos.

Ce dernier reçoit ses éléments de l'une quelconque des branches de division du pédicule lobaire supérieur, et de plus ses éléments sont englobés dans le « pseudo-lobe » suivant les caprices du trajet de la crosse de la veine azygos.

Tels sont les éléments du diagnostic différentiel et qui le justifient.

*
* *

Les notions que nous venons de rapporter dans cet exposé n'ont pas qu'un intérêt anatomique. La morphologie, la topographie, la structure et l'architecture de la zone apicale sont aujourd'hui de connaissance aussi indispensable pour l'anatomiste que pour le pathologiste. L'anatomie pulmonaire est l'une des notions fondamentales pour faire une bonne auscultation et pour savoir interpréter correctement les documents radiographiques. Le siège bien spécial du lobe apical au sommet et à la région intercléiodohilaire, toutes régions favorables à l'éclosion des processus pathologiques, en particulier à la germination du bacille de Koch justifie le travail que nous lui avons consacré.

Essai de justification de l'endocrinothérapie par l'hormone du follicule ovarien, par le docteur GUY DE BERMINGHAM (thèse). Un volume de 50 pages, à la Librairie E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Radiothérapie gynécologique, curie et roentgenthérapie, par R. MATHEY-CORNAT. Un volume de 370 pages avec 81 figures. Prix : 60 francs. Chez Masson et Cie, Paris (6e), 1936.

LA TUBERCULOSE DE LA ZONE APICALE

Discussion à propos du début sus ou sous claviculaire de la tuberculose pulmonaire

APPLICATION A LA CLINIQUE DE LA CONCEPTION ZONAIRE DU POUMON

Par MM. R. PIERRET, A. BRETON et L. DEVOS

S'il est une notion devenue banale en phtisiologie à force d'être dite et redite, c'est bien la notion du début de la Tuberculose chez l'adulte à la partie supérieure des poumons.

A une époque déjà ancienne et qui était privée du concours des Rayons X, c'était là, on le sait, un sujet de profonde discussion entre les différentes Ecoles.

Les unes étaient favorables à un début sus-claviculaire, les autres à un début sous-claviculaire.

Rappelons qu'alors en France Bayle, Grancher, Marfan, à l'étranger Schröder, Gräeff, professaient que la lésion initiale bacillaire apparaissait à l'extrême sommet du poumon, dans ce que nous nommons maintenant en radiographie la « vésicule pulmonaire supérieure ».

Au même moment, par contre, J. Kingstann, Fowler, Schmorl, Aschoff appuyaient de leur autorité la thèse soutenue dès 1882 par William Ewart et localisaient chez l'homme les premières lésions tuberculeuses à la région logée sous la moitié interne de la clavicule.

Il est hors de doute qu'aujourd'hui cette vieille querelle a perdu beaucoup de son acuité.

La précision inégalable de la documentation radiographique a fait pencher la balance en faveur d'un début surtout infraclaviculaire siégeant dans cette région intercléidohilaire dont Léon Bernard a montré après guerre toute l'importance. Elle a eu aussi le grand mérite d'affirmer que la Tuberculose du sommet n'obéissait à aucune loi absolue de début et de localisation.

C'est bien pourquoi Armand-Delille, Lestoquoy et Huguenin, voulant s'échapper des formules trop rigides, ont tenté récemment de concilier les deux vieilles doctrines devenues quelque peu caduques en attribuant aux lésions initiales un siège intermédiaire.

La conception zonaire des poumons que nous avons vulgarisée dans un certain nombre de publications récentes, apporte à cette dernière théorie éclectique une base anatomique solide.

La Zone Apicale — zone la plus élevée parmi les 7 grandes zones pulmonaires autonomes dont l'assemblage constitue le poumon — représente en effet la zone d'élection de début de la Tuberculose.

Elle comprend, on le sait, un segment sus-claviculaire et un segment infraclaviculaire. Ces deux segments forment un tout, ayant la forme d'un cône dont le sommet plonge dans le hile et dont la base affleure au dôme pleural. Ils correspondent tous deux aux zones d'auscultation sus et sous-claviculaires où l'oreille perçoit électivement la toute première éclosion de la Tuberculose. Que le début de la bacillose

ait donc lieu au-dessus ou au-dessous de la clavicule, peu importe puisque dans les deux cas ce tout premier début se produit à l'intérieur des limites de la zone apicale.

La notion nouvelle de la zone apicale apporte donc à nos yeux l'élément d'unicité qui manquait jusqu'ici à l'étude du siège initial de la Tuberculose du sommet.

***

Preuves stéthoscopiques

La zone apicale affleure — nous l'avons vu — au contact de la paroi thoracique les régions correspondant :

A la fosse sus-épineuse en arrière ;

Au premier espace intercostal sous la clavicule en avant ;

Au creux sus-claviculaire (dôme pleural) en haut.

Pour quiconque connaît les foyers d'auscultation dits classiques du début d'une tuberculose du sommet, il existe une analogie frappante entre ces régions de contact pariétal et les régions où l'on dépiste au maximum les anomalies respiratoires du début de l'infiltration bacillaire.

D'après Marfan « les signes de Grancher ont une réelle valeur lorsqu'ils sont persistants et limités au sommet du poumon. *soit dans la région sous-claviculaire, soit dans la fosse sus-épineuse* ».

Pour Armand-Delille « la recherche de la tuberculose apicale *par l'exploration des régions sus et sous-claviculaires* reste encore notre meilleur guide en clinique et même en radiodiagnostic ».

La « *zone d'alarme postérieure* » de Stephen Chauvet correspondant à la fosse sus-épineuse et au segment postérieur du premier espace intercostal est trop connue pour que nous y insistions.

Ce sont justement ces mêmes régions où l'on entend les craquements secs de la Tuberculose de la zone apicale. Il y a donc lieu de faire œuvre de synthèse et de conclure que les données de l'auscultation classique en matière du début de la tuberculose concordent en tous points avec les données anatomiques de la conception zonaire au niveau de l'apex.

Preuves radiologiques

Il est inutile — nous semble-t-il — d'insister sur l'appoint indispensable fourni par la radiologie pour dépister à son extrême début et pour localiser une bacillose.

Le même problème du début sus ou sous-claviculaire de la bacillose divise les radiographes.

Or que nous enseigne l'anatomie radiologique sur la topographie et la projection de la zone apicale ?

A. Que *de face* cette zone se projette sous la forme d'un triangle dont voici les limites :

Sommet inférieur hilaire ;

Base supérieure correspondant au dôme pleural ;

Bord interne vertical confondu avec l'ombre médiastinale ;

Bord externe oblique en haut et en dehors, suivant une ligne allant du hile au point d'intersection de la clavicule avec la deuxième côte.

B. Que *de profil* l'image se noie dans l'opacité du médiastin supérieur, mais que l'incidence de transverse ou de profil permet de reconnaître si les zones voisines dorsale et ventrale supérieures sont indemnes ou non.

L'anatomie radiologique enseigne de plus qu'il faut savoir distinguer cette zonite :

1° *De la lobite totale du lobe supérieur*, ce qui représente l'atteinte globale des 3 zones (ventrale supérieure, dorsale supérieure, apicale) constituant le lobe. L'image est alors plus étendue, occupant la moitié supérieure du champ phréno-claviculaire. Sa limite inférieure est horizontale ;

2° *De la pseudo-lobite Azygos* — bien connue depuis les travaux de Jalet et le Bourdelles — qui se traduit par un triangle beaucoup moins étendu, juxta médiastinal, à bord externe, linéaire et scissural, souvent convexe en dehors, en virgule et dont la pointe se termine au-dessus du hile — au niveau du 4e espace intercostal — là où s'abouche la grande azygos dans la veine cave supérieure ;

3° *De l'image en casque* — qui représente l'atteinte simultanée des zones apicale et dorsale supérieure ;

4° *De certaines ombres* — comblant chez l'enfant l'angle cléido-médiastinal, à bord externe généralement irrégulier et polycyclique — dues à des adénopathies latéro-trachéales volumineuses. C'est à titre exceptionnel que la confusion pourra se faire avec une hypertrophie thymique (Prof. Debré et Mignon) ou avec un goître plongeant.

Ceci dit — c'est dans le territoire de la zone apicale — dont nous avons suffisamment précisé les limites anatomiques et topographiques — que l'on observera fréquemment les manifestations radiologiques initiales du Fruhinfiltrat ou de la réinfection bacillaire :

Sous la forme d'atteinte *parcellaire :* infiltration ou géodes ;

Sous l'aspect d'une atteinte *totale :* zonite de pneumonie caséeuse — de spléno-pneumonie — de poussée congestive fugace.

Des radiographies de face, de profil, parfois une tomographie aideront à faire le diagnostic de siège.

Sans plus insister sur ces détails, nous tenons à attirer cependant l'attention sur ce que certains Auteurs ont donné — trop fréquemment peut-être — à des aspects typiques de triangle apical une origine scléreuse de lobite rétractile.

C'est ainsi que Léon Bernard et Béthoux, sous le terme de « fibrose du lobe supérieur », ont décrit la transformation d'une lobite en un petit moignon fibreux rétractile accolé au médiastin avec attraction vers le haut de la scissure. Pour d'autres — comme Mlle Boyaval du Service du Prof. Carrière — l'opacité triangulaire de l'angle sterno-claviculaire serait alors dû — dans certains cas — non à une rétraction du lobe supérieur, mais à un processus fibreux attirant en dehors les éléments vasculaires du médiastin supérieur.

L'étude radiographique poursuivie pendant de longs mois chez une malade d'un cas de ce genre et notre expérience nous autorisent à penser qu'il s'agit bien

souvent non d'une lobite supérieure, mais d'une zonite apicale à élément fibreux prédominant — parfaitement stationnaire d'évolution et nullement rétractile, car la trachée n'est pas déviée.

Preuves anatomopathologiques

Parmi les Auteurs qui se sont attachés à l'étude de la tuberculose primitive du sommet, il en est pour qui cette localisation implique une évolution et une forme anatomopathologique particulière.

Selon l'Ecole allemande (Brauning-Assmann, Roedener, etc.) la bacillose « infraclaviculaire » (Fruhinfiltrat) aboutirait habituellement à la caséification. Elle marque le début de lésions ulcérocaséeuses ouvertes et graves.

Opinion non admise d'ailleurs par tous — puisque Léon Bernard-Tixier-Siems estiment que l'évolution peut en être très variable et qu'il y a possibilité de sclérose cicatricielle.

D'autres auteurs poussant plus loin la discussion établissent à ce point de vue une distinction entre le « sus apex » ou région sus-claviculaire et le « sous apex » ou région « infraclaviculaire ou intercléidohilaire ». La première serait, en général, le siège de lésions bénignes, la seconde d'atteintes plus sérieuses. Ainsi pensait Giraud dans son « précis de phtisiologie » « les lésions de l'extrême sommet sont en général d'un pronostic plus favorable que celles de la région intercléidohilaire ».

La structure de la zone apicale fournit à ces notions basées essentiellement sur l'Observation clinique une base anatomique.

En effet, l'anatomie nous a permis de distinguer dans la zone apicale deux régions différentes quant aux rapports et quant à la structure : l'une supérieure, située au-dessus du plan de la 2e côte, l'autre inférieure, située sous ce plan.

Raisonnant anatomiquement, il est logiquement permis de supposer que les *lésions du segment inférieur* doivent avoir des conséquences plus graves que celles du segment supérieur. Elles altèrent de gros troncs bronchovasculaires et de gros troncs nerveux qui tiennent sous leur dépendance l'aération, la nutrition et la trophicité du parenchyme du segment supérieur. Les *lésions du segment supérieur* ne touchant que des terminaisons broncho-vasculo-nerveuses minuscules, apparemment ne doivent avoir qu'une action destructive très limitée. En effet, les lésions du segment inférieur, outre les dégradations localisées auxquelles elles donnent naissance, doivent avoir un retentissement à distance dans le segment supérieur dont la vitalité est touchée par contre-coup.

Reconnaissons d'ailleurs que toutes les formations anatomopathologiques peuvent se rencontrer aussi bien dans le segment supérieur que dans le segment inférieur. Les variations observées dans leur évolution s'expliquaient jadis malaisément ; nous avons vu dans les quelques lignes précédentes l'explication que nous proposons.

Un point commun unit ces formations anatomopathologiques : leur localisation fréquente à la « *zone* » *apicale*.

Pourquoi le bacille de Koch affectionne-t-il le sommet du poumon ? Nous touchons ici un problème déjà ancien.

De nombreuses explications ont été apportées, les unes contredisant les autres. Bornons-nous à citer :

Ossification précoce des cartilages costaux supérieurs (Freund) ;

Amplitude moindre des mouvements respiratoires du sommet (Geszti et Sergent) ;

Anémie relative des sommets due à la station verticale (Colomban) ;

Courbure de la bronche épartérielle (Lambert de Cursay) ;

Activité respiratoire et circulatoire plus intense du lobe supérieur (Walsch) ;

Insuffisance du drainage broncho-lymphatique du lobe supérieur (Menozzi) ;

Ainsi si la localisation fréquente de la tuberculose au sommet est un fait admis, son explication pathogénique reste à démontrer.

La Tuberculose du sommet mérite donc bien le nom de tuberculose de la zone apicale. Au triple point de vue clinique, radiologique et pathologique, c'est là un terme exact. Cette prédilection mérite d'autant plus d'être soulignée qu'elle s'oppose en quelque sorte à celle des pneumopathies pneumococciques pour la zone dorsale supérieure (1). Son étude — à la lumière des faits nouveaux connus en Anatomie — permet de comprendre quelques faits cliniques qui demeuraient obscurs jusqu'ici.

(1) Pierret, Coulouma, Breton et Devos. La zone dorsale supérieure. Etude anatomique et clinique. Intérêt de sa connaissance dans l'interprétation des signes de la pneumonie dite du sommet. *Paris médical*, 11 juin 1938.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade, par M. Barthélemy, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. 2 vol. de 880 pages avec 368 fig. et une planche en couleurs : tome I : 75 fr. ; tome II : 115 fr.

La médecine en Assyrie et en Babylonie, par le docteur Georges Contenau. Un vol. de 230 pages, avec 60 fig. et une carte, en souscription. Maloine, éditeur, 1938. Prix : 75 fr. sous couverture ; 125 fr. relié.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. Weitz, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

Les ultravirus des maladies humaines, sous la direction de C. Levaditi et P. Lépine, avec la collaboration de G. Blanc, J.-P. Bijl, I. A. Galloway, P. Gastinel, A. Gratia, P. Habert, G. Hornus, B. Kreis, P. Lecomte du Nouy, J. Levaditi, C. Mathis, J. Mesrobeanu, S. Nicolau, H. Plotz, J. Vieuchange et F. Wohlwill. Un vol de 1190 pages avec 263 fig. et une planche en couleurs. Maloine, 1938. Prix en 2 vol., brochés : 375 fr. ; en un vol. cartonné : 400 fr. ; en 2 vol. cartonnés : 425 fr.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU CENTENAIRE DE BROUSSAIS

Mon cher Directeur,

Je viens de passer une heure très agréable à lire, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 24 septembre 1938, le magnifique article de M. Babonneix, commémorant le Centenaire de la mort du fougueux Broussais, ce Mirabeau, ce Danton du Val-de-Grâce.

Avec quelle admirable documentation, il loue « sa prestigieuse carrière » et nous montre cet ardent Malouin marchant l'épopée napoléonienne d'Austerlitz à Xérès, en Andalousie, puis montant à l'assaut des théories de son maître Pinel et sur leurs ruines, édifiant la *Doctrine Physiologique*.

Pendant vingt ans, la gastro-entérite et l'inflammation remplirent de leurs clameurs la scène pathologique. Avec son éloquence inouïe, il l'imposa au monde scientifique et sa réputation mondiale rejaillit sur le Val-de-Grâce et sur la France.

A Saint-Malo, le 11 septembre 1938, devant de hautes personnalités politiques, MM. Guy La Chambre, ministre de l'Air, Rucart, ministre de la Santé publique, Gasnier-Duparc, sénateur-maire, le Préfet de l'Ille-et-Vilaine, l'arrière petit-fils de Broussais, quatre-vingt trois ans, ex-député d'Alger, j'ai prononcé son éloge et défendu sa mémoire contre tous ses adversaires qui l'ont traité de visionnaire, de despote, de sanguinaire, *dont le service d'hôpital ruisselait de sang* et *dont la médecine était mise à la portée des intelligences les plus humbles*.

Ces envieux semblent avoir oublié que, depuis Abeilard et saint Thomas d'Aquin on n'avait jamais vu de pareils triomphes oratoires.

M. Babonneix a reproduit quelques lettres de Broussais : La détresse d'un sans-culotte ; une lettre d'affaires à son éditeur ; une invitation à déjeuner ; une lettre d'amour à sa fiancée Marie-Jeanne Troussart, dans laquelle il lui dit : « Je prends plaisir à t'assurer que je ne respire que pour toi, point de bonheur pour moi sans M.-J. *Je ne me lasserai jamais de te dire que je t'adore* ».

Ces serments furent un instant oubliés en Espagne, quand l'ardent Malouin avec ses trente neuf ans, se sentit envahi par le sex-appeal, au milieu de toutes ces Andalouses « au sein bruni » et n'envoya plus de subsides aux siens. L'Administration fut même obligée de lui donner l'ordre d'envoyer de l'argent à sa femme. « Pour lui faciliter les moyens de faire parvenir ces sommes, il n'eut qu'à déposer le montant chez le payeur de l'armée, qui lui remit en échange deux traites payables à vue sur le Trésor impérial à Paris (15 février 1813). Enfin, cette admirable consultation « motivée » qui comporte : 1° dix sangsues tous les dix jours ; 2° un régime de féculents ; 3° entre les repas, des boissons émollientes ; 4° des frictions aromatiques sur l'épine dorsale ; 5° un exercice modéré en plein air ; 6° des pédiluves chauds avec sel de cuisine ou un quartrin de farine de moutarde ; 7° des lavements nutritifs ; 8° si la déglutition des aliments devenait plus difficile, nourrir la malade avec *une sonde* de gomme élastique introduite dans l'estomac.

Voilà une consultation qui devrait confondre les adversaires prétendant que Broussais n'avait qu'une arme dans la main : les sangsues.

Si sa théorie est périmée aujourd'hui, si Broussais ne nous a laissé aucune œuvre durable, nous garderons de lui le souvenir d'un soldat qui marcha l'Epopée derrière le Maître de l'Heure, d'un brillant tribun qui aimait l'Agora, le Forum ; d'un apôtre qui incarna le romantisme médical ; d'un travailleur tenace, qui secoua la torpeur de ses contemporains ; d'un vrai médecin militaire qui fut toujours fier d'appartenir à notre corporation et qui sut se contenter de sa modeste solde, alors qu'il aurait pu gagner une fortune considérable, comme Dupuytren, en élevant le prix de ses nombreuses consultations auxquelles l'appelaient ses élèves. Malgré sa réputation mondiale, il ne prenait que six francs par visite.

Avec le professeur Dubois, d'Amiens, nous redirons : « C'est un impérissable honneur pour notre Patrie d'avoir produit Broussais ; pour la médecine navale de l'avoir compté un instant dans ses rangs et un légitime orgueil pour le Val-de-Grâce de l'avoir recueilli pour en faire un de ses chefs les plus illustres avec Percy, Larrey et Des Genettes.

Veuillez, etc.,

Dr P. BONNETTE.

LIVRES NOUVEAUX

Traumatismes du pied et rayons X. Malléoles, Astragale, Calcanéum, Avant-Pied, par Etienne Destot (de Lyon). Préface du docteur Alexis Carrel (deuxième édition). — Un volume de 292 pages, avec 156 figures, 45 fr. Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre connut dès sa publication les faveurs des praticiens et des radiographes attirés par la nouveauté des conceptions, la sincérité et la vigueur de l'exposé. L'édition fut rapidement épuisée.

Les docteurs E. Gallois et Japiot, élèves d'Etienne Destot, ont jugé indispensable de maintenir un ouvrage dont la documentation, les idées neuves faisaient dire aux auteurs d'un des rapports du Congrès de Chirurgie de 1935 qu'il constituait « un chef-d'œuvre d'originalité et d'indépendance scientifique ».

On retrouvera dans cette édition le texte primitif reproduit aussi exactement que possible, complété cependant de quelques radiographies nouvelles.

L'importance du sujet n'est plus à signaler. Tous les praticiens sont journellement aux prises avec les difficultés, soit du pronostic, soit enfin du traitement des fractures.

Le but de cette étude est de leur permettre de rendre des services inappréciables en s'entourant de tous les éléments capables d'éclairer le diagnostic : radiographie immédiate, radiographie après réduction, car les données cliniques sont souvent insuffisantes.

L'auteur a réagi contre les notions classiques, contre l'enseignement qui réduit tout à des schémas contre les théories qui voilent l'observation et amènent une confiance pleine de dangers.

La radiographie lui a servi de guide pour établir des classifications, c'est elle qui permettra au début de formuler des réserves sur la possibilité d'une incapacité permanente partielle que rien ne pouvait faire prévoir : c'est elle qui doit guider la thérapeutique en permettant un choix judicieux et rationnel des moyens à employer pour corriger tel ou tel type de déformation.

Le double rôle de thérapeute et d'expert qui incombe tous les jours au médecin a été envisagé dans ce livre d'une façon spéciale, avec à l'appui quelques conseils pratiques.

Psycho-physiologie sexuelle, étude biologique, clinique et sociale, par L. Strominger, avec une préface du professeur Laignel-Lavastine. Un vol. in-8° de 286 pages, chez Doin et Cie, 1938. Prix : 55 francs.

Les courants de haute fréquence, applications de tension (courants de résonance), par le docteur Georges Ronneaux. Un volume de 156 pages avec 36 figures. Prix : 30 fr. Chez Gauthier-Villars, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET COMPLICATIONS DE LA GRIPPE (1)

B. — LES FORMES COMPLIQUEES DE LA GRIPPE

Sont presque exclusivement l'apanage des formes épidémiques.

1. Complications pulmonaires :

Dûes à des germes d'infection secondaire (strepto ou pneumo surtout) développés à la faveur de l'infection grippale.

Deux faits les dominent : leur intensité, leur contagiosité surtout, qui oblige à l'isolement strict les malades et à toutes les mesures prophylactiques habituelles.

α. *En phase endémique :*

Elles restent bénignes et modérément fréquentes.

— Une bronchite prédominant aux grosses bronches.

Une congestion pulmonaire des bases peuvent venir compliquer l'évolution d'une grippe diagnostique.

Mais il est surtout fréquent, en période endémique, de voir survenir, pendant l'hiver surtout, des congestions pulmonaires, ou tout autre pneumopathie aiguë, que la saison, l'extrême fréquence font dénommer *grippales*, plutôt que pneumococcies primitives.

β. *En phase épidémique :*

Ces complications deviennent d'une fréquence extrême et, fait à noter, aussi bien dans les grippes qui s'annoncent bien et qui semblent bénignes, que dans celles qui d'emblée ont une allure sévère ; et l'on peut bien dire *qu'il n'y a pas d'affections aiguës respiratoires, dont la grippe ne puisse réaliser le tableau.*

Elles surviennent à une date qui varie, mais s'annoncent en règle vers le 3e ou 4e jour d'évolution, par : une dyspnée vive avec les quintes de toux ; un point de côté douloureux ; surtout une ascension thermique brusque à 40°, et suivant les cas, il s'agit :

1. *De congestion pulmonaire :*

Donnant un foyer submat avec des râles sous-crépitants, foyer qui peut *rester fixe* et évoluer en quelques jours, en donnant un minimum de signes fonctionnels, autres que des crises de toux, ramenant une expectoration muco-gommeuse ;

Foyer qui peut être *très mobile* et *fugace*, avec des crises d'expectoration aérée, réalisant autant de foyers congestifs et œdémateux, dont seule l'abondance de la répétition peut devenir graves.

2. *De pneumonie grippale*, qui, à vrai dire, n'a de pneumonie que le nom, car dans la règle très atypique, se rapprochant beaucoup plus des foyers de broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

En effet : le début en est assez progressif, exceptionnellement « solennel ». Le frisson est rare, il n'y a pas d'herpès, pas de congestion au visage. Surtout : pas d'expectoration rouillée, mais de gros crachats muco-purulents.

L'examen montre l'existence d'un foyer lobaire d'hépatisation avec matité, vibrations exagérées, souffle tubaire avec râles sous-crépitants et bronchophonie, mais le souffle peut manquer, et les râles prendre un timbre humide.

Trois faits en dominent l'évolution :

— La tendance œdémateuse et hémoptoïque ;

— La possibilité de suppuration du lobe hépatisé ;

— Surtout : le retentissement cardiaque.

Cette évolution n'est pas cyclique.

Pendant une dizaine de jours, l'état général est grave et le danger est au cœur.

Si des hémoptysies, une poussée œdémateuse ou une transformation purulente ou gangréneuse du foyer ne viennent pas retarder l'évolution, celle-ci se fait lentement, parfois après de courtes rechutes, vers la guérison, mais la convalescence est très longue et l'asthénie beaucoup plus persistante que dans une pneumonie ordinaire.

3. *D'œdème aigu pulmonaire*, cause de mort très fréquente au cours des grandes pandémies grippales.

C'est un œdème infectieux suraigu du poumon, qui peut survenir d'emblée, ou compliqué sur des formes précédentes, n'étant en somme que l'exagération du processus œdémateux, si fréquent au cours des pneumopathies grippales.

Il est en règle d'apparition brutale : une dyspnée considérable l'annonce et reste le signe majeur, puis la fièvre atteint 40°. Très rapidement, la tension artérielle s'effondre, le malade anhelant est en plus cyanotique. A l'auscultation, on perçoit la pluie de râles fins.

C'est souvent *une bronchoplégie totale*. L'expectoration ne survient pas, ou est minime, la saignée n'améliore que très passagèrement le malade, qui meurt dans le collapsus cardio-vasculaire.

Ce peut être un O.A.P. ordinaire, non immédiatement mortel, mais auquel s'attache un pronostic des plus fâcheux car les éléments cardio-vasculaires et pulmonaires surajoutent leurs mauvais effets plus que dans toute autre forme d'O.A.P.

4. *De broncho-pneumonie enfin* : peut-être la plus fréquente et aussi la plus contagieuse de toutes ces complications pulmonaires.

Redoutables autant par elles-mêmes que par les complications qui leur sont propres.

Comme celles de la rougeole, les broncho-pneumonies de la grippe peuvent réaliser tous les tableaux :

Celui de la bronchite capillaire, avec ses bruits de tempête dans les deux champs pulmonaires, mais rarement pur, car il s'y associe toujours un processus de congestion œdémateuse diffuse, qui l'avoisine au tableau de l'O.A.P. : le tout réalise un tableau d'asphyxie suraiguë qui, malgré le traitement urgent, emporte ces malades intoxiqués avec une rapidité impressionnante.

Celui de la broncho-pneumonie aiguë, à foyers disséminés ou à foyers pseudo-lobaires.

Moins rapide, moins bruyant, un peu moins grave, toujours on trouve le syndrome infectieux intense ; la dyspnée avec cyanose et battement des ailes du nez ; l'asthénie cardio-vasculaire, et à l'examen :

Tantôt, un *poumon bloqué :* zone mate sans râle, sans souffle, où le murmure est quasi aboli, sans expectoration.

Tantôt, de *petits foyers disséminés :* au milieu de râles de bronchite diffuse, de foyers soufflants avec petits râles fins de congestion œdémateuse, foyers très capricieux dans leur caractère et leur évolution.

Tantôt un *foyer pseudo-lobaire* persistant, immobile à l'une des bases pendant que se multiplient et évoluent les disséminations dans le poumon opposé.

(A suivre.)

GUY LE SUEUR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 82, du 12 oct., p. 1314.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 85. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accorde la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Jury : MM. Ombredanne, Capette, Houdard, Deniker, Quénu, Braine, Hallé.

Hôpitaux de Lyon, — Un concours, pour la nomination d'un accoucheur des hôpitaux, sera ouvert le lundi 27 mars 1939. Inscriptions au siège administratif des hospices, 3, quai des Célestins, à Lyon, avant le samedi 11 mars 1939.

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de la Roche-sur-Yon est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Damaye, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le poste de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier est vacant, à dater du 1er novembre 1938, par suite du départ de M. le docteur Condomine, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Sanatoriums publics. — Mme le docteur Bouchard, médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne), a été affectée, sur sa demande, au sanatorium de Plougonven (Finistère).

M. le docteur Arribehaute, médecin adjoint au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire), a été affecté, sur sa demande, au sanatorium des Tilleroyes (Doubs).

M. le docteur Vivant a été nommé médecin adjoint au sanatorium de la Meynardie (Dordogne).

M. le docteur Jacquet a été nommé médecin adjoint au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire).

M. le docteur Lamur a été nommé médecin adjoint aux sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain).

Médaille du professeur Laignel-Lavastine. — Les amis et les élèves du professeur M. Laignel-Lavastine ont eu la pensée, à l'occasion de son élection à l'Académie de Médecine, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille, dont l'exécution a été confiée au maître graveur de Hérain.

Tout souscripteur de 100 francs recevra un exemplaire de la médaille (50 francs pour les étudiants) ;

Pour tous renseignements s'adresser au docteur H.-M. Gallot, médecin-assistant à l'Hôpital de la Pitié.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Compte Chèques Postaux, Paris 599.

Prix de la Société de Médecine de Paris. — La Société de Médecine de Paris décerne avec les legs Duparcque, Butte et Alfred Guillon réunis un prix de 3.000 francs à l'auteur du meilleur mémoire en français sur un point de sciences médicales, le sujet restant au choix de l'auteur.

Les mémoires inédits et non encore récompensés devront être adressés au secrétaire général : docteur Bécart, 37 *bis*, boulevard Berthier, Paris, avant le 31 décembre 1938.

Ce concours est ouvert à tous les médecins, seuls les membres honoraires et titulaires de la Société sont exclus.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général.

CHRONIQUE

LA SÉANCE INAUGURALE DU XLVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le Congrès s'est ouvert avec le cérémonial ordinaire, lundi dernier. M. Paul Valéry, de l'Académie française, présidait la séance inaugurale, aux côtés du président du Congrès, M. Léon Imbert (de Marseille) et de M. Albert Mouchet, vice-président.

C'est, si je ne me trompe, la première fois que le Congrès est présidé par un provençal. Cet honneur était bien dû à un représentant de l'antique Phocée, à celui qui a créé cette belle Faculté de Marseille, à celui qui en a fait le plus grand centre scientifique de la Méditerranée. Mais Léon Imbert n'appartient pas seulement à Marseille, les anciens internes des hôpitaux de Paris n'oublient pas qu'il fut leur collègue, et Montpellier peut aussi le revendiquer comme un de ses fils intellectuels les plus brillants.

Le discours de Léon Imbert fut excellent, il fut simple, il fut réfléchi comme on l'attendait d'un fils de la Provence romaine. Après avoir salué les personnalités présentes, M. Paul Valéry, le vénéré professeur Forgue (de Montpellier), le recteur Roussy, le doyen Tiffeneau, M. le président Imbert rappela le souvenir des collègues disparus depuis un an : Pedro Chutro et surtout notre cher Maître et ami Joseph Arrou.

L'orateur jeta ensuite *un coup d'œil rétrospectif sur la médecine des cinquante dernières années*. Il a vu, assurément, comme ses maîtres de Montpellier le lui annonçaient au début de ses études, de grandes choses. La chirurgie, la biologie ont accompli une formidable et bienfaisante révolution. Mais M. Léon Imbert peut placer à côté de l'énumération de leurs conquêtes *une revue des déceptions*...

« ... ne voyons-nous pas encore les Sociétés de Chirurgie, le XLVIIe Congrès lui-même, discuter du traitement des grandes septicémies, des ostéomyélites? La guérison de la diphtérie avait brillé d'un éclat instantané et définitif, mais depuis cinquante ans nous discutons sur la sérothérapie antistreptococcique, antistaphylococcique, à la façon des médecins qui depuis des siècles se demandent si le vésicatoire est utile, et continuent à l'appliquer à l'occasion. Les uns sont pour l'action opératoire, d'autres affirment qu'ils ont abandonné résolument le bistouri pour la seringue de Pravaz. Les uns et les autres se dressent sur leurs statistiques, sans arriver à se convaincre mutuellement.

Je ne crois pas dépasser les limites d'une appréciation raisonnable en affirmant ici que, vaccins et sérums, s'ils nous ont donné parfois des résultats inespérés, nous ont donné, plus encore, des déboires ; ce n'était certes pas ce que nous en attendions... »

En opposition, Léon Imbert montre alors le développement étonnant de certaines découvertes modernes, il nous parle des vitamines, des hormones, des sulfamides. Il insiste enfin, comme l'a fait il y a quelques mois Fernand Bezançon, sur le rôle de la clinique qui pose les problèmes et à qui revient le contrôle des résultats. Et l'orateur termine ainsi sa revue « de nos victoires et de nos défaites ».

« Notre génération est fière de l'œuvre qu'elle a accomplie, mais elle ne cherche pas à se dissimuler qu'il reste encore beaucoup à faire ; nous avons dû renoncer, dit Leriche, à la grande espérance des greffes ; et par un singulier hasard, nous n'avons appris à guérir que des maladies rares... »

Mais M. Léon Imbert ne veut pas nous laisser l'impression qu'il est désabusé, ce serait le mal connaître, et il tient à nous apporter enfin une prophétie réconfortante : « La génération qui vient, comme celle qui s'en va n'aura peut-être pas trouvé ce qu'elle aura cherché, mais elle trouvera autre chose et mieux. »

L'excellent discours de Léon Imbert fut salué par une belle ovation. Après lui, M. Mondor, secrétaire général, donna lecture du rapport annuel, toujours substantiel, toujours ordonné et mieux lu encore. Son « compliment » à M. Valéry fut infiniment goûté. Il fit acclamer ensuite le nom de M. Forgue.

M. Paul Valéry prononça enfin l'allocution brillante que tous attendaient. Ce fut un feu d'artifice ponctué sans cesse par les applaudissements. Quand M. Valéry eut terminé, l'auditoire lui fit une telle ovation qu'il ne put déclarer ouvert le Congrès.

Les travaux commencèrent, cependant, quelques instants après.

F. L. S.

La Maison des champs d'Ambroise Paré. — Le 23 octobre 1938 aura lieu à la Ville-du-Bois (Seine-et-Oise), l'inauguration d'une plaque commémorative sur un des bâtiments de la propriété qui fut, il y a trois cent cinquante ans, la « Maison des Champs » d'Ambroise Paré.

En même temps, le Syndicat intercommunal des Eaux de la région de Montlhéry, qui groupe sept communes (avec un réseau de 50 kilomètres de canalisation) et dont le siège est à la Ville-du-Bois, inaugurera son service de distribution d'eau potable.

Ces cérémonies seront présidées par M. Raymond Patenôtre, ministre de l'Economie nationale.

Une réception aura lieu à la mairie de la Ville-du-Bois, à 14 h. 30.

Au cours de ces inaugurations, plusieurs allocutions seront prononcées dont une par M. le docteur Cathelin, chirurgien en chef de l'hôpital d'Urologie, qui évoquera l'œuvre et la vie d'Ambroise Paré.

Société de stomatologie de Paris. — La séance commémorative du cinquantenaire de la Société est fixée, pendant le Congrès de Stomatologie, au jeudi 27 octobre, à 17 heures, au centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique. Elle aura lieu sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de l'Education nationale et la présidence effective de M. le docteur Baudoin, professeur de Pathologie médicale et générale à la Faculté de Médecine.

RENSEIGNEMENTS

A adjuger en l'étude de Me REVEL, notaire, 20, rue des Pyramides, 2 novembre, à 16 heures.
UN FONDS DE COMMERCE DE PHARMACIE
106, boulevard de Courcelles.
Mise à prix, *pouvant être baissée* : 100.000 fr. — Matériel et marchandises en sus. Consign. pour enchérir : 20.000 fr. 1134

REVUE GENERALE

LE SANG DANS LES MALADIES FUSO-SPIRILLAIRES

Par M. R. LE BLAYE,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

L'attention n'a guère été attirée jusqu'ici sur l'hématologie des maladies causées par la symbiose de Vincent. Cela tient sans doute en partie à ce que les modifications sanguines y sont très inconstantes et assez variables, quoique parfois très graves, et à ce qu'on néglige le plus souvent de les rechercher.

Pourtant, on a beaucoup étudié les angines de la « *fièvre ganglionnaire* », et celles de l' « *agranulocytose* » et l'on a publié de nombreux exemples d'angines ulcéro-gangréneuses ou de fuso-spirochétoses de divers sièges, accompagnées ou suivies d'altérations du sang.

L' « agranulocytose », qui est la plus redoutable des complications sanguines des angines, avait été considérée tout d'abord par W. Schultz comme primitive, l'angine étant secondaire. Friedmann, au contraire, considère l'angine comme primitive (*angina agranulocytica*). Enfin malgré la distinction classique entre l'agranulocytose toxique et la forme infectieuse, Touraine et Bour viennent de soutenir l'origine infectieuse commune de toutes ces formes.

L'accord est encore loin d'être réalisé sur ces problèmes, mais on peut déjà décrire divers syndromes hématologiques susceptibles d'être observés au cours des infections fuso-spirillaires.

Faits cliniques. — La *mononucléose* de certaines angines est connue depuis longtemps ; l'*agranulocytose*, bien plus rare, a été décrite depuis 1922 dans une série de publications de W. Schultz. Ces affections ne sont pas les seules hémopathies des angines. Outre l'*anémie*, symptôme trop négligé parce que banal, on rencontre encore des anémies avec *leucopénie;* des anémies du type *pernicieux* ; des *purpuras* thrombopéniques, des *leucémies* aiguës ou des états leucémiques ou subleucémiques de types cytologiques divers. « Mononucléose infectieuse, angine à monocytes, « leucémie à monocytes d'une part, tout ce qui a été « publié sous les noms de maladie de Schultz, d'agra« nulocytose, d'« angina agranulocytica », d'angine « hypogranulocytaire, de granulocytopénie maligne, « de leucopénie maligne d'autre part, constituent au« tant d'hémopathies dont on pressent seulement le « lien mystérieux » (Julliard).

L'analyse de ces faits les montre associés à des angines qui ne sont pas toujours ulcéreuses, ou à des ulcérations fuso-spirillaires qui n'intéressent pas toujours la gorge.

Mononucléose des angines. — C'est la modification sanguine la plus commune, la mieux connue, et aussi la plus bénigne. Elle se rapporte à des angines de types variés qui sont loin d'être toujours attribuables à l'infection fusospirillaire.

Les mononucléoses infectieuses épidémiques ne s'accompagnent généralement que de lésions discrètes de la gorge, tandis que « les cas isolés, sporadiques, sont presque toujours doublés d'une angine importante » (Sabrazès).

Il se peut que ces deux groupes de faits ne soient pas de même nature, et c'est dans le second que se rencontre surtout l'angine ulcéreuse.

Ces angines sont-elles plus habituellement en cause en cas de réaction sanguine à type de mononucléose ? Sur ce point, l'opinion des auteurs est très partagée. Dans les dix cas de mononucléose infectieuse étudiés par Longcope, l'angine n'était jamais ulcéreuse ou nécrotique, et quelquefois il n'y avait pas d'angine. Il est vrai que ces cas appartenaient au type épidémique. Des trois angines de de Lavergne et Pilod, une seule était ulcéreuse, et les auteurs ne croient pas à la spécificité des angines avec mononucléose sanguine. Dans leur belle monographie, Sabrazès et Saric apportent dix observations dont une seule peut être attribuée sûrement à l'infection fuso-spirillaire.

Dans beaucoup d'observations au contraire, l'angine était ulcéreuse ou nécrotique et assez souvent grave. Sur huit cas, Hartfall a toujours trouvé l'association fuso-spirillaire. Sa présence est d'ailleurs mentionnée par la plupart des auteurs (Friedmann, Oreggia, Pons, Carrosse, Raillet, etc...) ; mais ils pensent généralement avec P. Chevallier que « dans l'adénolymphoïdite, la symbiose de Vincent correspond à une simple infection secondaire ». Dans l'observation de Rosanoff, l'ulcération fuso-spirillaire apparut tardivement le 17e jour, pour guérir rapidement par l'arsénothérapie locale.

Les cas de ce genre offrent l'intérêt de poser la question de savoir si dès le début de la maladie, l'infection fuso-spirillaire n'existait pas déjà *à l'état occulte*. A cette question Hartfall donne une réponse affirmative : il a trouvé la symbiose de Vincent prédominante ou pure dans des inflammations de la gorge, sans ulcération ni gangrène, accompagnées de mononucléose sanguine.

Baldridge, au contraire, a vu six malades présenter une fièvre glandulaire *au cours d'un traitement antisyphilitique arsenical*, et il en conclut que la vraie fièvre ganglionnaire n'est pas fuso-spirillaire.

On voit, par cet exposé, que l'observation clinique seule est impuissante à établir le rôle dévolu à la fuso-spirillose dans la pathogénie de la mononucléose infectieuse.

Quoi qu'il en soit de sa fréquence, la formule hématologique mononucléaire de l'infection fuso-spirillaire est variable. Le pourcentage élevé des leucocytes à un seul noyau est le plus souvent dû à l'*augmentation de leur chiffre absolu* (15 à 30.000), mais d'autres fois à la diminution du nombre des leucocytes polynucléaires, c'est-à-dire *à un certain degré d'hypogranulocytose*.

Les mononucléaires dont l'augmentation absolue ou relative s'observe au cours des angines appartiendraient d'après Longcope à trois types : *lymphocytes* et *grands mononucléaires* identiques à ceux du sang

normal, — et enfin *mononucléaires anormaux*, plus grands que les lymphocytes, réniformes ou légèrement lobulés, ou du type Rieder bien colorable. D'après Sabrazès les lymphocytes dominent, et on comprend que le nom d' « *angine à monocyte* » ait été critiqué (Fontana, Poinso, Hrobowski, etc...).

L'*évolution* de la formule hématologique au cours de la maladie comporte des *variations* souvent rapides et ordinairement parallèles à la marche de l'angine, mais il n'en est pas toujours ainsi, et on note des *rechutes*, des *récidives*, des *évolutions persistantes* après guérison de la gorge.

L'éventualité la plus grave est l'évolution de la mononucléose vers la granulopénie et l'agranulocytose.

Agranulocytose. — Ce sont d'ordinaire des angines graves ulcéro-nécrotiques, qui s'accompagnent d'une grande diminution du nombre des leucocytes granuleux. Or les auteurs y ont trouvé une flore microbienne très variée. Pourtant l'angine agranulocytaire présente toujours un caractère pseudo-membraneux ou nécrotique avec fétidité ; la gingivite s'associe souvent à l'angine ; elle peut la précéder (Hermann et Preuss), et les lésions peuvent s'étendre rapidement. La recherche de l'association fuso-spirillaire par les auteurs des premières études sur l'agranulocytose, a été souvent positive, mais pas constamment, de sorte que *les fuso-spirochètes ont été souvent considérés comme les agents d'une infection secondaire*, développée à la faveur de la disparition des phagocytes.

L'angine a d'autres fois été interprétée comme la cause des accidents, quand elle a nettement précédé les modifications sanguines, et quand le traitement des lésions locales a paru agir en même temps sur l'état du sang.

Dans le cas de Reich, l'agranulocytose a été *consécutive à la tonsillectomie*, ce qui semble s'expliquer par l'infection secondaire de la plaie opératoire.

La précession de l'angine est encore facile à établir quand la marche de la maladie est assez lente pour permettre de suivre l'évolution hématologique (Szirma).

Quelquefois l'*agranulocytose succède à une phase de mononucléose*, et n'est alors nullement primitive (Hartfall ; Cordier ; Sabrazès XI ; Elmenhoff, etc...). Dans ces observations la nature fuso-spirillaire de l'angine est signalée.

Dans le cas de Hartfall la granulopénie succéda à une phase de monocytose de quinze jours.

Dans le cas de Cordier et Stibio, la *maladie évolua en trois phases* ; une première d'*angine aiguë* ulcéro-nécrotique ; une deuxième phase de *rechute fébrile* ; une troisième phase, *agranulocytaire* avec syndrome infectieux et hémorragipare sans localisation.

Le malade d'Elmenhoff-Nielsen débuta aussi par mononucléose infectieuse, et fit une agranulocytose typique deux mois plus tard. Il est vrai que dans l'intervalle une médiation chimiothérapique prolongée (Cibalgine) avait été suivie.

Le cas XII de Sabrazès et Saric s'est terminé par septicémie streptococcique, mais dans l'angine nécrotique initiale l'association fuso-spirillaire était présente.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, ce n'est pas dans les angines les plus graves que les constatations bactériologiques mettent le plus en évidence la symbiose de Vincent. Dans ces cas en effet de nombreux microbes d'association se développent à la surface des escharres, pendant que les spirochètes se multiplient en profondeur et pénètrent les tissus. Il n'est pas rare qu'on signale alors des septicémies souvent streptococciques. On comprend qu'en pareils cas, il soit difficile d'apprécier le rôle pathogène respectif dévolu aux divers agents infectieux.

A côté des présomptions tirées de l'évolution clinique, l'efficacité de certains traitements qui ont pu *guérir l'agranulocytose en guérissant les lésions fuso-spirillaires*, fournit un argument important. J'ai, avec Dufour, observé une stomatite gangréneuse et hémorragique avec purpura, dont les leucocytes polynucléaires étaient tombés au chiffre de *huit par millimètre cube*, et qui guérit par l'arsénothérapie.

Plus démonstratif encore est le cas de récurrence d'agranulocytose pendant plus de dix ans, rapporté par Rutledge, Hansen-Pruss et Thayer, dans lequel, « *seul le traitement d'une infection gingivale chronique procurait quelque soulagement* ».

Dans ces cas l'infection fuso-spirillaire était gingivo-buccale et non pharyngée, il s'agissait de « *stomatite agranulocytaire* » et non d'angine. Il en était de même dans le cas de Ehrmann et Preuss. La localisation infectieuse n'est donc pas nécessairement amygdalienne dans l'agranulocytose. Cette localisation semble même pouvoir siéger en toute autre région que la bouche, si l'on en juge par le cas de Friedmann où il y avait une ulcération vulvaire. Il est vrai que l'auteur, dans ce cas, incrimine comme agent infectieux le bacille pyocyanique, trouvé en hémoculture.

Au point de vue hématologique, les agranulocytoses qui paraissent pouvoir être attribuées à l'infection fuso-spirillaire, *ne sont pas toujours pures*, ce qui est d'ailleurs habituel dans les syndromes agranulocytaires. Elles peuvent succéder, nous l'avons dit, à d'autres modifications de la formule sanguine (*mononucléose*) ou se transformer en syndromes hématologiques plus complexes (*états leucémiques ; anémies ; panmyélophtisie*). Cependant les cas d'agranulocytose pure sont nombreux et peuvent aller jusqu'à la disparition totale des granulocytes, ce qui n'exclut pas la possibilité de guérison (Sabrazès et Saric, Obs. XVI).

Etats leucémiques. — Les manifestations bucco-pharyngées sont fréquentes à une période avancée des maladies leucocytaires. Si ces manifestations sont primitives, elles paraissent avoir été la cause de la maladie. Maspetiol remarque l'*identité des stomatites des leucémies et de celles de l'agranulocytose* : elles sont graves, rapides, polymorphes, nécrotiques.

Etablissant une relation entre la leucémie aiguë et l'agranulocytose, Boles, Sondern soulèvent le problème du rôle étiologique de la symbiose de Vincent dans ces maladies.

Le plus souvent les syndromes hématologiques observés au cours des angines nécrotiques ne sont pas des leucémies pures et typiques. Dans ces cas, de formule fort variable il est vrai, la diminution des cellules granuleuses peut établir une relation avec les syndromes agranulocytaires. Un autre caractère commun est l'évolution plus ou moins rapide, fébrile, avec anémie et état hémorragipare.

Au cours de l'évolution du mal, *la formule sanguine varie.* Tantôt *granulopénie et apparition de lymphoblastes se produisent parallèlement* (Julliard ; Sabrazès, obs. XVIII, etc...). Tantôt *la granulopénie existe seule au début ;* puis les cellules uninucléées se multiplient, atteignant des taux anormalement élevés ; enfin les « cellules souches » font en dernier lieu leur apparition (Pons, Beliard et Lebourg, etc...). « Si, dit Sabrazès, certains de ces malades n'avaient pas été « emportés prématurément par le haut degré des in- « fections polymicrobiennes dont ils subissaient les as- « sauts répétés, ils eussent peut-être pu devenir des « leucémiques aigus, subaigus ou même chroniques. »

Sans vouloir discuter l'interprétation de ces « *formes de passage* », notons avec Sabrazès l'éventualité de certains symptômes qui méritent d'être pris en considération pour leur classement : *adénopathies ; splénomégalie ; douleurs osseuses ; leucémides ; décharges d'acide urique ou de phosphates, etc...* Or, tous ces phénomènes appartiennent aux leucémies et non aux agranulocytoses proprement dites.

D'ailleurs on trouve dans la littérature des cas qui s'éloignent encore davantage, cliniquement et hématologiquement, des agranulocytoses : *lymphadénie aleucémique* (Beck), *leucémie myéloïde aiguë* (Daïto-Toshizo).

L'angine des états agranulo-leucémiques a toujours été grave, ulcéro-gangréneuse, mais on y a parfois signalé la présence du bacille diphtérique associé à la symbiose de Vincent (Sabrazès, obs. XVII) ou même seul (Julliard).

Etats anémiques. — L'anémie est associée avec une extrême fréquence aux leucopathies des angines, et elle est très souvent accompagnée d'accidents hémorragiques avec thrombopénie, contrairement aux observations initiales de W. Schultz.

Il est clair que le facteur pathogène qui lèse les organes hématopoiétiques, n'exerce pas son action d'une manière exclusive sur les cellules de la série blanche, mais aussi dans une mesure variable *sur les cellules de la série rouge, sur les globulins et même les vaisseaux sanguins.* Alors même que l'anémie a paru être tout d'abord la manifestation hématologique et clinique principale, d'autres modifications sanguines pourront s'y ajouter plus tard, l'agranulocytose (Sabrazès, obs. XIV) ; la leucémie aiguë (Beliard et Lebourg), etc.

Au cours des infections fuso-spirillaires graves, l'anémie observée présente le plus souvent un type *ortho* ou *hypochrome*, bien plus rarement hyperchrome avec neutropénie, offrant des analogies hématologiques avec la maladie de Biermer. Mais il est exceptionnel que cette anémie soit d'un type pur, et Sabrazès qui, contrairement à Redlitch et à Di Maggio, est le seul auteur qui ait observé une proportion élevée d'*anémies hyperchromes*, remarque dans ses cas l'absence de mégalocytes et de mégaloblastes.

Parmi les autres caractères que l'on a relevés dans les anémies des fuso-spirilloses, mentionnons outre la proportion faible ou l'*absence d'hématies nucléées*, l'*inconstance des modifications morphologiques des globules rouges* et le *nombre ordinairement très réduit des réticulocytes.*

En ce qui concerne les globulins, leur nombre varie avec les tendances hémorragiques de la maladie.

Etats hémorragiques. — Nous avons déjà remarqué que, contrairement aux cas primitifs de Schultz, l'agranulocytose actuellement observée était habituellement anictérique et hémorragipare.

Ces accidents hémorragiques, précoces ou tardifs, sont souvent associés à l'anémie et à la granulopénie dans les fuso-spirilloses, mais peuvent parfois dominer le syndrome clinique et hématologique (Dalitsch). Les hémorragies tendent alors à aggraver rapidement l'anémie toxi-infectieuse.

En résumé, les formules hématologiques qu'on observe au cours des maladies fuso-spirillaires, compte tenu de la plus grande fréquence de la mononucléose, de l'hypogranulocytose et de l'anémie, sont infiniment variées dans leurs types souvent complexes et dans leur évolution qui peut se caractériser alors par des « mutations » hématologiques et cliniques rapides.

Recherches expérimentales. — Quelques expérimentateurs ont étudié les *effets sur le sang des inoculations fuso-spirillaires*, et nous allons résumer leurs conclusions.

Smith en 1929, avec Gorham et Hunt, a réalisé une mononucléose infectieuse chez le cobaye, avec un spirille isolé d'un abcès fuso-spirillaire expérimental. « Une petite dose produisait la formule de la mononu- « cléose infectieuse, et les animaux guérissaient, tan- « dis qu'une forte dose du même matériel détermi- « nait la formule hématologique de l'angine agranu- « locytaire et la mort. »

Miyajima, la même année, a publié les résultats plus détaillés de recherches expérimentales analogues portant sur 79 lapins dont il a étudié les réactions hématologiques.

Avec les *inoculations de fragments ou d'émulsions* de « *noma* », il a observé de l'*anémie* avec *érythropénie* et *leucocytose* portant sur les polynucléaires et les grands mononucléaires.

Avec les *inoculations de cultures* d'un spirochète isolé d'un foyer de fuso-spirillose expérimentale, les résultats ont été analogues, mais avec moins de grands mononucléaires et de leurs formes de transition. Des inoculations de diverses cultures anaérobies du « noma », l'auteur conclut que les réactions sanguines sont attribuables aux seuls spirochètes. Les résultats ont été *les mêmes avec les cultures tuées*, mais *moins sensibles avec les filtrats.*

Plus récemment, en 1935, Miller et Rhoads ont publié des recherches analogues : il s'agit d'une stomatite aiguë du chien (« *black tong* » de Goldberger et Wheeler) obtenue par un régime carencé.

Dix animaux eurent une stomatite fébrile avec de la leucopénie et des lésions de la moelle osseuse où l'on ne trouvait presque plus de leucocytes polynucléaires adultes et peu de myélocytes ; la plupart des cellules étaient des normoblastes et des cellules souches. La maturation des cellules érythropoiétiques semblait avoir aussi cessé.

Données statistiques. — Malgré son importance, la fréquence des altérations du sang dans les maladies dues à la symbiose de Vincent a été peu étudiée. On trouve pourtant dans la littérature quelques données d'ordre statistique. Certains auteurs concluent au peu d'importance des modifications hématologiques. Fanton, dans le noma, a trouvé seulement de *faibles variations leucocytaires*, notamment une augmentation des neutrophiles.

Lo Presti-Seminerio, dans quatre cas de noma chez des sujets atteints de Kala-Azar, n'a trouvé *aucune modification leucocytaire*, sauf dans un cas qui présentait une lymphocytose relative et 1,3 pour cent de myélocytes.

D'autres auteurs ont au contraire noté plus ou moins souvent des modifications du sang. Redlitch, outre l'*oligocythémie*, l'*oligochromémie*, la *poïkilocytose* et l'*anisocytose*, a trouvé dans le sang une notable proportion d'*éléments non mûrs* des séries rouge et blanche, avec une *monocytose* prédominante.

Reiche, sur 139 cas d'angine ou de stomatite fuso-spirillaire a noté seulement deux cas graves avec *tuméfaction splénique*. Dans un cas, il y avait *leucopénie et éosinophilie* ; dans l'autre, une *formule d'anémie pernicieuse*. Il admet une action toxique produite par les germes spécifiques de la maladie.

Smith, dans sa monographie, écrit : « D'ordinaire, « le nombre des leucocytes est de 8.000 à 15.000, avec « polynucléose. Dans certains cas, le sang présente la « formule de la *mononucléose infectieuse*, de l'*angine* « *agranulocytaire* ou de la *pseudo-leucémie* ».

Hartfall, sur huit cas de fuso-spirochétose de la bouche ou de la gorge, a trouvé *deux monocytoses accentuées*, deux faibles, trois polynucléoses, et un sang normal.

Di Maggio a étudié le sang de dix stomatites, six angines nécrotiques et cinq nomas. *Dans les cas bénins* avec bon état général, l'auteur n'a pas trouvé de modifications importantes de la formule leucocytaire, sinon une discrète *éosinophilie* (jusqu'à 5 à 6%) ; exceptionnellement, *de rares éléments jeunes de la série blanche* (lymphoblastes), ou un hémocytoblaste pour 100 leucocytes.

Dans les angines nécrotiques, outre un léger degré d'éosinophilie, il a noté une tendance à la *lymphocytose* et seulement quelques *hématies nucléées*.

Par contre, *dans le noma*, il a constaté presque toujours des modifications de la formule leucocytaire à type de *réaction myéloïde* avec présence d'éléments jeunes de la série blanche, et de la série rouge avec parfois quelques éléments indifférenciés. L'analyse des observations de Di Maggio permet d'ajouter quelques détails à ces conclusions : c'est ainsi que les 21 cas comprennent cinq anémies graves, et que l'inversion de la formule leucocytaire s'y rencontre également cinq fois, tantôt par *hypogranulocytose*, tantôt par *lymphocytose*.

Ces données statistiques, encore bien imprécises, semblent confirmées par les documents très détaillés de la monographie de Sabrazès et Saric, mais les cas recueillis par ces auteurs ne se rapportent pas tous à des infections fuso-spirillaires. Le problème se complique d'ailleurs de ce que, par les observations de la plupart des auteurs, il est bien difficile de juger la part qui revient dans les accidents à la symbiose de Vincent elle-même et aux infections secondaires ou associées.

Tout récemment, Touraine et Bour, dans une importante étude de l'étiologie générale des agranulocytoses, ont conclu que « *l'angine agranulocytique actuelle et l'angine gangréneuse des anciens auteurs ne sont cliniquement qu'une seule et même maladie* ». Du patient dépouillement de 371 observations, ils ont tiré de curieuses constatations épidémiologiques. L'agranulocytose, aussi bien primitive que « chimiothérapique », se comporterait comme une *maladie infectieuse endémo-épidémique ;* elle serait plus fréquente sous les *climats froids et humides ; saisonnières*, les deux formes d'agranulocytose seraient plus fréquentes l'hiver et au printemps. Ils rapprochent leurs chiffres de ceux de Lambin et Gérard pour la leucémie aiguë. Plus fréquentes chez la femme, et à l'âge moyen de la vie, *les angines gangréneuses, comme les agranulocytoses, « obéissent donc aux mêmes conditions étiologiques »*.

Discussion. — De ce que nous venons d'exposer, il résulte qu'on observe *cliniquement* assez souvent des modifications sanguines dans les angines et stomatites fuso-spirillaires, et que divers auteurs ont obtenu *expérimentalement* ces modifications. Mais il en résulte aussi que ces modifications sanguines sont inconstantes, variables, et qu'elles ont été aussi observées en dehors de toute infection fuso-spirillaire.

Les rapports de cause à effet entre cette infection et les lésions hématiques méritent donc discussion.

Tout d'abord, il semble bien que ces lésions *puissent être causées par d'autres toxi-infections bucopharyngées ou par des septicémies*. La mononucléose infectieuse s'observe sans angine, ou au cours d'angines simples. Cependant, il y a lieu de noter l'affirmation de Hartfall qui aurait trouvé présents, même en pareil cas, les fuso-sphirochètes : *il y aurait eu infection inapparente*.

L'agranulocytose survient au contraire habituellement au cours d'angines sévères, diphtéroïdes ou ulcéro-nécrotiques, et cette redoutable complication semblerait donc appartenir plus spécialement aux fuso-spirochétoses graves, si dans ces lésions la symbiose de H. Vincent était toujours rencontrée. Or les exceptions sont au contraire assez nombreuses. Deux ordres de faits méritent à cet égard des remarques particulières. Ce sont ceux où l'on a trouvé des b. diphtériques, et ceux où se trouvaient diverses autres bactéries.

Or dans le premier cas, on note souvent que ces angines où l'on a trouvé le bacille de Loeffler *avaient cliniquement la forme ulcéro-nécrotique*, et n'ont pas

obéi normalement à la sérothérapie. Il est donc permis de mettre en doute dans ces cas les propriétés pathogènes des bacilles trouvés en culture, et de remarquer que dans bon nombre de ces cas l'étude bactériologique paraît avoir reposé sur les cultures à l'exclusion des frottis.

Inversement, et ces cas sont plus difficiles à interpréter, on a publié des agranulocytoses survenues *au cours d'angines cliniquement diphtéroïdes*, mais bactériologiquement fusospirillaires, et qui ont pu parfois être influencées favorablement par la sérothérapie. Ces derniers cas soulèvent des hypothèses que nous ne pouvons absorber ici. Ni les uns, ni les autres ne peuvent être opposés aux faits beaucoup plus fréquents d'angines agramulocytaires à fuso-spirochètes.

Enfin la symbiose de Vincent est maintenant considérée par beaucoup d'auteurs comme *une infection secondaire* plutôt que comme une maladie primitive, et on peut mettre alors en doute son rôle étiologique dans des accidents tels que l'agranulocytose que l'on attribue alors à une autre infection, soit focale, soit septicémique. Telle est bien la manière de voir des premiers auteurs qui, après Schultz, ont étudié l'agranulocytose. Telle est aussi l'opinion de P. Chevallier.

On peut opposer à cette interprétation la très fréquente présence de l'infection fuso-spirillaire qui répond bien aux caractères cliniques des lésions. *Mais pourquoi les auteurs n'ont-ils pas toujours trouvé cette infection dans les angines agranulocytaires ?* Sans pouvoir répondre à cette question, remarquons que c'est précisément dans les cas graves que la symbiose risque le plus d'être méconnue. Outre les cas où les recherches ont été poursuivies par culture et non par frottis, il y a ceux où les frottis *prélevés à la surface de tissus mortifiés*, y ont montré d'innombrables bactéries des putréfactions et des streptocoques, sans prédominance de fusiformes ou de spirochètes, tandis que ceux-ci poursuivaient peut-être l'envahissement des tissus *en profondeur*, où on a pu les négliger et où il est d'ailleurs assez difficile de les rechercher.

Quant aux autres formules hématologiques graves, plus rares que l'agranulocytose, mais souvent associées au moins à l'hypogranulocytose, *il n'y a pas de raisons de penser qu'elles comportent une pathogénie particulière*, puisque même les hémopathies en apparence médicamenteuses (métaux lourds) sont peut-être en réalité, selon Touraine, la conséquence d'une toxi-infection. La parenté proche de ces diverses lésions sanguines ne comporte aucune difficulté d'interprétation, si l'on admet que la toxi-infection est capable de léser le tissu médullaire hématopoïétique, frappant ensemble les diverses lignées cellulaires, ou au contraire atteignant plus électivement certaines cellules.

Evidemment la clinique et la bactériologie à elles seules laissent subsister des obscurités et des doutes, mais *les statistiques n'en montrent pas moins la fréquence des complications sanguines*, le plus souvent (mais non toujours) parallèles à la gravité du processus focal ulcéro-nécrotique.

L'expérimentation, en tous cas, confirme l'action pathogène éventuelle de la symbiose de Vincent pour le sang. Peut-être même ces causes, en réalité infectieuses, se dissimulent-elles parfois sous les apparences d'intoxications ou d'intolérances médicamenteuses, dont quelques-unes sont d'ailleurs connues comme facteurs de stomatites ou d'angines fusospirillaires.

BIBLIOGRAPHIE

ARJONA. Angines à monocytes. *Anales de la Clinica del Prof. Jimenez Diaz.* (Madrid) 1934, t. IV, p. 585.

BÉLIARD et LEBOURG. Syndrome agranulocytaire d'origine buccale ; cure des ulcérations de la bouche ; développement d'un syndrome subleucémique avec anémie pernicieuse. *Rev. de stom.*, t. 35, p. 621, nov. 1933.

BENHAMOU. Les aspects cliniques de l'angine à monocytes. *Gaz. méd. de France*, 1er déc. 1933.

BOCK et WIEDE. Ueber Agranulocytose, Aleukie, Amyélémie, etc... *Folia Hoemat.*, t. 42, p. 7-74, août 1930.

BOLES (voir FOORD, etc... : Discussion).

BROCHSITTER. Ein Beitrag zur kenntniss der lymphatischen Reaction. *Folia Hoemat.*, 1925.

CARNOT. Un cas d'angine à monocytes. *S.M.H. de Paris*, t. 51, p. 1009, 7 juillet 1927.

CARROSSE et BREUIL. L'angine à monocytes. *P.M.*, 16 sept. 1933, n° 74.

CHEVALLIER. Adénolymphoïdite aiguë. *S.M.H. de Paris*, 25 mai 1938, p. 846.

CHEVALLIER et BIZE. Angine ulc. et ps. membr. avec assoc. fuso-spir., etc. *S.M.H. de Paris*, t. 51, p. 846, 31 mai 1928.

CLERC. La lymphocytémie aleucémique. *La Médecine*, mars 1922.

COMBY. L'Agranulocytose chez les enfants. *Archives des maladies des Enfants*, t. 36, p. 108, 2 fév. 1933.

CORDEIRO FERRERA. Agranulocytose na infancie. *Lisboa medica.* 1932, n° 12.

CORDIER et STIBIO. Angine ulcéreuse mortelle avec syndrome agranulocytaire. *Monde méd.*, t. 44, p. 625, 1er mai 1934.

DAÏTO TOSHIZO. Un cas d'angine nécrotique de P.-V. avec leucémie myéloïde aiguë. *Zentralbl. f. Haut u. Geschl.*, 1929, t. 32, p. 724.

DALITSCH. Infection fusospirillaire et purpura thrombocytopénique. *The Méd. Clin. of North America.*, t. 17, p. 1677, mai 1934.

DUFOUR et LE BLAYE. Noma ; agranulocytose ; arsénothérapie ; guérison. *Rev. méd. du Centre-Ouest*, janv. 1933, p. 5.

EHRMANN et PREUSS. Uber leukopenie und schwund de Granulocytose bei sepsis (Agranulocytose). *Klin. Wchnschr.*, 1925, n° 6.

ELMENHOFF-NIELSEN. Mononucléose infectieuse avec passage à l'Agranulo. (un cas). *Ugesk. f. laeger*, t. 97, p. 44, 10 janv. 1935.

FLANDIN. Un cas d'Agranulocytose. *S.M.H. de Paris*, 15 oct. 1926, p. 1459.

FOORD, PARSONS et BUTT. Leukemic Reticulo-endotheliosis, *J.A.M.A.*, t. 101, p. 1865, 9 déc. 1933.

HARTFALL. Monocytose et granulopénie dans les infections de Vincent de la bouche et de la gorge, *Lancet.*, t. I, p. 620, 24 mars 1934.

HERLEMANN. Etiologie de l'Agranulocytose. *Folia Hoemat.*, t. 55, p. 386, 1936.

JULLIARD. Agranulocytose et leucémie à monocytes au cours d'une angine nécrotique, *Arch. des maladies du cœur*, 1935, p. 311.

KAISER. Infection buccale et agranulocytose. *Journ. dent. Research*, t. 15, p. 447, déc. 1936.

KASTLIN. Agranulocytic Angina, *Amer. Journ. of the Méd. Sc.*, t. 173, p. 799, juin 1927.
DE LAVERGNE et PILOD. A propos de trois cas d'angines aiguës avec adénop. généralisées et mononucléose transitoire. *S.M.H. de Paris*, 8 juin 1923, p. 856.
LETULLE. Agranulocytose, *P.M.*, 19 déc. 1936.
LONGCOPE. Infectious mononucleosis (glandular fever), with report of ten cases. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, déc. 1922, p. 781.
LO PRESTI SEMINERIO. Contribution à l'étude du noma chez les enfants. *Arch. de Méd. des Enfants*, t. 30, p. 719, déc. 1927.
LOVETT. Agranulocytic Angina. *J.A.M.A.*, t. 83, p. 1498, 1924, n° 19.
DI MAGGIO. La formula leucocitaria nelle infezioni da simbiosi fusospirillare. *La Cultura Medica Moderna*, t. 9, n° 13, p. 538, 15 juillet 1930.
MASPETIOL. Manifestations bucco-pharyngées au cours des maladies leucocytaires. *Paris Med.*, 9 mars 1935, p. 211.
MILLER et RHOADS. Stom. experim. chez le chien avec leucopénie. *Journ. of exp. med.*, t. 61, p. 173, fév. 1935.
MIYAJIMA. Recherches cliniques et expérim. sur l'hématol. du Noma. *The Taiwan Igakkai Zasshi*, Formose, n° 288, p. 15, mars 1929.
MOORE et WIEDER. Agranulocytic Angina. *J.A.M.A.*, t. 85, 1925, p. 512.
MOUQUIN. Etiologie de l'Agranulocytose ; théories récentes. *Gaz. Méd. de France*, 15 fév. 1935.
MOUZON. L'Agranulocytose. *P.M.*, 9 oct. 1926, p. 1269.
OREGGIA. Angine de Vincent avec mononucléose et splénomégalie. *An. de oto-rhino. d'Uruguay*, t. 4, p. 104, 1934.
PETTIT. Effects of oral treat. on blood picture in aplastic anemia. *Journ. Dent. Research*, t. 14, p. 379, oct. 1934.
PIETTE. Histopathology of agranulocytic Angina. *J.A.M.A.*, t. 84, 1925, p. 1415.
RAILLET, GINSBOURG et JEANSON. Angine monocytaire grave. *S.M.H. de Paris*, 10 déc. 1934, p. 1602.
REDLICH. Zu Klinik der Plaut-Vincentschen angina. *Zeitschr. f. Kinderheil*, t. 45, p. 363, 1928.
REICH. Agranulocytose consécutive à tonsillectomie. *Med. Record.* t. 143, p. 206, 4 mars 1936.
ROCH et MOZER. Angina agranulocytica. *P.M.*, 15 sept. 1926, p. 117.
ROSANOFF. Adéno-lymphoïdite aiguë bénigne avec angine ulcéreuse secondaire. *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*, t. 49, p. 119, 23 fév. 1935.
RUTLEDGE, HANSEN-PRUSS et THAYER. Recurrent Agranulocytosis. *Bull. John Hopkin's Hosp.*, t. 46, p. 369, juin 1930.
SCHULTZ (W.). Monocyten Angina. *Deutsche med. Wchnschr.*, 3 nov. 1922.
SCHULTZ (W.). Nenere Erfahrungen über Agranulocytose. *Münch. med. Wchnschr.*, 28 sept. 1928.
SCHULTZ (W.). Agranulocytose et angine à cellules lymphoïdes. *Therap. d. Gegenw.*, t. 75, p. 152, avril 1934.
SKILES. Agranulocytic Angina. *J.A.M.A.*, t. 84, 1925, p. 364.
SMITH. Oral Spirochetes. London 1932.
SONDERN (voir FOORD, etc... : Discussion).
SORGE. Stomat. ulc. fuso-spir. avec thrombopénie et monocytose. *Rif. med.*, t. 45, p. 684, 18 mai 1919.
SZIRMA. Agranulocytose suivant immédiatement une Angine de Vincent. *Arch. f. Kinderheil*, t. 101, 1933, p. 9.
TOURAINE et BOUR. Etiol. générale des agranulocytoses, *Bul. Soc. fr. de Derm.*, 13 fév. 1938, p. 323.
TOURAINE et RIBADEAU-DUMAS. Hypogranulocytose épisodique avec stom. ulcéro-membr. au cours d'un traitement par sulfarsénol. Guérison. *Bull. Soc. de Derm.*, t. 40, p. 128, 12 janvier 1933.
VOGL et SCHWARTZ. Mononucléose inf. et angine de P.V., *Wiener klin. Wchnschr.*, 31 oct. 1929, p. 1424.
ZADEK. Zur Frage der Agranulocytose. *Méd. klin.*, 8 mai 1935.

UNION THÉRAPEUTIQUE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 12 OCTOBRE 1938 (1)

Vitaminothérapie dans les affections du tube digestif. — M. le prof. T. HERNANDO (de Madrid). Malgré les énormes progrès réalisés ces dernières années en ce qui concerne l'étude des vitamines, nous ne pouvons que présenter des conclusions provisoires qui comportent comme l'on verra, quelques doutes :

1° Nous ne connaissons pas de maladie de l'appareil digestif ayant comme cause spécifique l'absence d'un facteur alimentaire déterminé (vitamines) ; cependant, toutes ou presque toutes les vitamines connues actuellement sont nécessaires pour le fonctionnement normal du tube digestif. Elles contribuent à maintenir l'intégrité des épithéliums des muqueuses, influent sur l'absorption intestinale et par leur intervention, associée à celle d'autres facteurs, s'accomplit normalement la fonction sécrétoire et motrice de l'appareil digestif.

2° S'il est toujours indiqué d'adapter un régime bien équilibré, celui-ci est indispensable pour tout malade de tractus digestif, et il est parfois nécessaire de le renforcer par l'administration de vitamines pures ou, ce qui est préférable, par les préparations complexes les contenant.

3° La vitamine A pourra être essayée dans certains cas d'hyposécrétion gastrique, elle sera conseillée chez les malades ulcéreux, dans le traitement des colites, et chez certains malades hépatiques.

4° L'importance de la vitamine B_1 (Thiamine) dans le fonctionnement de l'estomac et de l'intestin paraît indéniable. Seule ou associée aux autres facteurs du complexe B, elle peut être essayée dans certains cas de constipation et de troubles de la sécrétion et de la motilité, spécialement ceux accompagnant le Béri-béri, l'alcoolisme et d'autres intoxications et infections.

5° Le facteur anti-pellagreux (alimentation animale, extraits hépatiques, levure de bière ou acide nicotinique) devra être employé dans le traitement de la pellagre avec symptômes digestifs ; et aussi dans autres troubles digestifs qui peuvent être considérés comme des formes incomplètes de pellagre ;

6° L'existence d'un facteur anti-sprue est douteuse ; de toutes façons, dans ces cas, où il y a une insuffisance d'absorption des graisses et d'hydrates de carbone, il sera utile de prescrire un régime riche en vitamines, ainsi que l'administration des extraits hépatiques et de la levure de bière ;

7° La vitamine C doit être conseillée systématiquement aux malades ayant un ulcère gastro-duodénal. Il paraît que l'acide ascorbique associé aux vitamines P et K, diminue la tendance aux hémorragies et, d'autre part, il est possible qu'il favorise la cicatrisation de l'ulcère. Ce traitement est particulièrement important les jours qui précèdent et qui suivent une intervention chirurgicale. L'on recommandera aussi la vitamine C dans l'anachlorhydrie, les colites et les infections.

8° Nous ne devons jamais oublier la fréquence relative avec laquelle l'on peut constater des syndromes divers d'hy-

(1) Voir *Gaz. hôp.*, n° 81, 1938.

povitaminose au cours des maladies de l'appareil digestif ; ces syndromes sont dus à une réduction en quantité ou en qualité des aliments, à une difficulté de déglutition, à une intolérance gastrique ou intestinale, à une destruction des vitamines dans l'intestin, etc. Dans tous ces cas, l'on doit recommander un régime aussi équilibré que possible, ainsi que le maintien d'une surveillance sévère, enfin l'on doit avoir recours à l'emploi des vitamines pures dans les cas où l'on est en mesure de suspecter une déficience ou lorsqu'elle se trouve à sa période de début.

Les injections intraveineuses lentes et continues en thérapeutique. — M. le prof. Henri BÉNARD et M. Jean SALLET. Les injections intraveineuses lentes et continues combinent la grande efficacité et la dosimétrie précise des injections intraveineuses à la continuité d'action des injections sous-cutanées, mais elles réclament une surveillance étroite ou une instrumentation spéciale assurant la régularité automatique du débit. L'appareil, dont les auteurs donnent la description, réalise cette condition.

Du point de vue pratique, la méthode convient particulièrement à l'introduction parentérale des hormones, notamment de l'insuline et de l'adrénaline, cette dernière donnant d'intéressants résultats dans le traitement des états de choc. Les injections lentes de solutions glucosées ou chlorurées ont été très utilisées à l'étranger en chirurgie, en médecine générale et en pédiatrie. Le novarsénobenzol, les sérums spécifiques, la morphine et bon nombre d'autres substances médicamenteuses peuvent également trouver dans les injections intraveineuses lentes et continues, un heureux mode d'administration.

Si ces dernières, en étalant la dose, permettent le cas échéant d'introduire dans l'organisme de grandes quantités de substance active, elles ne sauraient en aucune façon autoriser le médecin à se départir d'une extrême prudence s'il veut éviter des phénomènes d'accumulation et d'intoxication secondaire.

Chlorophylie et lésions cutanées. — Le professeur BURGI (de Berne), a pu prouver que la chlorophylie possède une force régénératrice sur les plaies. Il a excisé à des lapins des fragments de la peau, et il a examiné alors l'influence des vitamines connues et de la chlorophylie sur la granulation, l'épithélisation et la cicatrisation de ces lésions cutanées. L'action de la chlorophylle se montrait supérieure à celle de toutes les autres substances employées chez l'homme. On a eu des résultats excellents sur des plaies réfractaires à tout instrument, le décubitus, les ulcères variqueux, les eczéma, etc., mais ces expériences ont seulement commencé et doivent être continuées encore ; les résultats variant suivant les individus.

L'oxygénothérapie. — M. Lucien DAUTREBANDE, professeur à l'Université de Liége. Après avoir défini les indications de l'oxygénothérapie dans les différents modes de besoin d'oxygène (anoxémique, par insuffisance de l'oxygénation artérielle ; anémique, par insuffisance du véhicule hémoglobinique ; circulatoire, par ralentissement du flot sanguin ; tissulaire, par impossibilité pour les cellules de prélever ou d'utiliser l'oxygène du sang), l'auteur décrit les techniques permettant de remplir les conditions d'une bonne oxygénothérapie qui doit être *continue, dosée* et *utiliser des méthodes qui assurent l'oxygénation artérielle.* Ces méthodes participent de deux modes : les inhalateurs (sondes naso-pharyngiennes, fourchettes nasales, masques) et les enceintes suroxygénées (chambres, tentes à oxygène et surtout la cloche à double enceinte). L'auteur termine son exposé par des règles de posologie de l'oxygène.

La protéinothérapie du diabète. — M. le professeur SINGER (de Vienne). En raison des circonstances, le rapport n'est pas parvenu et le bureau du Congrès est sans nouvellles du professeur Singer depuis trois mois.

LE SOUFRE EN THERAPEUTIQUE

Les combinaisons du soufre en thérapeutique. — Docteur T. GORDONOFF (de Berne). Mise au point de l'action du soufre dans l'organisme. Présentation de différents produits pharmaceutiques employés en thérapeutique. Etude de leur action. Explication du rôle important du soufre, de ses composés inorganiques et organiques. Leurs indications dans les différentes maladies. Le rôle du soufre comme oxydoréducteur.

Le soufre pyrétogène modificateur de maladies infectieuses — M. le professeur agrégé SCHRŒDER KNUD (Odense, Danemark). L'application du soufre dans la médecine est de vieille date ; on y a eu recours, entre autres choses, dans la dermatologie contre des affections parasitaires. De date récente est l'application du soufre dans le traitement de maladies infectieuses, — donné par voie parentérale, produisant de la pyrexie. La sulfo-pyrétothérapie se base sur ce fait. Dans celle-ci, la fièvre de la température désirée est produite par l'injection d'huile soufrée (par excellence sous forme de Néosulfosine qui est composée de 1/2 p. 100 de soufre dissous dans de l'huile, additionnée d'Anesthésine). La sulfo-pyrétohérapie a reçu — également en raison de son innocuité, de sa modicité de prix et de son application facile — une application étendue dans le traitement de toute une série de maladies infectieuses ; tout d'abord la paralysie générale, puis d'autres formes de neuro-syphilis, la syphilis héréditaire et la syphilis sérorésistante. Egalement dans le traitement antiphlogistique efficace de l'arthrite blennorrhagique, de même que de l'épididymite blennorragique ; quant à cette dernière maladie, la durée de traitement a été réduite à la moitié.

L'effet thérapeutique obtenu s'explique comme une combinaison de renforcement des moyens de défense de l'organisme.

En dehors des maladies infectieuses indiquées, la sulfopyrétothérapie s'est montrée efficace aussi dans l'encéphalite, de même que le traitement maintenant — avec succès, il nous semble — a été commencé dans la fièvre ondulante et la poliomyélite antérieure aiguë.

Le rôle du soufre dans la vie des tissus. — Le professeur Léon BINET résume l'état actuel de nos connaissances sur le rôle du soufre dans la vie tissulaire, en retenant surtout le rôle joué à ce point de vue par le glutathion.

Il développe successivement les points suivants :

1) Le glutathion est un agent oxydo-réducteur, pouvant intervenir comme oxydant ou comme réducteur. Il montre

son action possible dans les combustions de certains glucides, de certaines protéines sulfhydrilées et des lipides non saturés.

2) Le glutathion est un activateur naturel des enzynes.

3) Le glutathion est un facteur de croissance ; M. Léon Binet rapporte de nouvelles preuves expérimentales obtenues avec la culture de végétaux.

4) Le glutathion est un antitoxique ; le rapporteur souligne les expériences qu'il a réalisées avec Ch. Jaulmes et Georges Weller (de Paris) et E. Robillard (de Montréal), démontrant qu'on peut obtenir avec le venin de cobra un « avenin » peu toxique et immunisant.

Le soufre et la peau. — M. Louis Bory (Paris). L'étude de la constitution soufrée de la peau fait comprendre les indications multiples du S dans la thérapeutique des déséquilibres cutanés.

I. *Physiologie.*

En prenant pour standard le taux du S total, on peut l'estimer à une valeur de 0,28 à 0,30 p. 100, dans la peau normale de l'adulte. Plus élevé aux premiers âges (0,40 à 0,50 chez le jeune enfant), il va en décroissant jusqu'à la maturité (0,35 chez l'adolescent) et demeure ensuite stationnaire.

La constitution soufrée varie de la profondeur à la surface.

Le *derme* est pauvre en S et ne contient pas de glutathion. *L'épiderme muqueux* d'active croissance, en est au contraire imprégné, sous la forme neutre, cystéinique. La présence de la mélanine (substance soufrée pour les uns, accolée au soufre pour les autres) caractérise cette couche dans sa partie profonde et rend vraisemblable l'intervention du S dans l'équilibre pigmentaire En fait une seule chose est sûre et domine les rapports du S et de la peau : le rôle essentiel du métalloïde dans la kératogenèse.

L'épiderme corné et les phanères contiennent en effet les plus fortes proportions de S de l'organisme. Il faut distinguer cependant les schizo-kératines ou cornes molles (épiderme corné banal), qui contiennent au maximum 0,74 de ST p. 100 et les scléro-kératines ou cornes dures (les poils et ongles en font partie), qui contiennent de 3,50 (ongles) à près de 5 grammes (cheveux) p. 100, en ST. C'est un S stable, en majeure partie cystinique, d'où les groupements sulfhydrile ont disparu, qui entre dans la constitution des substances cornées, molles ou dures. Le taux du S des ongles diminue avec l'âge ; celui des cheveux est plus élevé aux âges extrêmes, ce qu'explique sans doute la haute teneur en S des cheveux blancs. Ainsi pourrait-on conclure à un rapport inverse entre la mélanisation et la sulfuration.

II. *Pathologie.*

I. Le *S cutané dans les dermatoses.* Seules les maladies squameuses provoquent des différences assez nettes, les squames, riches en S, provoquant une déperdition soufrée qui se traduit sur les tissus sous-jacents, soit par une diminution du ST (dermatites exfoliantes, eczémas), soit par une accumulation (psoriasis).

II. *Le S général dans les dermatoses.* Il y a généralement hypothiurie, avec augmentation proportionnelle du SN, dans les mêmes affections squameuses ou exfoliantes, ce que la perte cutanée suffit à expliquer. L'étude de la thiémie n'a pas donné de résultats probants

III. *Le S cutané dans les maladies générales.* Les affections articulaires, la tuberculose, diminuent le ST de la peau.

Soufre et arthropathies. — M. le prof. D. Campanacci, Parme (Italie), commence par rappeler les caractéristiques chimiques fondamentales de la cartilage et de la synovie ; la structure histologique mésenchimale de la membrane synoviale en fonction réticulo-endothéliale, les diverses modifications chimico-physiques qui, selon les divers types de phlogoses, interviennent dans le liquide synovial ; l'importance du facteur allergique dans la genèse de certaines substances colloïdales a modifié la réceptivité articulaire en face d'agents toxiques ou infectifs ; l'importance des facteurs vitaminaux neuro-endocriniens et surtout hépatiques dans la physiopathologie articulaire. En comparaison à de tels renvois sur les articulations, on rappelle pour le soufre : a) les capacités reconnues antitoxiques et antiallergiques ; b) les rapports entre le soufre et les mésenchymes, soufre et réticulo-endotélio ; c) les rapports entre le soufre et le métabolisme avec une relation particulière avec le foie, le pancréas, les surrénales, les vitamines du groupe B. En conséquence, la thérapeutique du soufre dans les diverses arthropathies, trouve son application rationnelle en base : a) aux principes étiologiques ; b) anatomo-pathologiques ; c) symptomatiques.

L'auteur retient que, comme pour beaucoup de médicaments même et surtout pour le soufre, vaut la fameuse phrase de Huchard pour la digitale : « dans un médicament existent plusieurs remèdes ». Il rappelle depuis les applications à la thérapeutique articulaire, qui varient selon les doses et les préparations et entre elles, celles consacrées par l'usage et par l'expérience personnelle, c'est-à-dire : a) le soufre colloïdal ; b) l'huile soufrée ; c) le soufre en solution ; d) l'hyposulfite de soude ; e) le thiophène ; f) les eaux minérales, en illustrant les possibilités et les capacités thérapeutiques particulières de chacun dans le champ des arthropathies.

La prochaine *Assemblée générale de l'Union Thérapeutique* aura lieu au mois de mai 1940, à Bruxelles, sous la présidence de M. le professeur Zünz.

Marcel Laemmer.

PRATIQUE MÉDICALE

LES POLYSCLÉROSES DE LA CINQUANTAINE (1)

Les scléroses viscérales, localisées ou multiples, apparaissant après la quarantaine sont la résultante des infections et intoxications qui ont successivement attaqué l'organisme, ou le résultat de l'action d'un facteur sclérogène sans doute hérédo-arthritique. Elles ne doivent cependant pas être considérées comme lésions spécifiques, mais comme des *scléroses.*

Cette notion est admise déjà depuis longtemps ; elle explique les essais d'iodothérapie faits par les anciens auteurs, avec des résultats d'ailleurs assez décevants.

Un grand progrès a été réalisé dans leur thérapeutique par l'emploi du rhodanate de potassium (rhocya), dont les propriétés anti-scléreuses sont plus nettes que celles de l'iode et des iodures. L'auteur estime que *rhocya* peut être à l'heure actuelle, considéré comme le traitement pour ainsi dire « spécifique » de la maladie de la cinquantaine, c'est-à-dire des polyscléroses.

(1) Ferrand, *Science Médicale Pratique*, Janvier 1938, p. 29.

Les fractures récentes, fermées, de l'extrémité inférieure du fémur chez l'adulte, par les docteurs J. Longuet et Ch. Mardrus. Un vol. de 170 pages, avec 136 fig. ou radios. A la librairie Maloine, 1938. Prix : 70 francs.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1938

La vie de Félix Terrier. — M. Antonin GOSSET a fait hommage à l'Académie d'un volume consacré à la vie et à l'œuvre de son maître, le professeur Félix Terrier. Ce livre est préfacé par Georges Duhamel. Gosset s'est attaché à mettre en valeur les travaux de Terrier le grand novateur qui permit de substituer la méthode aseptique à l'antisepsie et donna un essor incomparable à la chirurgie moderne.

L'ouvrage est complété par des souvenirs rédigés par les élèves de Terrier qui, à leur tour, sont devenus des maîtres.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1938

M. ROUSSY lit une notice nécrologique sur M. Crouzon, membre titulaire, récemment décédé.

Embryologie du bec de lièvre. — M. Victor VEAU s'élève contre la théorie classique formulée par Coste en 1843 et acceptée sans discussion après les travaux de His (1887). La face serait formée par des bourgeons qui s'avancent et se fusionnent, délimitant ainsi les orifices antérieurs et postérieurs des fosses nasales. Le bec de lièvre serait l'absence de coalescence des bourgeons de la face.

Cette conception pouvait expliquer les formes totales du bec de lièvre. Elle est peu satisfaisante pour éclairer les variétés fréquentes de la malformation où un pont de parties molles existe entre les berges de la fente. De plus, elle est en opposition avec les faits embryologiques eux-mêmes, bien étudiés par un zoologiste de Erlangen, le prof. Fleischmann. La face ne se développe pas comme des coulées de lave qui se rapprochent et se fusionnent ; c'est une marée qui monte, avec des rides superficielles sans valeur embryogénique.

L'auteur précise la formation des fosses nasales ; il montre le moment où se fait la bifurcation vers une face normale ou un bec de lièvre (4e semaine). La malformation est un arrêt de développement au stade d'un mur épithélial sous-narinaire qui, normalement, doit être effondré par le mésoderme adjacent.

A l'appui de cette théorie, l'auteur présente les deux embryons actuellement connus de bec de lièvre : 2 Imm.-Heidelberg ; 23 mm.-Vienne. Ils sont un peu trop vieux pour apporter une preuve indiscutable.

Dans l'espoir de se préoccuper des embryons plus jeunes, Veau a réuni une collection de chiens vivants bec de lièvre, bull dogs, pékinois. Il les fait reproduire entre eux. Mais les chiens sont peu prolifiques. Son but serait plus sûrement atteint s'il avait des lapins vivants bec de lièvre ; il fait un pressant appel à tous les éleveurs.

La sympathose glaucomateuse. M Henri LAGRANGE (Paris) communique le résumé de ses études sur la crise glaucomateuse. Elles indiquent que c'est un fait *humoral* qui domine le glaucome. Les perturbations de l'équilibre physio-chimique de l'organisme qui s'expriment par la crise d'hypertension du globe oculaire constituent la cause fondamentale de la maladie glaucomateuse, tandis que la lésion oculaire, tardivement observée, n'est que l'effet de ce dérèglement. A l'attention consacrée aux empreintes organiques laissées par les coups de l'hypertension oculaire, il faut joindre la préoccupation d'élucider le problème humoral que pose cette réaction neuro-végétative.

Toxicité du fluorure de calcium. Inuence de quelques composés minéraux sur la manifestation des effets de ce sel. — M. CHARNOT.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 18 octobre. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Tanon, Joannon, Sézary. — M. DUGOIN. Sur quelques ennemis de la médecine aux 17e et 18e siècles. — M. ASTRE. La cardiopathie rhumatismale. Etude prophylactique et sociale. — M. GROUCHMANN. La Croix-Rouge et la ligue des Croix-Rouges dans les œuvres de paix. — M. LAMBERT DE CRÉMEUR. La lutte contre la syphilis en France et à l'étranger. Résultats. Conclusions prophylactiques. — POUZOLS. Conception actuelle des désinfections terminales.

Jeudi 20 octobre. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Strohl, Dognon, Gatellier. — M. N. HOW CHOU. Le moignon douloureux. Ses aspects radiologiques ; radiothérapie sympathique.

Vendredi 21 octobre. — Jury : MM. Abrami, président, Couvelaire, Loeper, Etienne Bernard. — M. WOLFF. Contribution à l'étude de la tuberculose miliaire chronique. — TUROTTE. Le pronostic fœtal dans l'accouchement par le siège. Etude de la statistique de la Maternité de l'Hôtel-Dieu. — MOUCHET. Sur les thyroïdites aiguës non suppurées.

Samedi 22 octobre. — Jury : MM. Jeannin, président ; Mocquot, Brocq, Vaudescal. — M SAMANA. Des rapports du paludisme et de la gestation. — M. RAHAVI. Contribution à l'étude des fistules menstruelles.

LIVRES NOUVEAUX

Les fistules anales et leurs infections causales, par G. CABANIÉ, chirurgien des hôpitaux du Maroc. Préface du docteur R. Grégoire, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8 de 168 pages avec 35 figures. Prix : 40 fr. — J.-B. Baillière et Fils.

Le chirurgien ne possède sur les fistules anales et les collections suppurées de la région que peu de travaux détaillés contenant l'ensemble d'une expérience chirurgicale, comme la donne ce livre.

Le chapitre de chirurgie est relativement peu exploré. Il s'avère complexe et riche en aperçus nouveaux. Il ne doit pas être sèchement technique.

Le traitement des fistules anales ne mérite pas sa réputation d'incertitude et d'à peu près. M. Cabanié expose un procédé de traitement avec la netteté des précis, et croit qu'en chirurgie, un exposé de technique opératoire doit contenir tous les détails nécessaires à sa bonne exécution et aussi l'énoncé des fautes à éviter.

Voici les principales divisions de l'ouvrage :
Le phlegmon ischio-rectal.
Abcès de l'anus et des téguments anaux.
Fistules anales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 86. — MERCREDI 26 OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté à présenté en première ligne, par 39 voix sur 40 votants, M. Henri Mondor, agrégé, comme professeur de pathologie chirurgicale (dernier titulaire : M. Chevassu).

— La matière sortie au tirage au sort du 19 octobre pour l'épreuve écrite de 1re année réservée aux candidats absents à la 1re session est : la *Chimie*. L'examen aura lieu le mercredi 26 octobre, à 9 heures, à la Bibliothèque. Les convocations seront remises au guichet 2, sur présentation de la carte d'immatriculation, le 25 octobre, de 12 à 15 heures.

— Le Secrétariat de la Faculté sera ouvert les lundi 31 octobre et mercredi 2 novembre 1938, de 12 à 15 heures.

Académie de Médecine. — *Concours Vulfranc-Gerdy.* — Tous les deux ans, l'Académie de Médecine organise un concours auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu est chargé, pendant quatre années consécutives, d'une mission dans une ville d'eaux.

Une indemnité de 3.000 francs lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 francs, destinée à récompenser le rapport qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours aura lieu, cette année, le samedi 3 décembre prochain. Les candidats sont priés d'adresser, avant le 30 novembre, leur demande au Secrétariat de l'Académie de Médecine, 16, rue Bonaparte.

Guerre. — M. le médecin général inspecteur Potet, directeur du service de santé des troupes du Maroc, nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger,

M. le médecin général Vanlande, sous-directeur du service de santé des troupes du Maroc, nommé directeur du service de santé des troupes du Maroc.

— Le médecin-commandant Brunel est affecté à l'état-major particulier du ministre de la Défense nationale et de la Guerre.

Ecole du Service de Santé militaire. — Troisième liste complémentaire des candidats admis à l'école du service de santé militaire à la suite du concours de 1938 (section de médecine).

Candidats P. C. B. — Pfister (R.-F.), Villeneuve (J.-J.).

(Voir 1er liste : *Gazette des Hôpitaux*, n° 70, p. 1250 ; 2e liste : n° 84, p. 1333.)

Ce qui reste encore des anciens bâtiments hospitaliers civils et militaires de Paris. — Le 28 octobre, à 15 heures, M. Georges Huisman, directeur général des Beaux-Arts, M. le Professeur Laignel-Lavastine et M. Darras, directeur des Beaux-Arts de la Ville de Paris inaugureront l'exposition des 180 dessins du peintre graveur Pierre DESBOIS, composant les visions d'art de son ouvrage, en souscription sur *ce qui reste encore des anciens bâtiments hospitaliers civils et militaires de Paris.*

Galerie Ecalle, 3, faubourg Saint-Honoré, du 28 octobre

au 10 novembre (de 10 à 12 h. et 14 à 18 h.). Dimanches et fêtes exceptés.

IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française, — Le Comité a décidé que le Congrès sera reporté à l'an prochain. Il se tiendra au mois d'octobre 1939 et coïncidera avec l'exposition d'appareils d'électro-radiologie qui ne peut avoir lieu cette année et est reportée à cette époque.

Une note ultérieure précisera les modalités du Congrès de 1939.

Centre d'études de la Fondation d'Heucqueville. — La Fondation d'Heucqueville, reconnue d'utilité publique pour perfectionner l'adoption des enfants abandonnés, organise à son Centre d'Etudes, une série de 75 leçons portant notamment sur les questions *d'hérédité* et la *puériculture.*
ment sur les questions d'hérédité et la puériculture.

Elles auront lieu tous les lundis et vendredis à 11 heures à partir du 14 novembre, complétées par des travaux à la bibliothèque et au laboratoire et des stages pratiques dans la Pouponnière Modèle de l'Œuvre.

Cet enseignement s'adresse aux infirmières, assistantes sociales, sages-femmes, futures mères de famille, et aux jeunes filles désireuses d'acquérir une formation solide en puériculture.

Hôpital-Fondation de Rothschild. — Le docteur Léon Zadoc-Kahn, médecin en chef de l'Hôpital-Fondation de Rothschild, prenant prochainement sa retraite, ses collaborateurs, ses élèves et ses amis ont décidé de lui offrir un objet d'art, en souvenir de ses longues années de dévouement à l'Hôpital et de leur profonde estime.

La souscription minimum est de 100 francs. Prière d'adresser les souscriptions, avant le 15 novembre, à M. Vacher, directeur de l'Hôpital de Rothschild, 15, rue Santerre, Paris (XIIe).

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Jeudi dernier, a eu lieu, à l'Hôpital des Enfants-Malades, la remise d'une médaille au professeur Ombrédanne. Comme il fallait s'y attendre, l'amphithéâtre était comble. Beaucoup des amis de notre collègue ne purent y pénétrer.

Autour du professeur et de Mme Ombrédanne s'étaient groupées de nombreuses dames. Dans les premiers rangs, on remarquait M. le recteur Roussy, M. le doyen Tiffeneau, un Inspecteur principal de l'Assistance publique, le médecin général inspecteur Rouvillois, MM. les professeurs Hartmann, Gosset, Sergent, Nobécourt, Lereboullet, Mathieu, Grégoire, Mocquot, Lian, Hovelacque, Olivier, Villaret, Laignel-Lavastine, Froelich (Nancy), Nové-Josserand (Lyon), Tavernier (Lyon), Rocher (Bordeaux), Le Fort (Lille), Billet (Lille), Martin (Angers), Denéchau (Angers), Scherb (Zürich), Nicod (Lausanne), Perrot (Genève), Delchef (Bruxelles), Parisel (Bruxelles), Danis (Bruxelles), MM. A. Mouchet, Baumgartner, Heitz-Boyer, Leveuf, Sorrel, Cadenat, Clavelin, Richard, etc.

La belle médaille, due au maître sculpteur Pillet, fut remise au maître par le Comité d'Organisation dont notre ami, Marcel Lance, se fit l'interprète.

Lance est l'un des plus anciens, peut être le plus ancien collaborateur d'Ombrédanne. Nul, assurément, plus que lui, n'était qualifié pour retracer la magnifique carrière de son maître, pour rappeler ses trente ans de pratique hospitalière et d'enseignement de la chirurgie orthopédique et infantile. Il sut trouver des mots pleins d'affection pour traduire les sentiments d'admiration et de reconnaissance des élèves et des amis d'Ombrédanne. Il associa enfin très justement à cet hommage celui du personnel hospitalier et celui de tous les petits enfants qu'Ombrédanne arracha, en si grand nombre, à la souffrance et à la mort.

Le professeur Mathieu retraça ensuite la carrière scientifique du professeur Ombrédanne. Le maître a, certes, touché à toutes les branches de la chirurgie infantile. Mais sa carrière présente certains caractères particuliers, qui méritent d'être détachés.

Ombrédanne a fait, avant tout, de la chirurgie reconstructive. Par les autoplasties, il s'est attaqué aux malformations et aux paralysies. Ombrédanne a aussi le goût de la mécanique, on lui doit d'ingénieux instruments qui sont devenus d'usage courant. Son célèbre masque à éther en reste le prototype.

Enfin, il aime l'enseignement et il a le don de se faire écouter et comprendre.

Le professeur Rocher, au nom de la *Société française d'orthopédie*, au nom des professeurs et chirurgiens de Province, constate l'éclat de l'enseignement du maître de Paris. Il le remercie et le félicite au nom de tous ces élèves inconnus qui bénéficient de loin de son enseignement en lisant ses travaux.

Le professeur Delchef, comme secrétaire général de la Société Internationale d'Orthopédie, apporte en termes très affectueux le témoignage des chirurgiens étrangers qui ont rendu à Ombrédanne un juste hommage en le choisissant comme président de leur Société.

Visiblement ému, le professeur Ombrédanne remercie tous ceux qui sont venus le fêter en ce jour. Si, dit-il, un maître peut apprendre beaucoup à ses élèves, il leur doit aussi beaucoup. Car sans cesse il est obligé de se perfectionner à leur contact. Ombrédanne décrit ensuite le nouveau service de clinique chirurgicale infantile, actuellement en construction à l'Hôpital des Enfants-Malades. On peut espérer que ce service sera ouvert cette année. On sait que sa construction a bénéficié de tous les progrès possibles.

Le professeur Ombrédanne déclare que toute son énergie sera appliquée à mettre en marche ce magnifique instrument, qui contribuera à sauver des existences précieuses.

Une réception toute amicale termina cette cérémonie, qui laissera à tous ceux qui se réunirent autour du maître, un souvenir d'une inoubliable cordialité.

F. L. S.

LE TRAITEMENT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE PAR L'ÉPILEPSIE PROVOQUÉE

(Méthode de von Meduna)

Par M. R. LEVENT

Parmi les méthodes de traitement récemment imaginées contre la démence précoce une place particulière doit être faite à la méthode de von Meduna, l'épilepsie provoquée, dont l'intérêt ne semble pas moindre que celui de l'insulinothérapie que nous avons récemment étudiée ici.

Les bases ne sont ni étiologiques ni pathogéniques ; en l'état actuel de nos connaissances il ne s'agit encore que d'empirisme raisonné.

Dès longtemps les cliniciens ont, en effet, noté l'habituelle incompatibilité de la démence précoce et des accès épileptiques. Selon les conceptions théoriques auxquelles se rattachent les divers psychiatres, il existe certes des différences dans la dénomination des troubles observés ; mais dans l'ensemble l'accord est général depuis longtemps quant à cette incompatibilité habituelle. Nyiro et Jablonsky, Glaus, Muller y ont particulièrement insisté. Steiner et Strauss vont même plus loin : il y a lieu, à leur avis, de n'accueillir qu'avec réserves le diagnostic de démence précoce lorsqu'on voit en cours d'évolution se produire des crises d'épilepsie. Le fait qu'une transfusion sanguine faite en choisissant comme donneur un dément précoce demeure sans effet curatif sur un épileptique ne suffit cependant pas selon ces auteurs à faire considérer comme une coïncidence ou une simple apparence cette incompatibilité apparente.

On avait d'autre part noté également que lorsqu'une crise d'épilepsie survenait chez un dément précoce, les troubles en évolution semblaient ultérieurement s'améliorer.

Ladislas von Meduna, de Budapest, en 1935, reprit en sens contraire l'étude de ce problème technique et thérapeutique et entreprit de déterminer l'effet sur la démence précoce de crises d'épilepsie artificiellement provoquées.

C'est l'injection intraveineuse de camphre dont les effets convulsivants sont depuis longtemps connus qu'il employa d'abord dans ce but. Mais le médicament se montra pour diverses raisons d'un usage incommode. C'est donc sur le cardiazol (metrazol des auteurs américains) analeptique synthétique apparenté au camphre par diverses propriétés chimiques et physiologiques qu'il arrêta son choix.

Au point de vue chimique le cardiazol est un pentaméthylènetétrazol, facilement soluble dans l'eau et susceptible d'être injecté dans les veines sans douleur locale ni réactions inflammatoires in situ.

Le cardiazol rétablit le débit cardiaque lorsque celui-ci est diminué pour une raison quelconque sans occasionner de surmenage du muscle cardiaque ni provoquer d'action secondaire nuisible. Le cardiazol relève le pouls, ramène à la normale la tension artérielle diminuée sans augmenter l'hypertension lorsque celle-ci existe auparavant. Il augmente en même temps le débit respiratoire.

Il est rapidement éliminé par le rein sans produire aucune lésion du parenchyme. Les faibles doses introduites dans la circulation ne produisent aucun des accidents d'excitation que provoque le camphre.

Les fortes doses injectées rapidement dans le courant sanguin déclenchent, au contraire, un accès jacksonien typique. La fluidité sanguine est augmentée ; il se produit de la vasodilatation méningée et de l'hyperémie cérébrale.

La dose mortelle pour l'homme adulte semble de 3 grammes. Per os on peut aller jusqu'à 6 grammes sans d'ailleurs qu'il se produise d'intolérance gastrique.

***

Technique. — Le malade soumis au traitement par la méthode de von Meduna doit n'avoir reçu les jours précédents aucune médication sédative. L. A. Finsieffs insiste sur l'examen clinique général soigneux qui doit précéder le traitement : mesure de la température, examen du poumon, du rein et du cœur, mesure de la tension artérielle, de l'azotémie, de la glycémie.

Le malade doit être au repos et à jeun. Toutes précautions seront prises pour la surveillance médicale durant toute la période critique du traitement ; on évitera la morsure de la langue et les divers inconvénients inhérents à la crise convulsive elle-même.

La solution de cardiazol habituellement employée est au taux de 10 % ; von Meduna a cependant employé sans inconvénient la solution à 20 %, mais la quantité de produit actif injectée demeure la même dans les deux cas.

L'injection est pratiquée autant que possible intraveineuse et doit être poussée rapidement. Dans ce cas l'accès épileptique se produit au bout de 3 minutes environ. Si l'on ne peut faire d'injection intraveineuse on pourra employer la voie intramusculaire ; l'absorption est alors plus lente et la crise n'apparaît qu'après 20 minutes environ.

Le malade étant maintenu au lit, le cou bien dégagé, un tampon inséré entre les molaires recevra une dose d'abord prudente puis de jour en jour croissante de cardiazol. Il est nécessaire de mesurer sa sensibilité et d'obtenir l'effet désiré avec la dose la plus faible possible.

L'injection sera poussée de façon à administrer environ dix centigrammes de produit actif par seconde.

La première injection intraveineuse sera de 0 gr. 50 de cardiazol, soit 5 centimètres cubes de la solution à 10 %, la plus habituellement employée.

Si, comme il est habituel, aucun accès ne se produit, une nouvelle injection sera faite le lendemain avec 0 gr. 60 de cardiazol ; on augmentera ainsi chaque jour la dose de dix centigrammes jusqu'à obtention d'une crise épileptique. C'est en général avec une dose de 1 gramme que l'accès se produit ; chez certains sujets plus résistants, il faut aller jusqu'à 1 gr. 50 intraveineux.

Si l'injection intraveineuse est impossible, on devra se contenter de la voie intramusculaire. Chacune des doses ci-dessus devra dans ce cas être augmentée de 0 gr. 50 ; la dose initiale sera donc de 1 gramme.

Une posologie trop faible ne provoque pas de crise ; il en est de même si une dose pourtant assez élevée est injectée trop lentement.

Dans quelques cas on n'obtient qu'une crise psychique à forme anxieuse, accompagnée de troubles vaso-moteurs, de tachycardie, de tachypnée avec rougeur de la face et un certain degré d'inquiétude musculaire.

Le plus souvent, en opérant correctement, on obtient, dans le délai requis, une crise d'allure classique, bilatérale, avec parfois émission d'urines et de gaz. Elle dure de 30 minutes à 1 heure avec rougeur marquée de la face au début qui fait place au moment des convulsions cloniques à de la pâleur et parfois de la cyanose. Le pouls est habituellement à 120-130 ; les réflexes subissent les mêmes modifications que dans l'épilepsie courante. On n'observe jamais de crise jacksonienne ni d'épisode procursif.

Lorsque la crise se termine, la conscience peut reparaître de suite entière ; d'autres fois on observe une période de sommeil ou un état crépusculaire ou délirant sans durée.

L'alimentation ne doit être reprise que 4 ou 5 heures après le réveil sous peine de provoquer des vomissements.

A partir de la première crise on doit cesser les injections quotidiennes et ne les pratiquer que tous les 2 ou mieux tous les 3 jours en s'en tenant à la dose efficace ou si possible à une dose légèrement inférieure.

Dans quelques cas 2 ou 3 crises provoquées ont pu suffire à engendrer une amélioration appréciable ; le plus souvent il en faut davantage : 20 crises consécutives sont le mode de traitement le plus habituel. Il est prudent pour la durée du résultat obtenu de provoquer encore 2 ou 3 crises après que semble réalisée la guérison apparente.

Les incidents en cours de traitement semblent peu fréquents. Certains auteurs ont observé immédiatement avant l'accès la survenance de quintes de toux ou plus rarement d'un accès de fureur. Parfois aussi des vomissements, une tachycardie exagérée, exceptionnellement une thrombose veineuse au point d'injection. Le cœur normal semble ne ressentir aucun contre-coup défavorable du fait de l'épilepsie provoquée.

Mais il n'y a là aucune contre-indication à continuer le traitement.

Les seules contre-indications à l'emploi de cette méthode de von Meduna sont les états fébriles en évolution et l'existence d'une cardiopathie.

*
**

Bien qu'il soit malaisé de juger dès maintenant une méthode récente, il semble que les résultats de la méthode de von Meduna ne soient pas négligeables. Sur 110 cas évoluant depuis un temps variant entre 6 mois et 5 ans von Meduna a obtenu 54 rémissions. Wahlmann a obtenu 8 succès sur 20 cas. Augyal et Gyartos ont traité 45 malades avec 14 rémissions complètes, 9 rémissions incomplètes et 21 échecs. Delgados a obtenu 6 rémissions complètes sur 17 cas traités ; les 11 autres étaient encore en cours de traitement lors de la publication. Sur 12 cas Dhnjibhoy (de Bombay) a eu 3 rémissions, 4 grosses améliorations contre 5 échecs. Seul Gulotta, avec 10 malades, compte 10 échecs.

D'autre part la méthode ne semble pas présenter de danger réel lorsqu'elle est bien maniée. Sur 500 cas traités, von Meduna ne compte qu'un seul décès imputable à une myocardite chronique. Briner a observé 2 morts : l'un chez un sujet porteur d'un hypernephrome et d'un goitre rétrosternal, l'autre dû à une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose veineuse du bassin.

Ces résultats sont dans une large mesure influencés par le type clinique de la maladie. Dans l'ensemble, les effets sont bons dans les formes simples et les formes paranoïdes, ils sont moins bons dans les formes hébéphréniques et catatoniques.

Mais c'est avant tout l'ancienneté de la maladie qui tient sous sa dépendance le succès thérapeutique. L'avis des cliniciens est ici uniforme quelle que soit leur conception de la démence précoce et leur terminologie. Les cas que von Meduna appelle « processus aigus » semblent des formes récentes et c'est dans ces formes que le succès semble le plus habituel de l'avis de tous les auteurs. L'efficacité de la méthode semble inversement proportionnelle à l'ancienneté d'évolution.

Sur ses 110 premiers cas, von Meduna en a soigné 43 datant de moins de un an et a obtenu 39 rémissions ; au contraire, 26 cas datant de plus de 5 ans ont été autant d'échecs. Entre 1 an et demi et 2 ans d'évolution, il obtient encore 1 succès sur 6 cas ; entre 2 et 3 ans il n'en obtient plus que 1 sur 4. Sur 27 cas récents Augyal et Gyartos obtiennent 44,4 % de rémissions ; Schenhammer et Wisgott ont des conclusions analogues ; Finkelmann, Steinberg et Liebert, sur 66 malades auraient même obtenu 85 % de rémissions si la maladie a duré moins de 6 mois.

Les effets des premières injections permettent de préjuger dans une certaine mesure du résultat final. Si de grosses doses sont nécessaires — et c'est généralement le cas dans les formes anciennes — le pronostic doit être très réservé.

Sans doute la valeur de la méthode de von Meduna se précisera-t-elle à mesure que les essais se feront plus nombreux et que les conceptions touchant la démence précoce elle-même se feront moins discordants et permettront de préciser les indications thérapeutiques.

Un jugement d'ensemble est encore prématuré. Non seulement le mode d'action de la crise provoquée nous est encore inconnu et les auteurs l'imaginent diversement mais encore et surtout nous manquons du recul nécessaire pour juger des effets éloignés et mesurer la solidité des rémissions au cours d'une affection dont l'évolution spontanée est des plus capricieuses.

Actuellement il semble que la méthode de von Meduna mérite autant que l'insulinothérapie de Sakel de retenir l'attention des cliniciens. L'une et l'autre ont leurs avantages et leurs inconvénients ; peut-être ont-elles leurs indications particulières ; peut-être aussi peuvent-elles s'associer et se compléter.

L'épilepsie provoquée nécessite, semble-t-il, une surveillance moins prolongée que la cure par l'insuline. Mais elle est peut-être moins facile à adapter à chaque cas particulier ; peut-être aussi, pour certains auteurs, ses résultats seraient-ils moins durables.

D'autre part l'épilepsie provoquée est un procédé plus brutal et plus pénible pour le malade. L'anxiété qui précède la crise d'épilepsie est plus pénible que la somnolence à laquelle succède le coma. L'amnésie du réveil n'est que temporaire et les malades redoutant les prodromes de la crise convulsive perdent souvent de leur docilité.

Mais les deux méthodes peuvent peut-être s'associer et se compléter. On a en effet observé des succès de l'insuline après l'échec du cardiazol et inversement des succès du cardiazol après échec de l'insuline. L'emploi successif des deux méthodes a pour certains auteurs (James, Freudenberg et Cannon, Eib) amélioré le pronostic et a porté le taux des succès thérapeutiques de 43 à 63 %.

Aussi James, Freudenberg et Cannon et d'autres aussi ont-ils systématiquement associé les deux méthodes. Tantôt ils ont alterné les deux procédés, tantôt ils ont commencé par l'une et l'effet maximum obtenu ont terminé le traitement en faisant appel pendant quelques jours à l'autre.

Georgi a réuni les deux procédés dans une même séance. Il administre d'abord une dose d'insuline suffisante pour produire le coma complet. Au bout de 1 heure et demie, il administre du cardiazol et provoque une crise épileptique. On réussit de cette façon à déclencher la crise avec une dose de cardiazol moitié moindre ; de plus la crise est moins redoutée par le malade à qui l'on épargne la phase d'anxiété préliminaire.

La crise d'épilepsie terminée, Georgi administre du sucre et réveille le malade, ce qui permet de limiter au temps strictement nécessaire la durée de la crise.

Il s'agit ici d'un raffinement thérapeutique encore à l'étude qui peut être susceptible de permettre la diffusion des deux méthodes en en conservant les seuls avantages.

Quoi qu'il en advienne, insulinothérapie et épilepsie provoquée semblent mériter de retenir l'attention des psychiatres à qui elles permettront peut-être de lutter plus efficacement contre une affection trop souvent jusqu'ici au-dessus des moyens de la thérapeutique.

XLVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Première question mise à l'ordre du jour :

Traitement des fractures fermées et récentes du rachis

Résumé du Rapport
de MM. Maurice CHARBONNEL (de Bordeaux)
et André SICARD (de Paris)

LES PREMIERS SOINS

Le pronostic d'une fracture du rachis dépend, pour une large part, des premiers soins donnés au blessé. L'avenir de celui-ci se joue déjà sur le lieu même de l'accident et pendant son transfert au centre chirurgical.

Un examen clinique rapide, prudemment mené, s'arrêtera dès que le diagnostic sera confirmé et la localisation du foyer de fracture approximativement repérée.

Une radiographie s'impose dans tous les cas. On s'efforcera de la pratiquer au lit du blessé. Deux clichés sont nécessaires : un de face, un de profil.

TRANSPORT DU BLESSÉ

Un traumatisme vertébral léger peut devenir une lésion grave définitive, si l'aide donnée au début est maladroite. Les auteurs relatent un cas particulièrement démonstratif observé par Sénèque. Un blessé plonge dans un fond insuffisant. On le sort de l'eau presque asphyxié. Il a cependant et fort heureusement conservé sa connaissance, et sentant que sa gêne respiratoire vient d'une lésion vertébrale du cou, il supplie sa sœur de tirer sur sa tête. Le geste salutaire est exécuté à temps et suffit à rétablir la respiration. La victime présentait une quadraplégie totale ; elle finit par guérir.

Comment prévoir et assurer une assistance utile ? C'est une campagne d'éducation du public, disent les rapporteurs. On a appris au passant la conduite à tenir en présence d'un noyé, d'un électrocuté, d'un asphyxié. Apprenons-lui son rôle en face d'un blessé du rachis.

Mais comment un profane pensera-t-il à la possibilité d'une fracture du rachis ?

Le mieux, là comme ailleurs, est de tout mettre en œuvre pour obtenir dans le plus bref délai, la présence du médecin. Encore est-il bon de rappeler à ce dernier quelques notions essentielles, faute desquelles le chirurgien verra ses possibilités singulièrement limitées.

I. — Qu'aucune manœuvre n'exagère la déformation existante ;

II. — Que tous les efforts tendent à immobiliser correctement la colonne vertébrale jusqu'au moment où un geste vraiment chirurgical pourra être appliqué ;

III. Le transport sera effectué (à plat ventre) sur une planche ou un brancard semi-rigide.

IV. — Si le voyage doit être long, si le blessé souffre beaucoup, une injection de morphine légère est indiquée. Mais en aucun cas il ne faudra supprimer la contracture des muscles spinaux qui protègent spontanément le cordon médullaire.

LA RADIOGRAPHIE

Nous l'avons dit : un cliché frontal, un cliché de profil assurent au chirurgien un maximum de renseignements utiles.

Les auteurs exposent des techniques du plus haut intérêt. Certains détails se prêtent mal à l'analyse ; il faut les lire attentivement dans le texte, en ce qui concerne notamment « la prise » des lames et des apophyses.

Le traitement

Une division primordiale s'impose. Les fractures du rachis sont ou ne sont pas accompagnées de troubles nerveux.

A. LES FRACTURES SANS TROUBLES NERVEUX

Le traitement varie avec la localisation des lésions.

Les fractures dorso-lombaires sont les plus fréquentes. Le professeur Imbert trouve sur 78 cas personnellement observés : 54 dorso-lombaires contre 18 cervicales et 6 dorsales vraies.

I. — *Méthodes non sanglantes*

a) *Infiltrations anesthésiques de Leriche.* — Elles se recommandent des modifications vaso-motrices salutaires qu'elles entraînent et des contractures antalgiques qu'elles suppriment.

Leriche et Bohler s'accordent pour condamner le massage et les mouvements passifs forcés. Seule, la mobilisation active est utile ; elle est franchement facilitée par l'infiltration novococaïnique.

b) *Méthodes fonctionnelles pures sans réduction.* — Pas d'immobilisation, pas de réduction, pas de plâtre. Tout l'effort thérapeutique doit tendre au contraire à récupérer la fonction aussitôt que possible.

Quatre semaines de decubitus dorsal avec massage du dos. Après 15 jours le malade est autorisé à s'asseoir et à faire des mouvements actifs, mouvements de reptation surtout. Six semaines après l'accident, le sujet se lève, se rend aux séances de massage et continue en toutes circonstances ses mouvements actifs. Jamais de béquilles, exceptionnellement une canne. A la fin du 4e mois il reprend ses occupations.

Le défenseur de la technique : Magnus, dit avec humour que les plus sérieuses complications sont le corset et la paraplégie. Cette méthode jouit d'un grand succès en Allemagne et en Suisse. En Russie on s'appuie sur des principes identiques mais la technique appliquée diffère.

c) *Méthodes fonctionnelles avec réduction et corset.* — C'est le procédé de Bohler. Le chirurgien de Vienne souligne que la partie antérieure de la colonne vertébrale est anatomiquement plus faible que la partie postérieure. C'est sur cette dernière qu'il convient par « hyperlordose forcée » de faire reposer tout le poids du tronc. C'est elle surtout qu'il faut reconstituer dans son intégrité anatomique.

Cette position thérapeutique étant fixée par un plâtre, il convient par la marche, les exercices musculaires progressifs et méthodiques, de conserver la forte musculature des masses postérieures. Ainsi on évitera la raréfaction osseuse et on conservera intacte le psychisme du blessé qui n'aura plus tendance à verser dans la « sinistrose ».

Quand faut-il réduire la fracture ? Bohler, au début de la méthode, attendait quelques jours. Présentement, il réduit le lendemain de l'accident. Dans ces conditions, l'opération est aisée. Certains auteurs la pratiquent en « position ventrale », d'autres en « position dorsale ».

Cette dernière est mieux tolérée, surtout si le sujet est âgé, shocké ou obèse. Elle s'impose dans tous les cas de paraplégie et de traumatisme intense avec lésions multiples.

Elle permet une lordose plus accentuée que celle donnée par la méthode ventrale. Elle est seule applicable en face d'une fracture dorsale moyenne ou haute. Enfin, elle n'exige qu'une anesthésie locale.

Par contre, elle semble favoriser sous le plâtre le développement des escarres. Il est bon pour éviter cet accident de fenêtrer l'appareil. Les ouvertures ainsi ménagées peuvent, le cas échéant, être utilisées pour pratiquer soit des greffes osseuses vertébrales, soit des injections novo-cocaïniques.

Les Auteurs étudient longuement la réduction dans certains cas spéciaux s'accompagnant d'angulation des lames ou d'accrochage des apophyses articulaires.

Quelle sera la durée de l'immobilisation ? — La plupart des chirurgiens parlent de 4 à 6 mois ; quelques-uns de deux mois environ.

En réalité cela dépend de plusieurs facteurs. Le temps d'immobilisation augmente avec l'importance des lésions et l'âge du blessé ; il est également fonction de la valeur du traitement mécano-thérapique adjuvant.

Compte tenu de ces différents facteurs, une lésion dorsolombaire doit être immobilisée de 3 à 6 mois.

Après l'ablation du corset, Bohler ne prescrit aucun appareil. Putti remplace au 2e mois le premier plâtre par un second ; celui-ci, bivalve, permet en s'ouvrant l'emploi de l'air chaud et du massage. Deux mois plus tard, le malade est invité à porter un corset de coutil baleiné pendant 8 à 10 semaines.

II. — *Méthodes sanglantes*

Quand il s'agit des fractures du rachis, il est bon d'admettre que ces fractures présentent tout de même certaines analogies avec l'ensemble des autres fractures. C'est ainsi que pour les unes comme pour les autres, les manœuvres manuelles demeurent parfois impuissantes à assurer une bonne réduction. D'où la nécessité de recourir aux méthodes sanglantes. Celles-ci ne sont guère employées qu'en face de troubles nerveux ; dans tous les autres cas, on se contente pratiquement d'une réduction relative. Dans l'esprit de ce chapitre : fractures sans troubles nerveux, les méthodes sanglantes ne seront donc utilisées qu'exceptionnellement. A vrai dire, le seul cas légitimant l'emploi de ce procédé est celui où existe manifestement une « luxation-fracture » avec accrochage des apophyses articulaires, le tout ayant résisté aux manœuvres d'hyperlordose et d'extension continue.

L'intervention se résume dans la résection des apophyses articulaires supérieures de la vertèbre sous-jacente ; elle est pratiquée sous extension et à l'anesthésie locale.

La résection osseuse étant faite, la réduction se réalise pour ainsi dire d'elle-même. En cas de difficulté, Bohler conseille de soulever la partie supérieure du tronc à l'aide d'une sangle tout en poursuivant l'extension continue. Le malade est ultérieurement maintenu en lordose sous un appareil plâtré.

L'ostéo-synthèse vertébrale ayant donné des résultats surprenants dans le traitement du syndrome Kümmel-Verneuil, il était naturel qu'on l'applique un jour au traitement des fractures récentes du rachis avec ou sans réduction, dans le but d'éviter l'affaissement secondaire ou le blocage d'une fracture non réduite.

Danis emploie un fil d'acier inoxydable qu'il passe autour des apophyses épineuses des vertèbres sus et sous-jacents et qu'il serre en s'aidant d'un tendeur automatique.

Mais la technique la plus intéressante est celle d'Albee qui utilise une greffe osseuse.

Halstead, Le Fort, Sorrel ont proposé des modifications à la technique initiale qu'on lira dans le texte.

Les Auteurs terminent cet exposé des méthodes chirurgicales en rappelant l'importance de la thérapeutique médicale adjuvante : recalcification, air chaud, diathermie, etc...

Résultats et indications thérapeutiques

a) *Fractures trabéculaires.* — Elles succèdent à un traumatisme léger ; leur manifestation maxima est une fissure oblique sans déplacement net. On les confond avec les fractures du coin antéro-supérieur, fractures parcellaires du corps vertébral. Les unes et les autres, très souvent, sont méconnues et guérissent d'ordinaire avec de minimes séquelles.

La plupart des chirurgiens ne tentent pas la réduction, le déplacement étant négligeable. On peut immobiliser le sujet horizontalement pendant 2 mois, sur un plan dur et faire porter un corset en duralumin dans la suite.

On peut, au contraire, inviter le blessé à marcher de suite sous un corset plâtré léger laissé en place 3 ou 4 mois.

Leriche pratique des injections anesthésiques et fait marcher aussitôt.

Enfin d'autres chirurgiens usent simplement du traitement fonctionnel.

Bohler, même dans ces cas légers, immobilise en hyperlordose, applique un plâtre et le traitement fonctionnel.

Les résultats sont bons toujours quelle que soit la méthode choisie à condition que cette dernière soit rigoureusement appliquée.

b) *Fractures dorso-lombaires par tassement.* — La vertèbre prend la forme d'un coin ; la cyphose consécutive varie de 5 à 20 degrés, l'axe d'inclinaison passant au niveau de l'angle postéro-supérieur de la vertèbre lésée.

Les Auteurs passent en revue les différentes méthodes : fonctionnelles pures, réductrices avec hyperlordose, greffe rigide précoce, et discutent les résultats.

c) *Fractures dorso-lombaires avec rupture de l'arc postérieur.* — Le traumatisme a été particulièrement violent ; la colonne s'est plicaturée assez brusquement pour que les muscles n'aient pas eu le temps de se contracturer.

En dépit du déplacement considérable de la vertèbre, le canal rachidien n'est pas rétréci et la moelle n'est pas d'ordinaire menacée ; aussi les troubles nerveux sont-ils rares.

La méthode de Bohler est ici la meilleure, mais l'immobilisation doit durer de longs mois. En cas d'insuccès on doit recourir à la méthode d'Albee.

d) *Fractures-luxations dorso-lombaires.* — Le déplacement est considérable. On note une véritable dislocation. Le déplacement en avant est très accusé et la lésion nerveuse habituelle.

La réduction n'est possible qu'en combinant l'extension et l'hyperlordose. Parfois même l'intervention sanglante s'impose.

e) *Fractures de la 5e vertèbre lombaire.* — A ce niveau les lésions traumatiques revêtent un type particulier dû à la forme de la vertèbre dont le corps est taillé en biseau aux dépens de sa face postérieure, à ses attaches articulaires et à l'orientation de son appui sacré oblique en bas et en avant, enfin à la lordose accentuée de la région.

Les mêmes lésions s'observent, mais plus rarement, au niveau de la 4e et de la 5e lombaires. Les disques peuvent être écrasés. On a vu la 5e vertèbre lombaire glisser en arrière du sacrum. S'il y a tassement antérieur, la réduction en lordose postérieure est indiquée. S'il y a tassement postérieur on pratiquera cette réduction en légère cyphose. Un écrasement du disque exigerait le port d'un corset.

Les fractures dorsales hautes. — Sont plus rares que les fractures dorso-lombaires. Les déplacements s'y montrent moins considérables.

La méthode des infiltrations anesthésiques au niveau du foyer de fracture semblent avoir, en plus de leur action

locale, un effet utile sur les réactions vaso-motrices de l'appareil respiratoire si fréquentes dans les traumatismes de cette région.

La méthode fonctionnelle, gymnastique bien exécutée en particulier, a la même importance ici que dans les fractures dorso-lombaires.

La réduction et l'immobilisation combinées ne peuvent guère se réaliser qu'en position dorsale ; même, dans ces conditions, la correction n'est pas toujours facile. La présence des omoplates gêne considérablement ; aussi l'usage des appareils élévateurs est-il à conseiller.

Le corset plâtré doit être rigoureusement appliqué et maintenu de 4 à 6 mois.

Les méthodes sanglantes sont parfois indiquées. Les Rapporteurs soulignent que les fractures dorsales constituent peut-être l'indication principale de la greffe osseuse précoce, surtout quand plusieurs vertèbres sont lésées.

Les fractures cervicales. — Les progrès de la radiographie ont démontré que ces fractures étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pensait autrefois.

Les Auteurs distinguent :

I. — Les fractures des 5 dernières cervicales.

II. — Les fractures de l'atlas et de l'axis.

III. — Les fractures multiples du rachis.

Les différentes méthodes : sanglantes et non sanglantes sont envisagées. On insiste spécialement sur le rôle des greffes et de l'immobilisation sous minerve plâtré. Enfin, un chapitre est consacré aux fractures du rachis chez l'enfant.

B. — Les fractures avec troubles nerveux

En présence d'un blessé du rachis paralysé, quelle décision prendra le chirurgien.

Les phénomènes nerveux sont-ils dus à la compression de la moelle par la colonne fracturée ou à des lésions traumatiques de cette moelle ? Dans le premier cas, la laminectomie décompressive ou la réduction orthopédique donneront de grands exposés. Dans le second cas les lésions radiculo-médullaires sont-elles susceptibles de guérison ? L'intervention est-elle utile et comment la conduire ?

De la lecture des statistiques il semble bien que les conclusions suivantes s'imposent :

a) Les lésions nerveuses se rencontrent avec une fréquence particulière au niveau des régions les plus mobiles du rachis : les dernières cervicales, les premières dorsales, la charnière dorso-lombaire ;

b) Elles sont plus rares à la région lombaire ;

c) Les troubles radiculaires partiels se voient surtout dans les fractures cervicales.

Les bases du traitement. — Elles supposent les connaissances anatomo-pathologiques :

1. Des lésions osseuses (corps vertébraux, arcs postérieurs) ;

2. Des lésions méningées (hématomes sus et sous-duraux ;

3. Les lésions médullaires (curables ou définitives) ;

4. Des lésions radiculaires (rachidiennes ou de la queue de cheval).

Les éléments du diagnostic. — Tout se résume en définitive à la question suivante : les lésions médullaires sont-elles guérissables ou non.

Et les Rapporteurs passent en revue tous les procédés qui permettront au Clinicien un pronostic exact : signes cliniques, recherches électriques, explorations lipiodolées et manométriques, radiographies.

Dans cet ordre d'idées, l'observation attentive de l'évolution des symptômes a une importance considérable. Les signes d'aggravation sont plus fidèles que les signes d'amélioration. Trois surtout ont une signification déplorable :

a) Le priapisme précoce et persistant ;

b) Les œdèmes des membres inférieurs ;

c) Les troubles trophiques.

Les méthodes thérapeutiques

α. — *Traitement des lésions de la moelle :*

Les Auteurs exposent et discutent les méthodes proposées : abstention, réduction, laminectomie et méthodes combinées.

Ils rappellent qu'en dehors de ces procédés « indirects » d'autres procédés existent de grande valeur : les procédés « directs » : suture de la moelle, anastomoses interradiculaires et inter-costo-radiculaires.

β. — *Traitement des lésions radiculaires :*

Il est à considérer : 1° au niveau des racines rachidiennes ; 2° au niveau de la queue de cheval.

Les Auteurs envisagent la possibilité des sutures quand il y a manifestement section des racines, la libération des racines par ablation des caillots ou d'une esquille comprimant la portion extra-durale ou intra-durale de ces racines.

Roussy et Lhermitte pensent que les rhizorraphies méritent d'être tentées. Antonucci et Mauss sont d'un avis contraire.

***

Ce beau travail se termine par l'exposé du traitement des complications : troubles trophiques, troubles urinaires, accidents broncho-pulmonaires et abdominaux.

La thérapeutique générale ne doit pas être oubliée. La conservation d'un bon état général favorise en effet la récupération nerveuse et marche de pair avec elle.

Il importe de signaler l'importance d'une asepsie parfaite des téguments surtout au niveau des points de pression, étant donné le pronostic grave qu'entraîne la présence des escarres.

Chez les alcooliques, le « delirium tremens » est fréquent et grave. Les bromures, le laudanum et la strychnine seront pour ces malades une thérapeutique précieuse.

En Amérique, on fait jouer aux facteurs psychiques un rôle de premier plan.

(*à suivre.*) E. A. DARIAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. La pathologie du colonial rapatrié, par F. Blanc et L.-A. Bordes, médecins commandants, professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — 1 vol. in-16 de 244 pages. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Questions cliniques d'actualité, 6e série. Leçons professées à la Charité, service du professeur Sergent, par MM. Th. Alajouanine, F. Bordet, L. Chauvois, H. Flurin, J. Génévrier, H. Janet, Ch. Laubry, A.-B. Marfan, E. Michon, R. Mignot, P. Pruvost, L. Ribadeau-Dumas, G.-H. Roger, L. Sayé, E. Sergent, J. Stephani, A. Tournade et R. Turpin. Un vol. de 318 pages, avec 558 figures. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 20 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 76. ABDEL MOULA. — Les améliorations de la salubrité des huîtres et des coquillages.
49. ADAMY. — Etude sur l'entropion congénital.
33. BARGAIN. — Ménopause et cancer du sein.
45. BARUCQ. — Contribution à l'étude du traitement des fibromes de l'utérus par la radiothérapie.
86. BELLIDENTY. — Histo-pathologie des parathyroïdes dans les syndromes dits parathyroïdiens.
7. BERNIS-BERGERET. — Contribution à l'étude des médications thérapeutiques dans les fractures récentes du calcanéum.
67. BLOUIN. — Le PH des selles du nourrisson et ses rapports avec les érythèmes fessiers.
91. BOSREDON. — Contribution à l'étude des tumeurs solides malignes primitives de la région paranéphrétique.
53. BOURCART. — Traitement de la maladie de Nicolas et Favre en particulier par le salicylate de soude.
26. BOUSSEREAU. — Contribution à l'étude des péritonites généralisées à gonocoques chez la femme adulte en dehors des ruptures de pyosalpinx.
52. BRETON. — Contribution à l'étude de la dermatite exfoliatrice du nouveau-né (Maladie de Ritter).
39. BRISBARE. — Diagnostic et traitement de la rupture des pyosalpinx en péritoine libre.
78. BRISTAUT. — Les formes douloureuses des pancréatites chroniques de la tête du pancréas.
50. BRUNET. — Contribution à l'étude de la pachyméningite hémorragique de l'adulte.
74. CABARROUY. — Epithéliomas de l'oreille moyenne et cholestéatome.
9. CAPERAA. — Traitement des colibacilloses urinaires par l'acide mandélique.
61. CAZAUGADE. — Contribution à l'étude de l'hypertension intracranienne en dehors des tumeurs cérébrales.
15. CHARRIER. — Contribution à l'étude des rapports réciproques de la maladie de Basedow et de la grossesse.
68. CHAUMELLE. — La forme radiculo-sympathique du cancer de l'apex pulmonaire.
6. CHOMEREAU-LAMOTTE. — L'intoxication par le tétrachlorure de carbone.
51. COLLOMB. — Les syndromes viscéralgiques dans les compressions radiculo-médullaires.
17. CORMIER-LASAUSAY. — Les tumeurs amibiennes de la fosse iliaque droite.
70. COUSTOU. — Les fistules pyo-stercorales de la fosse iliaque droite après appendicectomie.
93. CURET. — Contribution à l'étude de la radiothérapie dans les affections inflammatoires aiguës.
73. DÉJEAN (Mme), née Chauvreau. — Contribution à l'étude de la tuberculose hypertrophique du col utérin.
69. DEPRECQ. — Contribution à l'étude de la pellagre.
87. DESTOMBES. — Contribution à l'étude de la thérapeutique ambulatoire de la blennorragie.
13. DIVE. — Contribution à l'étude de la valeur pronostique de l'extrasystole.
71. DUCOURNAU. — Contribution à l'étude des sarcomes musculaires des membres.
59. DUMON. — La cure de légumes verts dans la diététique diabétique.
47. DUPUCH. — Troubles cardiaques et digestifs dans les fibromes utérins.
54. DURIEUX. — Les anémies des états hypothyroïdiens.
14. DUTRÉNIT. — Carlo Forlanini. Son œuvre.
25. EUGÈNE. — Contribution à l'étude du procédé synchrone d'amputation abdomino-périnéale combinée du rectum.
63. FERRON. — De quelques dacryocystites traitées par la méthode de Bowman.
90. FILHET. — Contribution au diagnostic entre fibrome et grossesse à la laparotomie.
32. FLOTTES. — Les paralysies récurrentielles doubles.
22. FOSSEY. — Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de la vessie.
30. FRABOULET. — Diagnostic et traitement de la torsion de la trompe de Fallope saine.
64. FRAPIN. — Essai de traitement des ulcères gastro-intestinaux par l'histamine.
28. GARY. — Les urétrorragies dans la blennorragie aiguë.
24. GEORGET. — L'anesthésie de la chaîne sympathique lombaire.
19. GEYER. — Etude expérimentale du méthylcholanthrène et du benzopyrène.
11. GIREUD. — Contribution à l'étude d'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales après appendicectomie.
20. GLAUNÈS. — Le signe de Vélez.
92. GOUMAIN. — Etude critique des voies d'accès sur la première côte isolée.
83. GOUTTENÈGRE. — Notions actuelles sur la pathogénie et le traitement de l'infarctus intestinal.
4. GUINTRAN. — La fièvre typhoïde chez les vaccinés.
21. HECKENROTH. — Les arséno-résistances et les arséno-récidives au cours du traitement du pian.
58. IRISARRI. — Contribution à l'étude du traitement radiothérapique des furoncles de la face.
81. KERVERN. — Contribution à l'étude expérimentale et critique à l'étude de la ranimation par la respiration artificielle.
94. KLOZ. — Les accidents cérébraux transitoires chez les cardiaques.
56. KOCH. — La médecine chez les assyro-babyloniens.
85. LABAIL. — Contribution à l'étude de la radio-activité des tissus tumoraux.
1. LACAN. — Contribution à l'étude des faux cancers de l'estomac. Tumeurs inflammatoires primitives de l'estomac.
48. LAFFITAU. — La thèse à l'Ecole de Santé Navale.
3. LAMBERT. — De la microbiologie du pain.
84. LAMENDOUR. — Pathogénie et traitement des fistules hypogastriques consécutives à la prostatectomie sus-pubienne.
77. LANGEARD. — Contribution à l'étude du sarcome de l'urètre féminin.
72. LANUSSE. — Le traitement des orchi-épididymites aiguës par les injections intra-funiculaires de sérum physiologique.
8. LARRÈGLE. — Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du cancer de la langue.
34. LARTHOMAS. — Contribution à l'étude de la conception actuelle des dyspepsies biliaires.
37. LE CALVEZ. — Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique du virilisme de la femme pubère.
44. LEMAIGRE. — Diagnostic et traitement des reins mobiles.
29. LÉRIC. — Contribution à l'étude du propionate de testostérone et son utilisation en gynécologie.
10. LE ROUX. — Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des formations glandulaires des lèvres.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1938, *Thèses de Hanoï*, n° 68 du 24 août, p. 1074 ; *Thèses de Strasbourg*, n° 69 du 27 août, p. 1100 ; *Thèses de Lille*, n° 70, du 31 août, p. 1113 ; *Thèses de Marseille*, n° 71, du 3 sept., p. 1134 ; *Thèses d'Alger, Montpellier et Toulouse*, n° 78, du 28 sept., p. 1241 et 1243.

2. LIARD. — Contribution à l'étude critique et expérimentale de la sécrétion lactée.

65. LIVRAN. — Le traitement des fistules gastriques après gastrectomie par le tubage duodénal.

42. LOUARN. — Contribution à l'étude des formes hématuriques de la tuberculose rénale.

31. MAHOUDO. — Contribution à l'étude de l'acrodynie infantile des signes oculaires en particulier.

80. MARCHALANT. — Les moustiques à Bordeaux. Essai de prophylaxie culicifuge.

46. MATHURIN. — Les luxations secondaires de la hanche dans les fractures parcellaires du sourcil cotyloïdien..

57. MENU. — Contribution à l'étude de l'emploi du ferrocyanure de potassium en œnologie.

27. MERVEILLE. — L'utérus a-t-il une fonction endocrine ?

82. MESLIN. — Contribution à l'étude de l'oxalurie.

18. PEYRUSSE. — La pression artérielle moyenne. Sa signification physiologique et séméiologique.

55. PORTE. — De la méthode de Fermi et des vaccins phéniqués en général dans la vaccination anti-rabique.

62. POUCHARD. — Contribution à l'étude expérimentale des apoplexies utéro-placentaires.

60. PUYAU. — La paraphénylène diamine. Les accidents consécutifs à son application. Leur prophylaxie.

38. QUINTIN. — Contribution à l'étude des fractures ouvertes de la rotule.

16. RANOUX. — Contribution à l'étude des fibromes malins de la région carotidienne.

5. ROUANET. — Essai de traitement des affections à pneumocoques par la bile et les sels biliaires.

88. ROY. — Contribution à l'étude et au traitement du diatasis tibio-péronier.

89. SAINT-PAUL (Mlle). — La périostose engainante acromélique.

36. SALAÜN. — Exploration oscillométrique comparée des membres.

75. SALLET. — Contribution à l'étude de la sédimentation globulaire ; de son utilité dans quelques éventualités cliniques.

40. SARRAT. — Le cancer sur lupus érythémateux.

35. SCAON. — Contribution à l'étude des sténoses congénitales du duodénum.

41. SCHNEÏDER. — Orchi-épididymites colibacillaires.

79. SORRIAUX. — Techniques, indications et résultats du traitement des fractures de l'olécrane.

23. TASQUÉ. — Contribution à l'étude de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson.

12. THIBAUD. — Les masques cliniques des affections vésiculaires.

66. TURETTES. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des synovites à grains riziformes des grandes articulations.

43. VOIGNIER. — Contribution à l'étude des kystes séreux du rein.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 288. BOJIKOFF. — Les hernies de la ligne semi-lunaire de Spigel.

293. GYÉNÈS (Mlle). — Epilepsie et chirurgie.

294. HAGER. — Contribution à l'étude des hydrocèles vaginales infectées.

284. HOYOS. — Les rétrécissements tuberculeux de l'uretère.

291. INFANTE SUAREZ. — La tuberculose pseudo-néoplasique du sein.

285. MELAMED. — L'antigène méthylique dans la bacillose rénale.

290. MELUNANTE. — Contribution à l'étude des pseudarthroses de la clavicule.

289. NAGEL (Mlle). — L'évolution de la législation sanitaire en France.

287. NINO. — Les tumeurs abdominales liées à l'ectopie testiculaire.

292. ROTHFELD. — Valeur du procédé de Gritti dans l'amputation pour gangrène du membre inférieur.

286. RUBIN. — La sympathie de Bergson retrouvée dans la psychanalyse.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Hôpital de la Pitié, — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE, avec la collaboration de MM. Georges Rosenthal, Jean Vinchon, Robert Largeau, H.-M. Gallot, H.-M. Fay, Paul Paugam et Mlle Denise Dreulle, a commencé ses leçons de clinique annexe avec présentation de malades, le mercredi 19 octobre, à 10 heures et les continuera tous les mercredis à la même heure.

Objet du cours : *Neurologie.*

Clinique médicale des enfants (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — M. le professeur NOBECOURT commencera le cours de clinique médicale des enfants, le jeudi 3 novembre 1938, à 9 heures.

Clinique gynécologique (hôpital Broca, 111, rue Broca). — M. Pierre MOCQUOT, professeur, commencera son enseignement clinique le samedi 5 novembre 1938, à 11 heures du matin.

Les séances opératoires auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30.

Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte (hôpital Cochin). — M. le professeur Paul MATHIEU commencera son cours le mercredi 9 novembre 1938, à 11 heures, à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matin suivants.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. MENEGAUX, agrégé, commencera son cours de pathologie chirurgicale le mardi 8 novembre 1938, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : *affections de la tête, du cou et du thorax.*

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie (professeur : M. Maurice CHIRAY). — M. L. JUSTIN-BESANÇON, agrégé, fera ses conférences tous les mercredis et vendredis, à 16 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, à partir du mercredi 9 novembre 1938.

Sujet des conférences : *hydro-climatologie générale.*

Une affiche ultérieure précisera le jour et l'heure d'une série de conférences sur les *actualités cliniques en hydro-climatologie.*

Cours de pathologie chirurgicale, — M. Paul FUNCK-BRENTANO, agrégé, commencera son cours le mercredi 9 novembre 1938, à 17 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Programme : *Membre supérieur-rachis.*

Clinique obstétricale (hôpital Saint-Antoine). — M. le professeur LÉVY-SOLAL reprendra ses cours le jeudi 10 novembre 1938, à 11 heures, à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera, tous les jeudis suivants, à 11 heures.

Cours complémentaire d'obstétrique. — M. P. LANTUÉJOUL, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique, le samedi 12 novembre 1938, à 18 heures (amphithéâtre Cruveilhier), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

Objet des conférences : *Grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.*

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET COMPLICATIONS DE LA GRIPPE (1)

L'évolution est essentiellement irrégulière, et imprévisible.

1. La courbe thermique varie ;

De multiples rechutes se produisent lors de défervescences incomplètes ;

Le collapsus cardiaque devient menaçant à l'éclosion de chaque nouveau foyer, au fur et à mesure que se prolonge l'évolution ;

2° La guérison survient après plusieurs rechutes, la température tombant en lysis, laissant le malade anéanti ;

3° Pendant longtemps, la résolution du foyer n'arrive pas à se faire. Le malade se cachectise. On ne peut se défendre de songer à la *tuberculose*, d'autant que celle-ci peut être réveillée par une atteinte grippale.

Soulignons ici l'importance considérable du *terrain* préexistant. Il entre pour une part primordiale dans l'établissement du pronostic, et on peut mesurer la différence d'évolution de ces manifestations pulmonaires chez un adulte sain d'une part, chez un alcoolique exposé à l'ictère grave, chez un veillard que guette la défaillance cardiaque, etc... d'autre part.

— Graves en elles-mêmes, elles le sont encore par leurs complications propres :

Au premier chef : les *complications pleurales* :

Essentiellement, les *pleurésies purulentes*, :

Pleurésie à streptocoques, soulevant de grosses difficultés thérapeutiques, car il faudrait théoriquement attendre, pour les drainer chirurgicalement, que les foyers pulmonaires soient en régression — ce qui est bien difficile à affirmer.

Pleurésie à pneumocoques, dont le pronostic est meilleur, à condition de ne pas attendre qu'elle s'évacue par vomique. Elle guérit généralement par simple pleurotomie (car le foyer pulmonaire régresse rapidement et reste toujours limité).

Pleurésie enkystée — habituellement *interlobaire* — plus tardive, se révélant à la convalescence ; diagnostic d'ailleurs difficile, nécessitant souvent l'examen radiologique pour s'affirmer.

Plus rares, semble-t-il, sont :

Les complications locales pulmonaires : suppuration du foyer ou gangrène pulmonaire, sur le pronostic desquelles nous ne nous étendrons pas ici.

Les complications cardiaques :

A part la *myocardite*, qui est de règle dans les formes graves, et qui toujours doit être la préoccupation constante du médecin, il faut citer :

La péricardite — souvent latente, et *purulente*.

— Nous devons enfin rattacher aux complications pulmonaires les infections qui se développent et évoluent pour leur propre compte concurremment avec elles, *au niveau des voies aériennes*, par propagation, et surtout :

Les sinusites, catarrhales ou purulentes.

Les otites, qui peuvent évoluer insidieusement — mais qui doivent être décelées précocement, car elles sont souvent à l'origine de *méningites pneumococciques* dans les grippes.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 82, du 12 oct., p. 1314 ; n° 84, du 19 oct., p. 1346.

2. Autres complications de la grippe.

Les complications respiratoires ne doivent pas faire oublier les cas où la grippe se manifeste par des localisations anormalement graves, qu'il s'agisse :

D'accidents gastro-intestinaux :

Gastrite aiguë avec vomissements.

Diarrhées profuses réalisant un syndrome dysentériforme ou plus rarement un syndrome cholériforme avec algidité.

D'accidents nerveux :

— Sur lesquels ont a récemment insisté.

— On incrimine dans leur génèse le virus grippal luimême. Ils dominent dans les formes de grippe :

Ataxo-adynamiques avec délire, agitation, coma.

Somnolentes, qui tirent leur intérêt des discussions qu'elles soulèvent avec l'encéphalite épidémique.

Méningées — si la méningite suppurée est rare (méningite à Pfeiffer signalées), il y a de nombreux cas de grippe, surtout chez l'enfant, où la *réaction méningée* est vive, au point d'exiger une P. L.

On a signalé, en outre :

Des *psychoses grippales* (épidémies de 1932-1933) avec syndromes akinétiques ou hyperkinétiques.

Des *poly-radiculo-névrites*.

Des *myélites*.

Tous ces faits joints expliquent que certains auteurs voient dans la grippe essentiellement une maladie du système nerveux central et périphérique, une « *septinévrite* », plus qu'une affection respiratoire.

D'accidents rénaux :

Néphrites aiguës.

Parfois poussées d'anurie transitoire.

Cèdent généralement au traitement.

D'accidents hépautiques :

Ictère infectieux banal.

L'ictère grave est l'apanage des intoxiqués.

D'accidents surrénaux.

Les syndromes capsulaires sont fréquents dans la grippe. L'asthénie des grippes ordinaires signe déjà leur atteinte. Ils peuvent être plus manifestes et exiger une thérapeutique adéquate.

D'accidents septicémiquec :

Qu'il s'agisse de localisations septiques évoluant quelques jours après l'apparition d'une localisation pulmonaire — ou de déterminations multiples et suppurées survenant d'emblée au début ou au cours d'une grippe hypertoxique, ces complications sont toujours d'une exceptionnelle gravité.

Il s'agit le plus souvent d'une *septicémie streptococcique* mortelle, qui donne des localisations séreuses (pleurésie ou péricardite surtout) ou parenchymateuses.

Une place à part doit être faite à la localisation *phlébitique*, dont le pronostic, si elle survient isolée, est généralement meilleur. La phlébite grippale est, classiquement du moins, plus enkylosante qu'embolisante.

On voit en somme que tous les intermédiaires de gravité peuvent se voir réalisés par la grippe. Dominé par la notion d'épidémicité, et fonction dans une certaine mesure du terrain sur lequel elle évolue, le pronostic de la grippe se montre des plus variables, et c'est en pratique la notion d'évolution qui le guide.

G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 87. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — *Leçon inaugurale.* — M. Jean TROISIER, professeur de clinique de la tuberculose, fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le mardi 15 novembre, à 18 heures.

Il continuera son enseignement à la Clinique de la Tuberculose (Hôpital Laennec), les mardis et les vendredis, à 11 heures.

— En raison de la leçon inaugurale de M. le professeur Troisier, le cours de M. le professeur Fiessinger commencera le jeudi 17 novembre 1938, au lieu du mardi 15 novembre, même lieu et même heure.

— Dates des épreuves pratiques et orales des 1re et 2e années (ancien et nouveau régimes) :
Histologie, le 28 octobre 1938, affichage le 27 octobre ;
Chimie, le 26 octobre 1938, affichage le 25 octobre ;
Physique, le 28 octobre 1938, affichage le 27 octobre.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Combemale, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er octobre 1938, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille (dernier titulaire : M. Dubois).

Faculté de Médecine de Montpellier. — Le titre de la chaire ci-après désignée de la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier est modifié ainsi qu'il suit : ancien titre : Chaire d'oto-rhino-laryngologie; nouveau titre : Chaire d'oto-rhino-laryngologie et de clinique maxillo-faciale.

Faculté de Médecine de Nancy. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1938, à M. Lamy, chargé de cours à la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Brustier, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er octobre 1938, professeur de chimie et toxicologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse (dernier titulaire : M. Moog).

Ecole de Médecine d'Angers. — Le docteur Perreau est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— M. Léonardon, docteur en pharmacie, licencié ès sciences, est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

Ecole de Médecine de Rennes. — Le docteur Baudet, professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale, est chargé des travaux pratiques d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire. Il est chargé, en outre, de la suppléance des chaires de clinique chirurgicale et obstétricale.

Le prix Etienne-Taesch. — Au cours de la séance de clôture du Congrès national d'Urologie tenu à la Faculté de Médecine de Paris, le prix Etienne-Taesch, d'une valeur de 6.500 francs et destiné à encourager, chez les internes et anciens internes en médecine âgés de moins de trente ans et français, les recherches scientifiques désintéressées, a été décerné à M. Michel Godlewski, interne des hôpitaux de Montpellier, pour ses travaux sur les relations viscéro-cutanées.

CHRONIQUE

LE DOCTEUR RÉCAMIER, 1774-1852 (1)

Le grand Récamier n'a pas toujours été admiré comme il le méritait. Il faut savoir gré au docteur Louis Sauvé, d'avoir rendu aujourd'hui un éclatant hommage à l'homme « qui pratiqua, il y a cent douze ans, la première hystérectomie vaginale, et qui, quatre ans plus tard, en régla la technique avec une perfection telle qu'elle est encore valable aujourd'hui. »

Récamier avait déjà eu, il y a quelques années une premier historien avec M. Paul Triaire (de Tours). Le livre que Sauvé nous apporte à son tour est plus qu'un livre documentaire, il nous initie à la vie du savant, il nous fait pénétrer dans son cercle familial et il nous fait connaître enfin les travaux d'un chirurgien dont le caractère, autant que l'œuvre, mérite le respect et l'admiration.

C'est à Rochefort, dans le Bugey, que naquit Récamier, le 6 novembre 1774. Il était le fils de François Récamier et de Jeanne-Françoise Chaley. Il fut tenu sur les fonts baptismaux par Brillat-Savarin, le futur auteur de la *Physiologie du goût*, et par Claudine-Aurore Brillat-Savarin, née Récamier et grande tante du nouveau-né.

Sauvé fait remarquer l'extraordinaire longévité de la famille Récamier. Le grand Récamier, né en 1774, mourut en 1852. Son fils, le général Récamier, mort en 1924, était le filleul de la célèbre Mme Récamier (Juliette Bernard, qui épousa, en 1794, le banquier Jacques Récamier, cousin du docteur Récamier).

Ces détails devaient être rappelés. Ils nous permettent de bien situer Récamier, fils illustre de ce Bugey auquel reste fidèlement attaché notre ami le professeur Charles Lenormant.

La vie de Récamier s'écoula dans une période très agitée de notre histoire nationale. Né sous Louis XV, il connut, dans son enfance, la vie paisible de l'ancienne monarchie. Il vécut ensuite en patriote les jours fiévreux de la Révolution. Médecin de la marine pendant les guerres de l'Empire, il redevient ensuite civil et abandonne la médecine pour la chirurgie et, dès ses débuts, ouvre la voie à la technique chirurgicale et à la thérapeutique modernes.

Une simple énumération : en 1811 il invente le spéculum, la même année il préconise les bains froids contre la fièvre — soixante ans avant Brand et Franz Glénard — le 26 juillet 1829, il pratique la première hystérectomie vaginale. En 1831, il préconise les irrigations utérines, le curetage. On lui doit des travaux sur l'infection puerpérale, l'empyème, la colpotomie qu'il règle en 1837.

Devenu, non sans luttes, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris, il fut élu en 1823 membre de l'Académie de Médecine, et plus tard il occupa la chaire de Médecine du Collège de France après Laennec, immédiatement avant Magendie.

J'arrête cette énumération trop rapide et incomplète. Il faut lire le livre de Sauvé qui a su ajouter à une forte documentation scientifique l'attrait de nombreux détails sur la société de la Restauration et du règne de Louis-Philippe au milieu de laquelle Récamier occupa une place très en vue.

F. L. S.

(1) Le Docteur Récamier (1774-1852). Sa famille, ses amis, par le docteur Louis Sauvé, membre de l'Académie de Chirurgie, clinique de l'hôpital Lariboisière. Un vol. in-8°. Editions Spes, Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le Conseil d'administration du S. M. S., dans sa séance du 4 octobre 1938, sous la présidence de M. Boelle, a étudié les questions suivantes :

Création d'un Institut national de la tuberculose. — M. MORDAGNE expose cette question. Il est à craindre que cet Institut qui devait primitivement être un centre d'études et de recherches ne devienne un centre de soins, d'autant plus que les caisses d'assurances sociales sont représentées dans cette commission, alors qu'il n'y a aucun phtisiologue connu. Les praticiens devraient également y être représentés, par la Confédération et les syndicats parisiens.

M. TISSIER est d'avis de protester contre la création d'un Institut d'études qui deviendrait un hôpital de soins. Il est décidé qu'un ordre du jour dans ce sens sera rédigé et envoyé au Ministre.

La Nationalisation des Hôpitaux. — M. MORDAGNE présente aussi cette question qu'il a étudiée dans la *Gazette des Hôpitaux.* Le but est de passer à l'Etat tout ce qui est dispensaire, hôpital, crèches ou autres œuvres municipales Tout serait rattaché à la Santé publique qui veut absolument avoir en mains tout ce qui touche à la médecine et à l'hygiène.

M. DROUET rappelle *qu'au récent Congrès de la C. G. T., à Bordeaux*, il a été réclamé la nationalisation du service de la santé publique avec un Directeur dans chaque département ayant sous ses ordres les différents hôpitaux publics et privés et nationalisant tous les médecins dans les établissements de soins. C'est le grand but de certains hommes politiques.

M. HARTMANN insiste sur la nécessité d'organiser un meeting à Paris et de prendre la direction du mécontentement des médecins.

Ce meeting aura lieu le 4 novembre 1938.

Ordre du jour voté par le Conseil d'administration à propos du Projet de création d'un Institut de la Tuberculose.

« Considérant que, s'il est légitime que soit créé un institut purement scientifique pour effectuer tous travaux et recherches utiles au traitement et à la prévention de la Tuberculose, il ne l'est plus d'organiser à cette occasion, des soins qui ne sont pas prévus par la décision de création de cet institut et qui sont contraires à l'exercice professionnel normal de la médecine ;

« Que cette extension ne peut se justifier et permet de supposer qu'un but intéressé est en réalité poursuivi qui pourrait être d'aboutir au renflouement d'une affaire malheureuse ;

« Décide de s'opposer à une telle extension. »

RENSEIGNEMENTS

Notions d'hygiène et d'administration du service de santé, par le médecin lieutenant-colonel PRAT. Prix : 30 fr. Chez Lavauzelle, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Livre très utile à consulter actuellement et donnant une idée nette de l'organisation du service de santé sur le territoire et aux armées. 1140

REVUE GENERALE

LES PNEUMOKONIOSES

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Par M. A. BRETON,
Médecin des hôpitaux de Lille,

Pendant de longues années avec Zencker, sous le nom générique de Pneumokonioses l'on a désigné les manifestations pulmonaires, aiguës ou chroniques, minimes ou graves, déterminées par la pénétration d'une poussière au niveau des poumons, quelque fusse la nature ou l'origine de la poussière.

De nos jours le terme de Pneumokoniose a pris un sens plus restreint et plus précis. La multiplication des poussières nocives dues au développement industriel et une meilleure connaissance de leur action pathogène ont voulu que la signification du mot Pneumokoniose changeât quelque peu et fût liée à celle d'une lésion chronique sclérosante du poumon.

Si pareille évolution ne s'était pas produite dans la façon de concevoir ce sujet, nous aurions été forcément amenés à englober dans le cadre des maladies à poussière toute la pathologie respiratoire. Nous aurions dû étudier successivement les méfaits des poussières toxiques, les phénomènes anaphylactiques qu'une poussière peut parfois déclencher ou les affections qu'elle peut occasionner par les microbes auxquels elles servent de vecteurs. Ce qui ne pouvait évidemment se faire !

Compris sous l'angle plus limité que nous venons d'indiquer, les Pneumokonioses intéressent à la fois le médecin hygiéniste, le médecin légiste et le phtisiologue. Elles font partie de la médecine du travail. Elles posent un problème médico-social actuellement au premier plan de l'actualité.

*
**

Seules donc les poussières susceptibles de donner naissance à des lésions chroniques et sclérosantes des poumons sont à étudier ici.

Quand on en fait la revue, l'on s'aperçoit de suite que ces poussières peuvent être d'origine très variable : animale, végétale, minérale, et que l'on peut toujours les ranger dans l'une des deux catégories suivantes :

La première comprend uniquement les poussières molles et malléables dont la présence au niveau de l'arbre respiratoire peut à la longue occasionner et entretenir une bronchite sclérogène. Le danger que ces poussières molles représentent peut être d'ordre mécanique lié à leur simple présence ou à leur accumulation au niveau des bronches moyennes et petites. Il peut être aussi de nature infectieuse lorsqu'elles véhiculent des microorganismes virulents. De telles poussières sont relativement rares. On y cite celles du coton et de la laine.

La seconde catégorie groupe l'ensemble des poussières dures et vulnérantes. Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Avant-guerre quatre espèces de poussières dures avaient surtout retenu l'attention. C'étaient respectivement les poussières de charbon, de fer, de silice et d'ardoise. On leur attribuait quatre grandes pneumokonioses professionnelles : l'anthracose, la sidérose, la silicose, la schistose.

L'après-guerre, par une étude plus approfondie des faits, a bouleversé totalement cette classification.

Les enquêtes récentes, la quatrième réunion de la Commission Internationale sur les maladies professionnelles à Lyon en avril 1929, la Conférence Internationale de la silicose de Johannesburg en 1930, le Congrès de Médecine Légale de Lille en 1934, le Congrès International des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles de Bruxelles en 1935, tentent de faire une mise au point de cette question en tenant compte surtout des recherches d'Irvine, de Collis, de Mavrogordato, de Gardner, de Sternberg, des travaux français de Policart, de Rist et de son élève Doubrow, de Garin, de Desoille, de Feil, de Léocardy, de Magnin, de Vossenaar et de l'importante contribution lilloise puisée dans la riche documentation du bassin houiller du Nord par les Professeurs J. Leclercq, Legrand, Gernez, Muller, le docteur Bréhon et le professeur Minet. Le livre tout récent de Croizier, Martin et du professeur Policart sur la fibrose du poumon expose le point de vue de ces auteurs dans une question dont on comprend à la lecture du texte toute la complexité.

La conception actuelle des Pneumokonioses peut se comprendre aujourd'hui de la façon suivante :

A. *Il n'y a plus qu'une seule Pneumokoniose : la Silicose* en sous-entendant par ce terme les affections pulmonaires sclérosantes déterminées par la silice ou les silicates ; et sa fréquence ne peut nous étonner puisque le silicium est après l'oxygène l'élément le plus communément trouvé à la surface du globe.

B. *C'est par une mauvaise interprétation qu'autrefois l'anthracose, la sidérose et la schistose ont été considérées comme Pneumokonioses professionnelles.*

L'anthracose n'est qu'un simple tatouage physiologique. La poussière de charbon pure paraît bien tolérée par les poumons. La mine de charbon n'est dangereuse que par la teneur plus ou moins haute en silice des poussières qu'elle contient. L'ouvrier mineur n'est touché que dans la proportion où il est exposé à respirer un air richement concentré en poussières de silice. Le bovetteur avec son marteau-pilon qui volatilise finement les grès durs et les schistes friables et le briqueur sont plus atteints que le mineur à l'abattage qui ne déplace que de gros blocs et fait surtout des poussières lourdes.

La sidérose n'est nocive que lorsque la poussière ferrique est mélangée à de la silice ;

La schistose n'est qu'une variété de silicose puique l'ardoise est un silicate compressé en plaques.

C. *La Silicose groupe l'ensemble des affections pulmonaires* dues au bi-oxyde de silice et aux silicates.

Le bi-oxyde de silice — SiO^2 — est cette silice banale que l'on trouve dans les mines d'or de l'Afrique du Sud, les mines de charbon de notre pays, les grès, les pierres, etc...

Les silicates les plus connus dans l'industrie sont :
La séricite — silicate d'alumine et de potasse ;
Le talc — silicate de magnésium hydraté ;
L'amiante — silicate de magnésium et de calcium ;
L'argile — silicate d'aluminium hydraté ;
La sillimannite ;
Le kaolin, etc...

Leur nombre s'accroît sans cesse. Il nous est impossible de les citer tous.

Les lésions qu'ils causent présentent grosso-modo la même physionomie clinique que celles créées par le SiO^2. Pourtant l'on se doit de mentionner la plus grande latence et la plus grande torpeur des silicatoses, et de remarquer que pour chaque industrie la qualité, la finesse du grain de la poussière, le mélange possible et plus ou moins vite intime avec d'autres poussières non siliceuses impriment en quelque mesure un masque industriel à la Pneumokoniose propre à cette industrie. Ainsi la Pneumokoniose des mineurs du Nord de la France est différente de la Pneumokoniose des mineurs du Rand.

D. L'allure clinique spéciale de la silicose, son association ou sa co-existence très fréquente avec la tuberculose pose le problème délicat de la :
Silicose — entité morbide ;
Silicose — forme fibreuse de la tuberculose ;
Silicose — maladie spéciale apparaissant sur un terrain modifié par une maladie antérieure, une bacillose.

Les conceptions doctrinales les plus opposées sont formulées en pareille matière. Leur discussion permettra de saisir « la vraie raison d'être de cette maladie qui a encore pour nous beaucoup de secrets ». Vossenaar.

E. *La silicose est un problème social.* La loi du 16 novembre 1919 prudente nous sollicite de l'étudier sur toutes ses faces pour juger éventuellement s'il n'y a pas lieu d'étendre à cette maladie la législation sur les accidents de travail. Ce problème n'a pas encore reçu de solution. Il est donc d'actualité.

*
**

Pour comprendre la physio-pathologie des Pneumokonioses il est utile de connaître au préalable comment opère une poussière pour gagner l'intimité d'un poumon.

Absorbée par l'air inspiré, cette poussière est d'abord soumise à l'intérieur des voies respiratoires aux lois physiques de la chute des corps.

Sa sédimentation dépendra de sa densité, de sa forme, de la charge électrique qu'elle possède, de l'intensité de la colonne d'air qui la soutient et de l'état hydrométrique des conduits aériens. Il est évident que plus elle sera lourde, plus vite elle s'arrêtera dans sa marche avant. Si son diamètre excède 10 microns, elle ne dépassera pas les grosses bronches, s'il a plus de 5 microns, elle ne peut parvenir à l'alvéole.

Si elle réunit toutes les conditions physiques favorables pour pénétrer jusqu'à l'alvéole, il lui faudra ensuite vaincre une série de « barrages » que le poumon oppose à sa progression.

D'abord, la muqueuse nasale exerce un premier pouvoir filtrant. Ce pouvoir est variable suivant les individus. Normalement, il arrête 50 à 75 % des poussières absorbées. Mais l'accumulation incessante des poussières au niveau de la muqueuse pituitaire finit par déclencher une irritation qui abaisse la qualité du filtre. Tant que le pouvoir d'arrêt demeurera supérieur à 40 %, écrit-on, le danger d'une silicose n'est pas très important.

Ensuite, la surface bronchique avec ses cils vibratils et ses cellules à mucus caliciforme, depuis les fosses nasales jusqu'au pédicule du lobule va tenter d'agglutiner la poussière, de l'engluer, de la neutraliser et de la ramener progressivement au dehors. Son hyperfonctionnement fait naître une irritation bronchique susceptible d'amener une diminution de son rendement ; ce qui permet secondairement à une poussière de pénétrer plus facilement dans la profondeur du poumon.

Puis, la surface des bronchioles s'offre à l'attaque de la poussière. Elle sera facilement touchée, car facilement vulnérable. Sans cils vibratils, sans cellules caliciformes, avec un épithélium plissé dans les bronchioles collatérales et un épithélium de cellules cubiques ou aplaties non plissé au niveau des bronchioles terminales, dépourvue de mucus, mal ventilée, humide, elle réalise les conditions les plus favorables pour que la précipitation de la poussière s'y opère.

Enfin, la surface alvéolaire se présente. C'est une couche épithéliale, discontinue, mince, unistratifiée, composée de cellules polygonales larges et aplaties reposant sur un riche lacis capillaire. La poussière qui s'y dépose est phagocytée par les « cellules à poussière », d'origine épithéliale alvéolaire pour les uns, d'origine histiocytaire pour les autres, qui sont libres dans la cavité alvéolaire.

Cette cellule à poussière restera sur place, s'accumulera dans l'alvéole et réalisera l'alvéolite à poussière, variété d'alvéolite à monocytes. Habituellement les cellules à poussières subissent une désintégration autolytique, progressive. Les produits de désintégation sont alors petit à petit évacués au dehors par les bronches à l'occasion d'accès de toux ; le nettoyage de l'alvéole s'opère normalement à ce moment. Il faut savoir, et nous en verrons l'importance au cours de notre exposé, que cette désintégration autolytique varie suivant la nature de la poussière infectante.

Dans certains cas, au lieu de s'éliminer par le canal bronchique, les cellules chargées de poussières pénètrent dans les voies lymphatiques qui se trouvent dans le tissu conjonctif constituant les cloisons interlobulaires, la trame pulmonaire et l'armature pleurale. Elles gagnent ainsi les ganglions du hile et les lymphatiques pleuraux.

Les barrages successifs que nous venons d'énumérer sont ceux qui s'opposent normalement chez l'homme sain à la progression d'une poussière à l'intérieur de l'arbre bronchique. Ils ne fonctionnent évidemment à plein rendement que si les voies respiratoires sont indemnes de toute infection, de toute intoxication, de toute irritation. Chaque fois qu'une irritation chronique des muqueuses aura diminué leur pouvoir d'arrêt — et c'est le cas des irritations dues aux inha-

lations fréquentes de silice, — la poussière gagnera d'autant plus facilement l'alvéole, et l'alvéolite créée aura d'autant moins de chances de se nettoyer qu'il y aura bronchite concomitante. Un véritable cercle vicieux se sera ainsi créé. C'est pourquoi le vieil ouvrier sera plus touché que le jeune ouvrier.

Les considérations générales à toutes les poussières étant connues, il importe de retenir quelques connaissances plus particulièrement propres aux poussières siliceuses.

1° *La poussière siliceuse est d'abord très fréquente dans l'atmosphère industrielle.* — Quelles que soient les mesures de protection générale et individuelle adoptées pour assainir l'air d'un atelier, pratiquement l'ouvrier la respire abondamment pendant son travail. Or, il faut habituellement de longues années de vie dans cet air richement pollué en poussière, — plus de 5 mmgr. par cm³, — pour que les phénomènes propres à la silicose fassent leur apparition. Pendant toute la longue période de latence, le taux de la silice pulmonaire, normalement égal à 1 mmg, 13 par gramme de tissu sec, s'élèvera petit à petit pour être trouvé à 14 mmgr. et même à 26 mmgr. chez certains tailleurs de pierre.

2° *La poussière de silice fait naître la fibrose.* — Son mécanisme serait surtout d'ordre mécanique.

Elle blesserait la cellule par les arêtes tranchantes et les angles acérés de ses cristaux.

Telle est l'explication la plus habituellement fournie, et qui, comme le faisait encore tout récemment remarquer le Professeur Nicaud, ne donne pas toute satisfaction.

La poussière de charbon a des arêtes plus tranchantes encore et des pointes plus acérées que celles de la silice, et pourtant on l'estime généralement assez inoffensive.

Aussi invoque-t-on à côté de l'action mécanique du cristal de silice, une action toxique possible. Cette dernière n'est pas pleinement démontrée. Elle est vraisemblable.

La silice, en composé stable ou cristalloïde, ne serait pas toxique pour une cellule. Lorsqu'elle s'oxyderait en milieu alcalin en formant de l'acide salicylique ou lorsqu'elle se transformerait en silice colloïdale, elle deviendrait très hydrophile, déshydraterait la cellule, provoquerait sa vacuolisation, sa dégénérescence, sa fibrose.

3° *La poussière silicosique provoquerait d'une part une irritation sclérogène importante des petites bronches terminales sans défense et d'autre part, tuerait la cellule à poussière par un processus de momification.*

Après sa pénétration dans la cavité alvéolaire, il se produit en effet d'abord une réaction exsudative et proliférative des cellules septales et de revêtement. Les cellules à poussière, après avoir englué la silice, s'agglutinent les unes aux autres. Leur cytoplasme subit alors une sorte de momification. La liquéfaction autolytique ne s'opère plus qu'au ralenti et semble même s'arrêter. L'encombrement de l'alvéole se produit. L'alvéolite silicosique ne se nettoie plus comme dans le cas de celles créées par exemple par des poussières de charbon.

Pour les uns, cette alvéolite persistante est la lésion capitale. On y verrait successivement apparaître du reticulum collagène, amorce de la sclérose future, puis un épaississement progressif de la substance collagène qui étouffe petit à petit les cellules libres, enfin, de la sclérose cicatricielle alvéolaire.

Le granulome à poussières siliceuses serait le premier stade du nodule silicosique. Or, et c'est très important, une action microbienne ou toxinique paraît nécessaire pour que cette marche progressive s'opère.

Il est prouvé, en effet, que l'inhalation de poussières silicosiques est un facteur primordial nécessaire mais n'est pas une cause suffisante pour déclencher la fibrose. Expérimentalement, la simple inhalation de poussières silicosiques, entraîne seulement l'apparition d'un phénomène absolument sec, de momification. Elle ne donne naissance à aucun exsudat de type albumineux ou fibrineux. Or, c'est la fibrine qui engendre la sclérose — Professeur Policard —. Pour qu'une sclérose apparaisse donc, il faut une modification du terrain par une infection, une intoxication, une perturbation humorale ou hormonale, faisant naître l'exsudat albumineux origine de la sclérose. C'est pourquoi l'on estime importante l'adjonction d'une action microbienne ou toxinique quelconque à l'action propre de la silice pour que la fibrose pulmonaire d'une silicose apparaisse.

Pour d'autres, moins nombreux que ceux favorables à la théorie précédente, l'alvéole serait assez encombrée, mais les cellules à poussières, par un mécanisme que l'on explique mal, pénétrerait dans les voies lymphatiques périalvéolaires, encrasserait ceux-ci surtout aux environs des bronchioles et des vaisseaux, créeraient des barrages avec stase lymphatique en amont, dégénéreraient sur place, libéreraient alors les poussières de silice qui resteraient agglomérées en paquets et exerceraient in situ leurs propriétés irritantes et toxiques.

Une couronne de macrophages entourerait alors les poussières, d'où naissance des nodules silicosiques et de bandes de fibrose par le mécanisme précisé il y a quelques instants.

Ces deux processus peuvent s'intriquer, se suivre ou opérer isolément.

Ils n'agissent pas de façon identique sur tous les points d'un poumon.

Comme l'écrivent Croizier, Martin et Policard, ils se produisent seulement dans les territoires où le nettoyage alvéolaire se fait mal et où les territoires lymphatiques sont encombrés.

La silice aboutirait donc à la création d'une fibrose et à un nodule silicosique.

Comment se présente classiquement ce nodule ? Elément distinctif de la Pneumokoniose ?

Il se trouve dans la périadventice des artères et des bronches.

Dur, il a 2 à 4 mmg. de section.

Il est juxta-vasculaire et juxta-bronchique.

Il comporte une masse centrale fibreuse d'aspect hyalin et une couche périphérique fibreuse environnante enserrant des cellules conjonctives à aspect histiocytaire, des fibroblastes et des cellules à poussières.

Il renferme des particules minérales disposées comme le montrent l'histospectrographie et la micro-incinération presque exclusivement à la périphérie. La couche périphérique les contient en effet « disposées concentriquement en traînées allongées suivant le sens des fibres collagènes entre lesquelles elles sont placées » comme si les poussières s'agglutinaient autour d'un pôle attractif. Cette répartition, remarque le professeur Policart, est en contradiction avec la théorie qui place les particules siliceuses à l'origine de la fibrose et de la formation du nodule.

Le nodule peut être vu soit isolé, soit entouré de fibrose rayonnante vers la bronche et les vaisseaux environnants.

Ce nodule dit silicosique — pour certains auteurs — serait la marque propre de la silice. Il se différencierait du nodule silico-tuberculeux que l'on rencontrerait dans les cas où la bacillose compliqué la silicose. Théoriquement, le nodule silico-tuberculeux serait plus volumineux. Son centre présenterait un certain degré de caséification : à sa périphérie se verrait parfois des cellules géantes.

L'opinion que nous venons de transcrire est celle d'une minorité. La majorité des auteurs estime que le nodule silicosique est un simple nodule tuberculeux du type fibreux sur lequel serait venu se fixer secondairement des particules minérales.

Ce problème dont nous venons d'indiquer les grandes lignes est, on le conçoit, d'une importance doctrinale considérable puisqu'il aboutit purement et simplement à mettre en doute l'existence de la silicose pure.

« Le nodule dit silicosique est histologiquement superposable aux formations décrites sous le nom de granulations tuberculeuses fibreuses », écrivent Rist et Pasteur-Valéry Radot.

« Les caractères de distinction qu'on a voulu lui trouver sont absolument inconstants. Les nodules tuberculeux peuvent être purement fibreux ou fibreux-hyalin, ne pas présenter de cellules géantes et être bourrés d'anthracose. La cellule géante par ailleurs n'est pas spécifique du nodule tuberculeux ; on la trouve dans l'intimité ou à la périphérie de tous les granulomes développés autour de corps étrangers », trouve-t-on sous la plume du professeur Nicaud. Le professeur Policart s'est fait le défenseur éloquent de la thèse silico-tuberculose.

Quelle que soit la façon dont on conçoit l'action de la silice sur le parenchyme pulmonaire il faut reconnaître que son action ne peut pas être considérée comme nulle mais que son mécanisme n'est pas encore pleinement élucidé.

ETUDE CLINIQUE

L'étude clinique ne peut être abordée utilement qu'après connaissance préalable des notions générales suivantes :

A. Les manifestations de la silicose nécessitent habituellement pour apparaître quelques années de travail dans une atmosphère dangereuse.

B. La Pneumo-silicose n'a pas un caractère obligatoire. Certains ouvriers seulement sur la masse des travailleurs font la maladie. Pourquoi certains ? l'insuffisance respiratoire qu'ils peuvent présenter, des antécédents pulmonaires chargés, des habitudes alcooliques, un terrain favorable, une mauvaise hygiène de vie et de travail surtout, sont pour certains auteurs les conditions prédisposantes nécessaires.

C. La pneumo-silicose peut se produire chez des sujets éloignés semble-t-il par leur profession de l'atteinte nocive des poussières. Dans leur livre, MM. Croizier, Martin et Policart en citent des exemples.

***

Classiquement, l'évolution clinique est divisée en trois périodes :

Primaire — de tolérance absolue.

Secondaire — de tolérance relative.

Tertiaire — d'intolérance définitive.

Sans qu'il y ait nécessairement passage progressif par les trois stades.

***

I. *Période de latence absolue* — de durée fort variable, généralement longue, pendant des années.

C'est la période où le diagnostic repose exclusivement sur des données radiologiques dont l'importance varie d'un individu à un autre. Parfois les modifications radiologiques sont très discrètes et demandent à être dépistées avec soin. Parfois, elles sont déjà grossières, massives, traduisant des désordres anatomiques avancés ne s'étant jusqu'alors aucunement extériorisés.

Une fois les anomalies radiologiques découvertes, les examens radioscopiques en série établissent si elles s'accentuent ou si elles demeurent stationnaires. Chaque fois qu'elles progresseront, il faudra estimer qu'il y a évolutivité. Alors même, si l'ouvrier est soustrait à l'action des poussières et placé dans des conditions d'hygiène parfaites il sera rare de constater leur arrêt. L'ouvrier doit donc être rapidement soustrait au milieu nocif. La prophylaxie doit être précoce.

2° *Période de tolérance relative*.— De durée variable généralement longue, mais moins longue que la précédente.

Au début de cette période, c'est plus par un interrogatoire serré qu'en écoutant les plaintes de l'employé que l'on dépiste les premiers signes fonctionnels qui vont se préciser par la suite.

Les deux principaux signes fonctionnels sont :

La dyspnée — légère, uniquement d'effort, sine materia, coïncidant souvent avec de l'aéro-colie, apportant peu de gêne à l'accomplissement de la tâche journalière, nullement en rapport avec les désordres anatomiques parfois considérables.

La tachycardie — premier signe de fatigue du myocarde.

Les autres symptômes sont de moindre valeur.

La toux est rare, parfois accompagnée d'expectoration noirâtre. Il suffit généralement d'arrêter alors l'ouvrier dans son travail pendant quelques jours pour voir cette expectoration noirâtre se tarir et être rem-

placée par une expectoration simplement muqueuse et blanchâtre.

Les examens bactériologiques, par homogénéisations successives, affirment l'absence de bacilles de Koch.

Il y a *crachements de sang* dans 7,5 % des cas. La présence de sang dans les crachats est un excellent signe, indiquant qu'une tuberculose clinique se surajoute à la silicose.

L'examen somatique général confirme à cette période la note d'optimisme qui se dégage du peu d'importance des signes fonctionnels.

L'état général est en effet excellent. L'homme est bien musclé, n'a nullement maigri et reste vigoureux. A l'inspection sa cage thoracique paraît normale. Il est rare de trouver celle-ci un peu affaissée et d'expansibilité un peu diminuée. L'auscultation est souvent négative. L'oreille entend parfois une respiration humée d'emphysème, parfois des sibilances et des ronchus de bronchite disséminée ; c'est assez rare. Tantôt, alors que rien ne le faisait prévoir, l'on découvre le silence respiratoire d'un pneumo-thorax spontané qui demeure souvent totalement latent.

En un mot, l'examen clinique ne fournit pas de renseignements très utiles. C'est la radioscopie ou mieux la radiographie qui fait la mise au point exacte de la situation.

Théoriquement plus la maladie est ancienne et évoluée, plus les ombres radiographiques silicosiques sont nettes et importantes. Théoriquement aussi, les ombres radiologiques ont une allure spéciale.

Pratiquement, des restrictions sont à apporter aux données précédentes. Les ombres radiologiques sont toujours plus marquées que la clinique ne les laissait soupçonner. Elles sont en discordance à la fois avec la pauvreté des signes stéthoscopiques et fonctionnels et les réponses négatives du laboratoire. Elles n'ont pas une allure franchement spécifique parce qu'elles peuvent être limitées en tous points par la tuberculose fibreuse ; toutefois elles ont une allure spéciale et propre à la catégorie de travailleurs que l'on étudie.

Schématiquement, l'on distingue parmi les aspects radiologiques de la silicose les aspects suivants que nous rangeons ici d'après leur allure de gravité.

A. *Premier type.* — Légère nodulation interstitielle péri-hilaire accentuant la trame pulmonaire, souvent bi-latérale, donnant à la région un aspect chagriné.

B. *Deuxième type.* — Accentuation hilaire, avec existence de nombreuses petites taches rondes péri-hilaires allant de la grandeur d'une épingle à celle d'un pois, assez symétriques, diffusant en éventail, donnant l'aspect en « aile de papillon ». Parfois le granité est assez fin pour simuler l'image granulique. Parfois, la confluence des nodules est suffisamment marquée pour donner naissance à l'image dite en « tempête de neige ».

Les sommets sont souvent respectés.

C. *Troisième type.* — Ombres denses, unies ou bi-latérales, étendues, plus ou moins homogènes, plus ou moins accolées, dues à des nodules qui se sont développés, multipliés, agglutinés ou feutrés entre eux par une fibrose interstitielle. Isolées, ces ombres ont généralement un contour net. En s'unissant les unes aux autres, elles perdent la netteté de ce contour. Très souvent autour d'elles, à distance, se voient de larges traînées fibreuses donnant des images en « traînées de pluie », des zones d'emphysème vicariant à grosses bulles, des brides diaphragmatiques créant des festonnements.

Il est évident que de l'aspect radiologique l'on ne peut déduire le caractère anatomo-pathologique des lésions ; toutefois, l'importance de l'élément fibreux ne peut échapper. C'est à cette fibrose, c'est à la sclérose qu'il faut attribuer alors les asymétries thoraciques, les fibro-thorax, les pachypleurites que l'on trouve parfois.

C'est en étudiant en série des images de ce type que l'on découvre de temps en temps les pneumo-thorax spontanés qui avaient échappé totalement à l'examen clinique et qui sont remarquables par leur latence. Ces pneumo-thorax peuvent être partiels ou totaux, uni-latéraux, parfois bi-latéraux, exceptionnellement à rechutes. Ils ne donnent pas naissance à de grosses réactions liquidiennes et ils sont plus fréquents dans certaines mines que dans d'autres.

En suivant dans le temps les images de ce troisième type, l'on s'aperçoit que leur évolution est fort variable :

1° Elles peuvent demeurer stationnaires pendant des années comme si la maladie s'était stabilisée ;

2° Elles peuvent par coalescence des nodules entre eux se transformer en plages étendues et fort sombres ;

3° Elles peuvent s'éclairer en un point donné par fonte ou caséification : des images lacunaires peuvent ainsi apparaître à bas bruits.

D. *Quatrième type.* — Ombres pseudo-tumorales avec des opacités très accusées et ordinairement à contours bien limités.

Les quatre types que nous venons de décrire sont ceux les plus naturellement rencontrés au cours de la deuxième période de la silicose. Mais toute autre apparence peut se voir car la silicose radiologiquement n'obéit à aucune règle.

C'est pourquoi la lecture d'un document radiographique de silicose, même dans les cas apparemment simples, s'avère toujours comme difficile. Il s'agit non seulement de savoir faire le diagnostic d'origine mais encore de reconnaître si une tuberculose clinique n'évolue pas sous roche. Le flou dans le contour des nodules, l'apparition des géodes, la transformation rapide de certaines images sont de bons signes en faveur d'une association tuberculeuse. Mais lorsque l'écran ne montre que de larges plages sombres, uniformément denses, et qui restent toujours bien denses, même en s'aidant de sérioscopies ou de tomographies, il est toujours très délicat de prononcer un diagnostic avec pleine certitude. S'agit-il de blocs fibreux consistants ? ou de zones en voie de caséification ? La plus entière circonspection s'impose ici. L'examen radiographique pour être affirmatif doit s'appuyer sur des preuves bactériologiques.

Quelles que soient ces faiblesses, reconnaissons à la fin de cette étude critique que l'examen radiographique demeure pour nous à ce stade d'évolution de la silicose l'élément le plus important que nous ayons à notre disposition pour formuler un diagnostic et un pronostic.

3° *Période d'intolérance.* — A un moment donné et que rien ne fait prévoir, le silicotique va évoluer soit comme un cardiaque, soit comme un tuberculeux.

A. Le mineur devenu cardiaque est plus rare que le mineur devenu tuberculeux.

Petit à petit, la dyspnée d'efforts notée au cours de la période précédente comme un signe fonctionnel important se transforme en une oppression durable ou en asthme cardiaque interdisant tout travail et obligeant au repos absolu.

Le pouls est alors constamment rapide ; le pincement entre les tensions systolique et diastolique se fait plus serré. Le cœur se dilate.

Des périodes d'abord passagères d'asystolie s'installent, améliorées au début par la thérapeutique qui s'avère bientôt impuissante.

Cette asystolie devient rapidement irréductible. Tout se passe comme si s'était une symphyse cardiaque. La symptomatologie de la grande défaillance myocardique apparaît vite au complet : gros foie, congestion passive des bases pulmonaires, œdème des membres inférieurs, oligurie et albuminurie, chute de la tension artérielle, quelquefois souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle et derrière l'écran un cœur globuleux avec surtout dilatation des cavités droites. La mort subite peut marquer la fin de ce tableau pénible.

B. Beaucoup plus fréquemment le silicotique devient un tuberculeux et cette tuberculose est le gros danger qui menace le mineur.

La tuberculose s'extériorise rarement au début de la silicose. Elle apparaît surtout lorsque cette silicose a déjà pris nettement son masque clinique.

Au début d'une silicose, ce sont surtout les signes classiques d'imprégnation : l'instabilité thermique, les sueurs, l'amaigrissement, la fatigabilité, l'altération de l'état général, une hémoptysie, qui en font soupçonner l'apparition.

Par contre, lorsque la silicose a déjà pris une individualité plus tranchée, la tuberculose évolue et détruit le parenchyme pulmonaire avec une insidiosité toute particulière et qu'il faut bien connaître. Lorsqu'elle se met à creuser par exemple, un bloc dense de fibrose, elle donne naissance à très peu de signes : un peu d'amaigrissement, un peu de température, et quelques crachats demeurant journellement noirâtres malgré que l'ouvrier ait cessé depuis longtemps son travail. Avouons que c'est peu.

On le conçoit, cette discrétion crée un problème angoissant pour le médecin chargé de surveiller les mineurs silicotiques.

Systématiquement, il s'aidera des ressources du laboratoire. Des homogénéisations en série seront faites. Seuls, compteront les résultats positifs. Les crachats des mineurs tuberculeux peuvent très bien, en effet, ne renfermer que d'une façon intermittente et très irrégulière des bacilles de Koch. Si la recherche de laboratoire est exécutée « dans une période creuse », le bacille sera forcément ignoré.

Aussi, par prudence, les examens de laboratoire seront-ils répétés souvent. Dans certains cas, plus fréquents qu'on ne serait tenté de le croire, ils demeurent constamment négatifs en contradiction avec les données cliniques et radiologiques. Lorsque pareil fait se produit, il est de bonne prudence d'inoculer des cobayes. L'animal de laboratoire sera suivi attentivement au besoin pendant de longs mois avant d'être sacrifié et autopsié soigneusement. C'est la seule façon d'opérer pour déceler les lésions « a minima » d'un cobaye inoculé avec des produits paucibacillaires ou peu virulents.

Ainsi parfois, la preuve bactériologique se révèle terriblement difficile à fournir et l'on cite même des observations où l'autopsie a montré des lésions tuberculeuses qui n'ont jamais fait leur preuve bactériologique du vivant du sujet.

D'une façon générale, l'évolution d'une tuberculose chez les silicotiques est accélérée. La thérapeutique se montre rarement opérante. La mort se produit vite par cachexie et émaciation. Une défaillance cardiaque imprévue et brutale peut parfois abréger la marche, par ailleurs déjà rapide, de la maladie.

Les autres incidents susceptibles de venir compliquer l'évolution habituelle d'une silicose sont relativement rares. Ce sont la gangrène pulmonaire, la broncho-pneumonie banale, le cancer du poumon qui s'observe surtout chez les travailleurs des mines radioactives de Schneeberg.

***

Telle est l'allure habituelle de la silicose.

A cette description classique il convient d'en ajouter quelques autres qui sans en être très dissemblables, s'en distinguent par quelques caractères particuliers.

C'est ainsi que l'on cite :

Suivant la longueur d'évolution :

Des formes au ralenti ;

Des formes restant exclusivement latentes radiologiquement ;

Des formes aiguës, brûlant les étapes en 14 à 50 mois ;

Des formes suraiguës, avec mort au bout de quelques semaines s'observant exclusivement chez des ouvriers vivant dans des conditions déplorables d'hygiène.

Suivant la qualité et la finesse du grain de la poussière infectante :

Les pneumokonioses des faïenciers ;

Les pneumokonioses des mineurs du Rand ;

Les pneumokonioses des mineurs de charbon.

Chaque mine, chaque région, en raison de la composition de ses poussières, imprime une allure un peu spéciale, pour ainsi dire en quelque mesure, régionale à la pneumokoniose.

Suivant les associations :

La silicoanthracose plutôt fibreuse que nodulaire, prédisposant moins, semble-t-il, à l'apparition ultérieure d'une tuberculose que les silicoses pures.

Les faits laissent à penser que la poussière pure de charbon ne favorise pas l'action pathogène du bacille de Koch (Crocq en Belgique). Les professeurs Leclercq et Legrand ont pu montrer dans le Nord que le taux de la bacillose chez le mineur était plutôt moins élevé que celui de la population. MM. Croizier, Martin et Policart ont trouvé par ailleurs 24 % de tuberculose chez l'ouvrier au rocher contre 11 % chez l'ouvrier au charbon dans la région de Saint-Etienne.

La sidérosilicose où le fer jouerait plutôt un rôle modérateur. Radiologiquement on y verrait un stade de réticulation, un stade de nodulation fine légère, un stade de fibrose.

L'amiantose où les lésions se trouveraient surtout dans les parties basales, près du cœur, en « toile d'araignée », en « verre dépoli ».

***

Le diagnostic de Pneumokoniose est loin d'être aisé.

Ce qu'il faut avant toute autre chose éviter, c'est de porter uniformément ce diagnostic en présence de tout cas de sclérose pulmonaire observée chez un mineur.

Le diagnostic de silicose représente une œuvre de discrimination et de bon sens.

Il devrait être confié surtout à des spécialistes avertis.

Il reposera sur un faisceau de preuves ou de présomptions :

Anamnèse ; Histoire professionnelle du malade ; Signes cliniques et radiologiques ; Examens bactériologiques en séries des crachats ; Examens de sang ; Examen d'urine ; Procédés de King et Dolan, etc...

Le pronostic tiendra avant tout compte :

De la réduction de la capacité de travail ;

De l'état du cœur ;

De l'existence ou de l'absence des bacilles de Koch ;

De l'allure générale des silicoses observées dans l'industrie incriminée.

Il sera toujours prudemment énoncé.

Il est essentiellement personnel, propre à un individu.

L'étude des pneumokonioses n'aurait pas été aussi âprement poursuivie au cours de ces dernières années si un problème médico-social d'une brûlante actualité ne s'était pas posé à propos de leur existence. Ce problème est simple : il est le suivant :

Faut-il considérer la silicose comme une maladie professionnelle à indemniser ?

C'est là évidemment dans l'état actuel de notre législation une question fort épineuse à laquelle les auteurs ont répondu de façon très différente suivant la conception qu'ils ont de la maladie.

Un point commun les unit : la gravité admise de la tuberculose apparaissant au cours de l'évolution de l'affection.

Le pourcentage de cette tuberculose était autrefois grand. Il s'est réduit heureusement aujourd'hui dans de notables proportions depuis que :

A. L'embauchage à la mine est devenu sévère et élimine systématiquement tout individu suspect de bacillose, tout ouvrier à antécédents pulmonaires chargés, tout sujet ayant une mauvaise hygiène de vie ;

B. Le travail s'accomplit dans de meilleures conditions ;

C. Le standard de vie a été amélioré et que l'employé a la possibilité d'avoir un bon confort familial et des loisirs au grand air.

C'est ainsi que « la nouvelle génération des mineurs du Rand » recrutée et vivant dans les conditions que nous venons d'indiquer, est presque exempte de bacillose.

Ceci dit les opinions des auteurs les plus qualifiés sont très divergentes dans la façon de solutionner le problème médico-social.

En toute objectivité, nous les rapporterons ici dans leurs grandes lignes.

Pour les uns, la silicose représente une entité morbide autonome. C'est une maladie professionnelle, un véritable accident du travail. Cette silicose peut évoluer d'une façon absolument pure, sous le masque d'une fibrose. Elle peut se compliquer de tuberculose.

C'est alors une silico-tuberculose.

La tuberculose se greffe facilement sur le poumon silicosique, parce que, et ceci est du domaine expérimental, la silice favorise in situ le développement du bacille de Koch (Gye), et permet une évolution plus rapide du processus (Gardner).

Pour d'autres, il s'agit uniquement d'une bacillose primitive modifiée par la silice qui favorise l'extension de la tuberculose et réveille les foyers latents. Ce serait une tuberculo-silicose.

Pour d'autres enfin, la silicose ne prendrait le masque que nous lui connaissons que lorsque les poussières de silice ou de silicates inhalées et surchargeant un poumon y rencontre un état favorable. Ce climat favorable peut être créé non seulement par une tuberculose mais encore par n'importe quelle affection pulmonaire, n'importe quelle intoxication, n'importe quelle raison susceptible de modifier le terrain et d'amoindrir les résistances générales et pulmonaires en particulier.

Certains pays ont pris, d'ores et déjà, nettement parti pour l'une des théories que nous venons de rapporter succinctement.

En France, l'indécision persiste parce que comme l'expriment avec une grande sagesse MM. Leclercq et Gernez dans la Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale, « le débat ne peut être actuellement tranché ; c'est pourquoi il convient de se limiter à un exposé objectif de la question ».

En Angleterre, en Afrique du Sud, en Allemagne donc, l'indemnisation est totale, au titre de maladie professionnelle. L'estimation du dommage subi se fait par expertise.

En Belgique, la Silicose est considérée comme une maladie ordinaire. C'est la Caisse de Secours des Mines qui intervient.

En France, la Silicose est une maladie professionnelle, à déclaration obligatoire, mais non indemnisée.

Bien que reconnaissant le caractère nullement anodin des poussières de silice, le législateur n'a pas cru devoir étendre actuellement à la silicose la loi du 25 novembre 1919.

Faut-il faire une loi spéciale pour la silicose ?

Faut-il en faire une maladie du travail à indemniser par la Caisse de Secours des Mines ; la Mine, c'est-à-dire l'employeur, aidant la Caisse de Secours ?

Ce sont là tous projets à l'étude.

***

Des considérations prophylactiques peuvent être tirées de l'exposé qui vient d'être fait au cours des pages précédentes.

Il ressort en effet nettement que la silicose apparaît habituellement lorsque l'employé est « un taré pulmonaire antérieur œuvrant depuis longtemps dans le brouillard siliceux » et lorsque le travail se fait dans de mauvaises conditions d'hygiène.

La prophylaxie sera donc à confier tant au médecin spécialiste des mines, tant à l'ingénieur (voir circulaire du 26 décembre 1936, Ministère des Travaux Publics).

— Embauchage médical sévère, éliminant toute bacillose, toute affection pulmonaire chronique, tout manque de robusticité suffisante, avec radiographies pulmonaires au dossier individuel de chaque ouvrier.

— Surveillance médicale périodique de tous les ouvriers du fond et de surface.

— Soins précisés à tout malade.

— Carnet individuel de santé.

— Travail par roulement alterné au sol et au fond.

— Dépoussiérage des galeries, protection plus efficace et mieux appliquée contre l'inhalation.

***

Les progrès déjà constatés lors de l'application de certaines de ces mesures permettent d'espérer sinon la disparition, tout au moins l'atténuation des dangers de cette maladie professionnelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La gastrectomie, opération bénigne. 125 gastrectomies de suite sans mortalité, d'après la technique du professeur Fans Finsterer, de Vienne, avec une préface du professeur Gosset, par le docteur Jean Duval (du Havre). Un vol. de 144 pages, avec 41 planches, chez Maloine, à Paris, 1937.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infantiles, par Robert Debré, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 96 pages, chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 28 francs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1938

Sur les constituants choliniques hydrosolubles du sang et des organes. — M. Ernest KAHANE et Mlle Jeanne LÉVY.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1938

Thérapeutique des troubles électrocardiographiques et tensionnels de la dépression barométrique expérimentale. — MM. J. CLUZET, M. PIÉRY, P. PONTHUS et M. MILHAUD. Dans de nombreuses expériences poursuivies, en caisson à dépression atmosphérique, chez l'animal et chez l'homme, les auteurs ont enregistré d'abord d'importants troubles électrocardiographiques traduisant la défaillance du ventricule droit, laquelle précède les défaillances du myocarde total. Les inhalations d'oxygène et de carbogène s'opposent à tous ces troubles et maintiennent un tracé cardio-électrique normal. Une action thérapeutique d'importance moindre, mais non négligeable, est obtenue à l'aide des injections intraveineuses ou sous-cutanées associées de sulfate de strychnine et d'acétylcholine.

Dans une seconde série d'expériences, les auteurs ont enregistré les troubles de la tension artérielle consistant en une montée progressive de cette dernière, jusqu'à une dépression de 8.000 mètres à laquelle succède une chute tensionnelle plus ou moins brusque, traductrice d'une grave défaillance cardiaque. Là encore, les inhalations d'oxygène et de carbogène s'opposent à tous les troubles tensionnels précédents.

Les injections intraveineuses de sulfate de strychnine et d'acétylcholine, sans modifier la réaction hypertensive jusqu'à 8.000 mètres, s'opposent nettement à la chute tensionnelle consécutive traductrice d'une grave défaillance cardiaque.

Il en résulte, au point de vue thérapeutique : 1° qu'au cours des ascensions en avion, les inhalations d'oxygène ou de carbogène pratiquées à partir de 6.000 mètres, sont entièrement suffisantes pour s'opposer aux troubles cardio-vasculaires du mal d'avion ; 2° que dans les ascensions aux hautes altitudes, où le recours aux inhalations des gaz précédents devient pratiquement difficile, il y a lieu de conseiller aux ascensionnistes, les injections sous-cutanées associées de sulfate de strychnine et d'acétylcholine.

Les probabilités de survie d'une génération française et ses possibilités de reproduction. — M. Marcel MOINE, statisticien du Comité national de défense contre la tuberculose, expose une remarquable étude sur la démographie française.

L'analyse de l'évolution des chances de survie permet d'affirmer que la moitié de la génération féminine née vers 1851, a disparu avant d'avoir pu toucher son 46e anniversaire, alors que celle née en 1931 atteindra au moins 69 ans, soit un sursis de 23 années.

A l'exemple de certains pays, nous pouvons encore améliorer ces heureux résultats et réduire notre mortalité dans d'importantes proportions. En effet, la tuberculose fait encore mourir en France le 10e d'une génération féminine et 9 fois sur 10, le décès se produit avant 50 ans. Les maladies de l'appareil respiratoire, le cancer, les affections cardiaques et du système nerveux sont également très meurtrières et avec la tuberculose, font disparaître les 6 dixièmes de la population française. En dehors des souffrances physiques et morales qu'elles créent, du déficit professionnel qu'elles entraînent, ces maladies appauvrissent le pays, car elles lui enlèvent de nombreux générateurs.

L'auteur dénonce enfin notre paucinatalité. Selon les lois de nuptialité et de fécondité actuelles, 100.000 naissances de filles ne donnent que 67.000 mariages et 83.000 nouveau-nés de sexe féminin ; même en tenant compte de la natalité illégitime, le renouvellement d'une génération ne se trouve plus assuré et l'amélioration de notre état sanitaire, même relevé au niveau de celui du pays le plus favorisé, ne peut suffire à résorber dans sa totalité un tel déficit.

Une meilleure politique familiale s'impose, la sécurité et le rayonnement de la nation en dépendent. Devant des peuples de près de 80 millions de sujets, dont l'excédent des naissances sur les décès s'est chiffré, dans ces trois dernière années, par 1.434.000 unités, alors que nous avons eu à déplorer un excédent de décès, nous ne pouvons qu'amèrement regretter de n'avoir pas encore pris les mesures propres à enrayer un tel fléau. La France ne peut continuer à vivre sans sa substance la plus précieuse : ses enfants.

Les injections intraveineuses continues d'adrénaline et d'insuline : quelques déductions physiologiques. — M. A. BAUDOUIN.

Fêtes de la Toussaint. — La séance du mardi 1er novembre est supprimée.

LIVRES NOUVEAUX

Les cellules embryonnaires (1), par **Raoul-Michel MAY.**

Les cellules embryonnaires ne se trouvent pas seulement dans l'embryon. Le développement est un phénomène continu, qui n'est délimité dans aucune période bien nette; et qui va, dans certains cas et pour certains organes, jusqu'à la mort. On peut même affirmer que c'est l'absence de couches embryonnaires de remplacement dans les tissus les plus spécialisés des animaux supérieurs qui les voue irrémédiablement à la mort.

On sait que la greffe de cellules adultes d'un individu chez un autre n'est pas tolérée chez les animaux à sang chaud. Par contre, un greffon embryonnaire, composé de cellules peu différenciées dans leur forme et dans leur chimisme, est toléré, alors qu'un greffon plus âgé serait, chez le même porte-greffe, rapidement éliminé. Cette constatation rouvre la question des greffes, et permet les plus grands espoirs en chirurgie réparatrice.

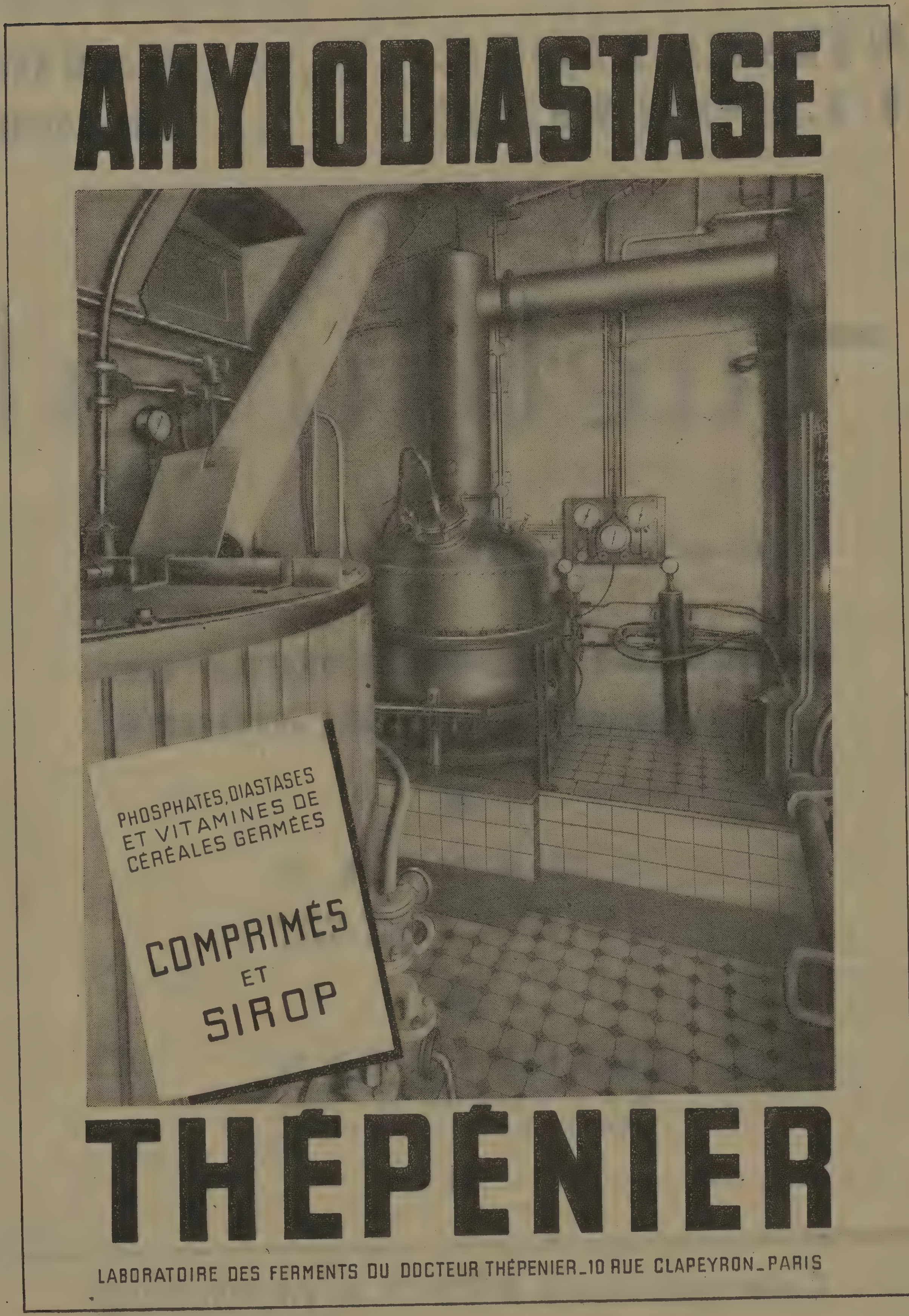
Le rôle des cellules embryonnaires dans la cicatrisation et la régénération, leur culture artificielle en milieux appropriés, l'étude des substances embryonnaires de croissance, ainsi que du retour de tissus adultes à l'état embryonnaire, sont autant de questions qui éclairent d'un jour nouveau le problème si délicat et si angoissant des tumeurs bénignes et cancéreuses.

Les faits exposés dans ce livre montrent à quel point sont intimement engrenées, dans l'organisme, les cellules embryonnaires et les cellules adultes. Ils illustrent d'une façon concrète que l'individu est un équilibre momentané de ce qui sera, de ce qui est, et de ce qui a été.

(1) Un vol. in-16, avec 70 fig. Prix : 32 fr. N. R. F., Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.


AMYLODIASTASE
PHOSPHATES, DIASTASES
ET VITAMINES DE
CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
ET
SIROP
THÉPENIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPENIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 88. — MERCREDI 2 NOVEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Prosectorat.* — Séance d'anatomie. Ont obtenu : MM. Chevallier, 22 ; Caby, 20 ; Léger, 26 ; Huguier, 27.

— *Concours du prosectorat.* — Epreuve orale d'anatomie. Ont obtenu : MM. Judet, 27 ; Delinotte, 26 ; Roux, 26.

XLVIIe Congrès français de Chirurgie. — Dans son Assemblée générale du 20 octobre, l'Association française de Chirurgie a élu à la presque unanimité vice-président pour 1939 et président pour 1940 le docteur Jacques de Fourmestraux, de Chartres.

Le Congrès de 1939 sera présidé par M. Albert Mouchet (de Paris), vice-président en 1938.

Le XLIIIe Congrès de la Société française d'Otorhinolaryngologie s'est ouvert dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence du docteur Le Mée, laryngologiste de l'hôpital Necker-Enfants-malades, entouré du docteur Launay, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, président d'honneur ; du professeur Brémond (de Marseille), président sortant ; du médecin-général Worms, vice-président, et du docteur Flurin (de Cauterets), secrétaire général. Après une allocution du professeur Lemaître (de Paris), au nom du doyen Tiffeneau, et un discours particulièrement apprécié du président, le Congrès commença ses travaux. Ceux-ci comportent entre autres deux remarquables rapports : l'un des professeurs Collet et Mayoux (de Lyon), sur « la tuberculose de l'oreille », l'autre de MM. Huët (de Paris) et Péri (d'Alger), sur « l'exploration radiologique des tumeurs de l'hypopharynx et du larynx ».

Le Congrès français de Stomatologie a tenu à la Faculté de Médecine sa séance inaugurale, sous la présidence du docteur Lacronique, en présence de M. Cavaillon, représentant le ministre de la santé publique, et de M. Baudouin, représentant le doyen de la Faculté.

Elections sénatoriales du 23 octobre 1938. — Voici, sauf erreur ou omission, la liste des médecins élus ou réélus au Sénat.

Ardèche : Dr Astier ; *Aube :* Dr Raymond Armbruster, sén. sort. ; *Aude :* Dr Jacques Guilhem, sén. sort. ; *Corse :* Dr Pitti-Ferrandi ; *Côte-d'Or :* Dr C. Chauveau, sén. sort. ; *Dordogne :* Dr Félix Gadaud, sén. sort. ; *Drôme :* Drs Eynard et Rosier ; *Finistère :* Dr Le Jeune ; *Gard :* Dr Louis Mourier, ancien directeur général de l'Assistance publique à Paris.

Société de Médecine de Paris. — La séance du vendredi 4 novembre 1938 sera consacrée à l'endocrinologie. Ont accepté de prendre la parole : MM. Pende, Zondek, Maranon, Sergent, de Gennes, etc. Tous les confrères sont cordialement invités.

Il y a cinquante ans, le 29 octobre 1888, Marey établissait la première bande cinématographique.

Statistique des diplômes d'État de docteur en médecine. — Le nombre des diplômes d'État de docteur en médecine délivrés par les facultés françaises pendant les onze dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 : 901.
1928-1929 : 965, soit 64 en plus.
1929-1930 : 1.052, soit 87 en plus.
1930-1931 : 1.120, soit 68 en plus.
1931-1932 : 1.123, soit 3 en plus.
1932-1933 : 1.293, soit 170 en plus.
1933-1934 : 1.464, soit 171 en plus.
1934-1935 : 1.579, soit 115 en plus
1935-1936 : 1.495, *soit* 84 *en moins.*
1936-1937 : 1.545, soit 50 en plus.
1937-1938 : 1.393, *soit* 152 *en moins.*

Statistique des diplômes d'Université (mention Médecine). — Le nombre des diplômes d'Université (mention Médecine) délivrés par les Facultés françaises pendant les onze dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 : 96.
1928-1929 : 104, soit 8 en plus.
1929-1930 : 120, soit 16 en plus.
1930-1931 : 132, soit 12 en plus.
1931-1932 : 176, soit 44 en plus.
1932-1933 : 170, *soit* 6 *en moins.*
1933-1934 : 191, soit 21 en plus.
1934-1935 : 240, soit 49 en plus.
1935-1936 : 262, soit 22 en plus.
1936-1937 : 300, soit 38 en plus.
1937-1938 : 256, *soit* 44 *en moins.*

Les diplômes d'Université. Statistique générale. — Les diplômes d'Université (mention Médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis quarante ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 3.865 répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux : 182 ; Lille : 14 ; Lyon : 489 ; Marseille : 9 ; Montpellier : 576 ; Nancy : 225 ; Paris : 2.021 ; Strasbourg : 177 ; Toulouse : 160.

223 titulaires de diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'État.

Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1937-1938. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1937-1938 est de 1.649, soit 196 de moins que l'année précédente. Il se décompose comme suit :

Facultés.	Diplômes d'État.	Diplômes d'Université (mention Médecine).	Total.
Alger	28	»	28
Beyrouth	27 *(a)*	»	27
Bordeaux	95 *(b)*	10	105
Hanoï	19	»	19
Lille	54	2	56
Lyon	167	44	211
Marseille	50	2	52
Montpellier	88 *(c)*	21	109
Nancy	50	22	72
Paris	709 *(d)*	129	839
Strasbourg	28	21	49
Toulouse	78	5	83
	1.393	256	1.649

(a) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(b) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Kleinberg, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(c) Dont 1 avec dispense de la thèse : Mlle Gack, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(d) Dont 4 avec dispense de la thèse : MM. Bekian, Fuhrman, Greissler et Tuchwerger, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

Total des thèses : 1.616 (État : 1.360 ; Université : 256).

(D'après le docteur Ch. Darras, in *Vie médicale.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION CORPORATIVE ET LE PRÉSIDENT DALADIER

Le Comité de l'*Association corporative des Étudiants en Médecine de Paris* est, à ma connaissance, le seul Comité d'étudiants qui ait porté ses félicitations au président Daladier au retour de son voyage courageux à Munich.

Fondée il y a trente-six ans, la « Corpo » de Médecine de Paris est assez mûrie par l'expérience pour avoir décidé une telle démarche à une époque où beaucoup poussaient aux hécatombes qui reviennent périodiquement, telles certaines maladies cycliques. Le Comité de l'*Association corporative* a estimé devoir sortir de sa réserve traditionnelle et adresser au ministre de la Guerre, ancien combattant et capitaine d'infanterie, l'expression de sa reconnaissance pour avoir osé faire reculer le spectre de la guerre.

C'est que la « Corpo de Médecine » a réalisé depuis longtemps ce que doit être la guerre totalitaire, et ce qu'aurait été pour *toute* la France la guerre aérienne.

Trop de gens, plongés dans une torpeur inquiétante, ne veulent pas ouvrir les yeux. La démarche accomplie en pleine indépendance par l'*Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris* mérite d'être soulignée.

Maurice MORDAGNE.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Raoul Bensaude, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

— Le docteur Allombert, ancien médecin des asiles.

— Le docteur F. Regnault qui dirigeait la *Revue moderne de Médecine et de Chirurgie.*

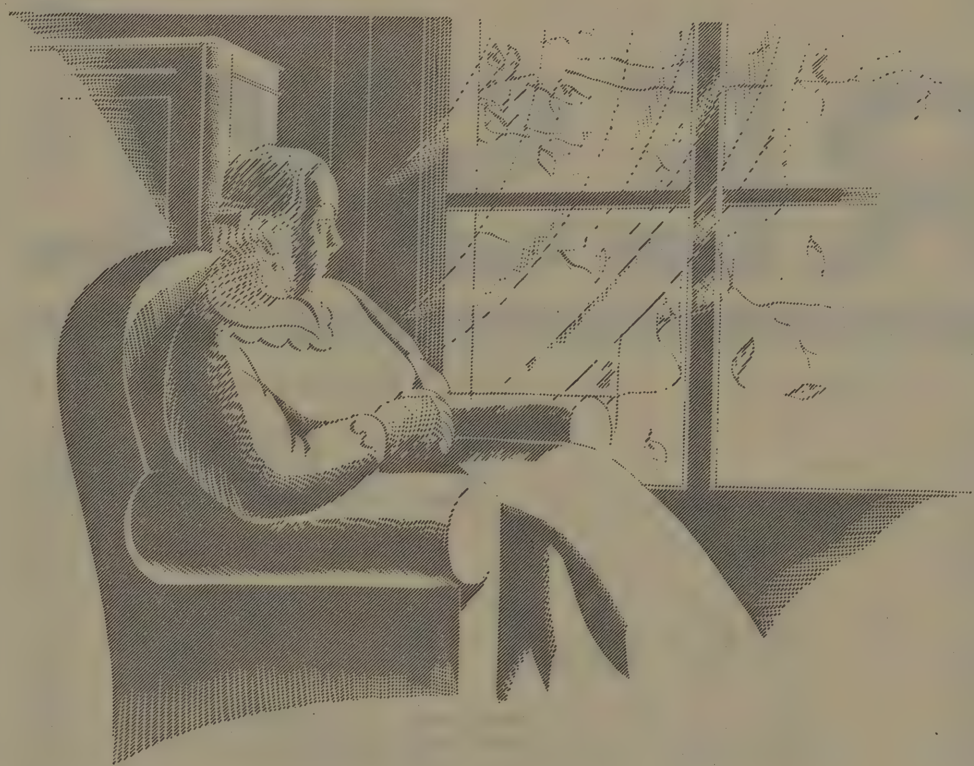
— Le docteur Henri Dever, à Bruxelles.

— Le docteur Jules Armand, à Albertville.

— Le docteur le Garrec (à Tamatave).

— Le professeur Eugène Malvoz (à Liége).

— Le docteur Beaudonnet (à Vichy).



QUELQUES CAS D'HÉRÉDO-ATAXIE CÉRÉBELLEUSE

PAR MM.

L. BABONNEIX et A. MENU (de Laon)

L'un de nous a eu l'occasion, depuis 1913, de donner ses soins à une famille chez laquelle l'hérédo-ataxie cérébelleuse se transmet de génération en génération avec une désolante régularité.

OBSERVATION I. — Mme X., boulangère, âgée de 45 ans. La maladie a début six ans auparavant. Les principaux symptômes étaient : démarche cérébello-spasmodique ; difficulté de garder l'équilibre dans la position verticale ; exagération des réflexes rotuliens, maladresse légère des membres supérieurs, dysarthrie. Il n'existait ni scoliose, ni pied-bot. Le prof. Gilbert Ballet avait alors porté le diagnostic d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Cette dame, morte à 46 ans, de congestion pulmonaire, avait eu deux enfants, un fils et une fille qui, jusqu'en 1920, se sont bien portés. A cette époque, ils ont été atteints, l'un et l'autre, de troubles morbides pour lesquels ils sont venus consulter l'un de nous.

OBS. II. — Mme Y., 36 ans, fille de la précédente, bien portante jusqu'en 1916, mère d'une fillette de 12 ans absolument normale et d'un petit garçon de 2 ans 1/2, conçu, par conséquent, alors que la maladie était pleinement confirmée. Restée dans les pays envahis pendant la guerre. A eu des rhumatismes à 11 ans et à 19.

A 29 ans, en août 1916, elle a été malade, a eu de la fièvre (?), n'a pu voir de médecin ; elle a alors présenté des troubles de la vue et de la marche.

Actuellement, même tableau clinique que chez sa mère.

Démarche chancelante et spasmodique : la patiente ne peut se déplacer qu'en s'appuyant aux meubles et aux murs.

Perte de l'équilibre, même les yeux ouverts.

Pupilles égales, un peu dilatées.

Réflexes pupillaires difficiles à examiner.

Strabisme interne avec diplopie.

Sa vue se trouble vite quand elle veut lire : elle est gênée surtout au soleil et obligée, pour bien distinguer, de fermer un œil.

Exagération très marquée des réflexes patellaires. Clonus du pied.

Signe de l'orteil en extension.

Maladresse des membres supérieurs, surtout des mains, mais sans ataxie, sans tremblement, si bien qu'elle peut encore servir les clients, coudre, et même écrire, bien que son écriture soit un peu « crispée ». Peut-être légère atrophie des muscles des mains.

Perte de la force musculaire, maigreur.

Asthénie.

Gêne de la parole, lente, hésitante, explosive : la salive la gêne quand elle parle.

La déglution est parfois maladroite et la malade avale souvent « de travers ».

Pas de troubles sphinctériens. Pas de scoliose. Pas de pied-bot. Pas de troubles menstruels.

Elle est morte à 38 ans.

OBS. III. — M. Z., 28 ans, frère de la précédente. Rhumatisme en 1914. Mobilisé. A été commotionné par obus, en novembre 1916 (enterré). Hospitalisé pendant des mois, ne s'est pas amélioré. Il est actuellement réformé avec le diagnostic suivant :

« Névrose traumatique caractérisée par des troubles de la « marche, qui est spasmodique, avec prédominance à « droite. Exagération des réflexes patellaires. Inégalité pu- « pillaire, mydriase à droite. Tremblement émotionnel. « Vertige dans la station debout, les yeux fermés. Asthé- « nie, maigreur. Pas de différence, à la mensuration, entre « les membres supérieurs et inférieurs. Commotion par « explosion d'obus. »

En réalité, M. Z. présente absolument les mêmes symptômes que sa sœur, plus accentués même :

Démarche chancelante et spasmodique. Marche les jambes écartées et raides, en se tenant aux meubles. Perte de l'équilibre complète, même les yeux ouverts.

Réflexes rotuliens très exagérés, véritable trépidation de la jambe quand on frappe le tendon. Clonus du pied très persistant.

Signe de l'orteil négatif.

Troubles de la vue, diplopie ; lit en fermant un œil.

Maladresse et tremblent des mains, si accentués qu'on est obligé de le faire manger.

Gêne de la parole, salivation abondante.

Gêne légère de la déglutition : les liquides passent souvent dans le nez ou le larynx.

Pas de troubles des réservoirs.

Asthénie, maigreur.

Pas de scoliose. Pas de pied-bot.

Chez ce malade, les accidents progressent beaucoup plus rapidement que chez sa sœur. Il est mort, en effet, à 32 ans.

OBS. IV. — Mme A., fille de Mme Y. et, par conséquent, petite-fille de Mme X.

Agée de 27 ans, elle a eu 3 grossesses (1932, 1933, 1934). Le premier enfant est mort de broncho-pneumonie, les deux autres sont bien portants. Les premiers symptômes de la maladie ont apparu, chez elle, en 1937. Voici, actuellement, les principaux d'entre eux :

Démarche titubante, jambes écartées. Absence de Romberg.

Réflexes rotuliens très vifs, achilléens, vifs. Pas de clonus. Pas de réflexe plantaire.

Réflexes pupillaires normaux.

Légère maladresse des mains. Pas de tremblement.

Pas de troubles sensitifs.

Pas de troubles des organes des sens.

Parole un peu difficile.

Troubles du sphincter vésical (incontinence passagère).

Pas de troubles psychiques.

Pas de troubles trophiques.

Maigreur.

***

De quelle affection s'agit-il ? Sans aucun doute de celle qu'a individualisée le Prof. P. Marie, dans la *Semaine médicale* de 1892, et que caractérisent les éléments suivants : début, à un âge relativement avancé, par de l'incertitude de la marche et une difficulté progressive de la station de bout ; à la période d'état, association de troubles cérébelleux et spasmodiques, démarche titubante, comme dans la maladie de Friedreich, et en traînant les pieds, les jambes raidies en extension, comme dans la paraplégie organique ; maladresse des membres supérieurs, exagé-

ration des réflexes rotuliens, troubles de la parole, de la déglutition, de la fonction visuelle, absence de pied bot et de scoliose.

Quelles réflexions nous inspirent ces cas ? (1)

Réflexions d'ordre étiologique. — La maladie est nettement héréditaire et familiale, comme c'est la règle. « L'atteinte successive de plusieurs générations « n'est pas exceptionnelle. Cinq furent ainsi prises « dans les cas de Sanger Brown, quatre dans ceux de « Walter et Roese, trois dans ceux de Voisin et Macé « de Lépinay. » (2) Dans notre cas, la mère, sa fille et son fils, sa petite-fille sont successivement atteints, ce qui fait trois générations. Comment ne pas invoquer quelque altération des chromosomes, bien que, dans les livres de génétique qu'il nous a été donné de consulter, on ne trouve aucun renseignement sur le sujet ?

Réflexions d'ordre clinique. — Chez nos malades, nous constatons, en dehors des signes classiques, quelques signes d'interprétation un peu plus délicate : diplopie (obs. II et III) ; inégalité pupillaire (obs. II) ; diminution de l'acuité visuelle (obs. II) ; troubles du sphincter (incontinence d'urines) (obs. IV) ; salivation exagérée (obs. II et III).

En réalité, les paralysies des muscles extrinsèques des yeux, sous forme de ptosis (Sanger Brown, Oddo et Mattéi, Nonne), de paralysie du droit inférieur (Fraser), du droit externe et des obliques (Rossolimo) ont été notées, de même que la difficulté de la convergence (P. Marie), la lenteur ou l'abolition des réflexes pupillaires (Sanger Brown), la diminution de l'acuité visuelle. De même, les troubles sphinctériens sont signalés par Sanger Brown, dont le malade se plaignait de mictions impérieuses. Il n'est pas jusqu'à la salivation qui n'ait été mentionnée (Botkine).

Réflexions d'ordre évolutif. — La maladie débute plus tôt et évolue plus vite chez les enfants que chez les parents, fait qui a déjà souvent été noté dans les cas de ce genre.

Réflexions d'ordre diagnostique. — Dans un cas, on a porté un peu inconsidérément le diagnostic de névrose traumatique. Ne jetons pas la pierre à l'expert, probablement surmené, et auquel manquaient, par ailleurs, les données anamnestiques essentielles. D'habitude, la différenciation est aisée, quand on est en possession de la donnée fondamentale : caractère héréditaire et familial des accidents.

Au début, il convient d'éliminer l'*atrophie cérébelleuse du type Bourneville-Crouzon*, qui commence beaucoup plus tôt et s'accompagne d'idiotie ; l'*atrophie olivo-ponto-cérébelleuse*, où le syndrome cérébelleux est à la fois kinétique et statique, et qui n'est ni héréditaire ni familiale ; l'*atrophie dento-rubrique*, qui s'accompagne de myoclonies et d'épilepsie.

(1) Les trois premières observations ont déjà été publiées par L. Babonneix, Maladies nerveuses familiales, Vannes, 1924.

(2) L. Babonneix et A. Thévenard, Affections familiales du système nerveux, in *Traité de médecine des enfants*, Paris, 1933, in-8°, V, p. 414.

A la période d'état, on devra éliminer les *diplégies cérébrales infantiles à type de Little* (Freud, L. Babonneix et M. Lance), à début plus précoce, à évolution non progressive, parfois même régressive ; les *maladies familiales à forme clinique de sclérose en plaques* (Cestan et Guillain, Mlle Pesker), qui débutent beaucoup plus tôt.

A toutes les périodes du mal, on peut éprouver de grandes difficultés à distinguer la maladie de la sclérose en plaques qui, parfois, offre un caractère héréditaire et familial (André Thomas, Krebs et Chavany, André Léri), et que spécifient surtout les poussées évolutives, comme la dissociation entre la réaction de B.-W., qui est négative, et celle du benjoin colloïdal, qui montre une précipitation partielle dans la zone des cinq premiers tubes.

Réflexions d'ordre thérapeutique. — Pour le moment, rien de plus décevant que la prophylaxie de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Ne désespérons pas, toutefois ! Les généticiens (1) ne déclarent-ils pas que, « de ce qu'une maladie, une tare, sont strictement « héréditaires, de ce qu'elles accompagnent nécessai- « rement une constitution génétique donnée, il ne « faut pas conclure qu'elles doivent nécessairement « défier toute thérapeutique... La déficience, la con- « dition anormale d'une gène, ajoutent-ils, n'opère « point d'une façon mystique : elle ne produit ses fâ- « cheuses conséquences que par l'intermédiaire d'un « processus physiologique, qu'il faudra s'appliquer à « comprendre pour tâcher d'en contrecarrer les ef- « fets ».

(1) L. Cuénot et J. Rostand, *Introduction à la génétique*, Paris, 1936, in-16, p. 105.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Pathologie médicale (professeur : M. ABRAMI). — M. MOUQUIN, agrégé, commencera ses leçons le lundi 14 novembre 1938, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

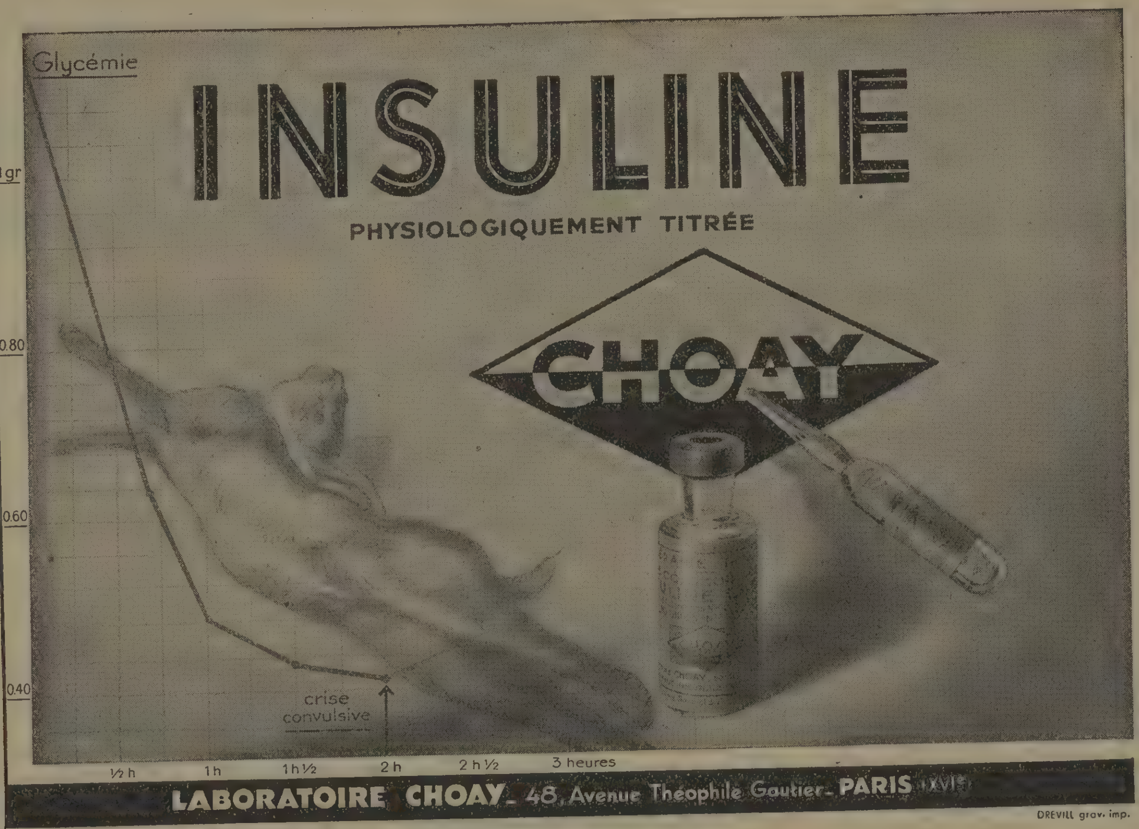
Sujet du cours : *pathologie du cœur et des vaisseaux.*

Cours de pathologie expérimentée et comparée. — M. FIESSINGER, professeur de pathologie expérimentale et comparée, commencera son cours, le mardi 15 novembre 1938, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les jeudis et samedis suivants.

Objet du cours : *les traversées chimiques, toxiques et bactériennes de l'organisme.*

Cours de médecine légale (novembre et décembre 1938). — M. le professeur BALTHAZARD commencera son cours le lundi 14 novembre 1938, à 18 heures, au grand ampithéâtre de la Faculté de Médecine ; le cours aura lieu les lundis, mercredi et vendredis de novembre et décembre.

Sujet du cours : *Attentats à la pudeur. — Viol et perversions sexuelles. — Hermaphrodisme. — Avortement criminel et infanticide. — Coups et blessures. — Le problème de l'identité. — Anthropométrie et dactyloscopie. — Examen des taches, poils, etc.*



ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3. **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE

XXe Réunion annuelle — Paris, 21 octobre 1938

On pouvait redouter que le changement de date de cette réunion ait nui à son succès. Il n'en fut rien. Les étrangers, Belges et Suisses en particulier, toujours fidèles étaient présents, ainsi que de nombreux provinciaux. Une délégation allemande, présidée par le prof. Hohmann (Munich), était venue remettre au professeur Ombrédanne, président de la Société internationale d'orthopédie, et au professeur Rocher, président de la Société française d'orthopédie, le diplôme de membres honoraires de la Société allemande d'orthopédie.

Le professeur Rocher (de Bordeaux), prononce le discours d'ouverture. Aussitôt commence la discussion des rapports.

PREMIERE QUESTION

Les ostéoporoses et malacies du rachis chez l'adulte

Rapporteurs : Marcel Lemac, Lucien Girard, Pierre Lance.

Ce travail est limité, à l'exclusion de toute décalcification symptomatique, à l'étude des ostéoporoses et ostéomalacies idiopathiques du rachis. Les auteurs en décrivent trois variétés cliniques : ostéoporoses et malacies séniles, ostéoporoses et malacies préséniles et de l'adulte, ostéopathies de carence.

1° **Ostéoporoses et malacies séniles.** — Elles sont connues depuis longtemps. Il faut distinguer 2 entités cliniques bien distinctes :

a. L'ostéoporose, forme fréquente, banale, se traduisant surtout par une cyphose haute, de l'enraidissement du rachis, peu de douleurs.

L'évolution est progressive, lente. C'est l'exagération d'un processus physiologique qui ne constitue pas une affection grave.

b. L'ostéomalacie, forme rare, se manifestant par des tassements importants, des déformations graves. L'évolution se fait en général par poussées, s'accompagnant de douleurs violentes. Le malade finit par devenir un grabataire, et au bout de quelques mois ou années, succombe le plus souvent à une affection intercurrente. L'ostéomalacie constitue une affection véritable, dont l'autonomie au rachis existe chez le vieillard.

2° **Ostéoporose et malacie présénile et de l'adulte.** — De nombreux travaux publiés dans ces dernières années ont montré que l'on retrouve vers la cinquantaine et même chez des sujets jeunes, les syndromes rachidiens de l'ostéoporose et l'ostéomalacie du vieillard. Mais ici, ils offrent des caractères particuliers :

Dans un grand nombre de cas, la lésion est révélée par un traumatisme qui peut être insignifiant, ce qui a son importance au point de vue médico-légal.

Les signes douloureux sont bien plus fréquents que chez le vieillard.

La déformation est variable : tantôt il s'agit d'une cyphose totale, plus souvent un tassement localisé à la région dorso-lombaire ou lombaire, avec formation d'une gibbosité, tantôt enfin, un tassement considérable avec cyphoscoliose et diminution notable de la taille.

Dans l'ensemble, on peut chez l'adulte distinguer 3 types cliniques :

1° Des cyphoses douloureuses avec ostéoporose diffuse ;

2° Des tassements et fractures localisés à la suite ou non de traumatismes ;

3° Des ostéomalacies étendues et graves.

Somme toute, l'ostéoporose pure est plus rare que chez le vieillard, et à côté de l'ostéomalacie grave, on voit des formes fréquentes d'ostéomalacie localisée.

3° **Les ostéopathies de famine** étudiées surtout en Autriche et en Allemagne du Sud à la fin de la guerre, on en a observé des formes variées, reproduisant celles du scorbut, celles du rachitisme infantile, et aussi des ostéoporoses et ostéomalacies avec lésions rachidiennes identiques à celles étudiées ci-dessus. Leur constatation présente une valeur expérimentale qui éclaire la pathogénie de ces lésions chez l'adulte.

Pathogénie. — Le facteur sénilité mis à part, les lésions d'ostéoporose et de malacie observées chez l'adulte peuvent être attribuées à deux ordres de facteurs : 1° des facteurs exogènes, et en premier lieu, les carences alimentaires (régimes, sous-alimentation, etc.), quantitatives et surtout qualitatives (vitamines, lipides, équilibre acide-base) ; 2° des facteurs endogènes, carences d'absorption liées à des troubles intestinaux (rôle des phosphatases) à des lésions hépatiques, rénales (calciurie, phosphaturie).

Contrairement à ce que l'on pourrait attende, le rôle des glandes endocrines, évidemment bien plus difficile à délimiter, ne paraît pas prépondérant : leur déficience partielle ou totale comporte en retentissement généralisé à tout le squelette.

Diagnostic. — Le diagnostic d'ostéoporose ou d'ostéomalacie idiopathiques du rachis ne peut être qu'un diagnostic d'élimination. On trouvera dans le rapport les principales affections du rachis (fractures, néoplasmes, métastases, maladie de Paget, de Recklinghausen, etc.) pouvant prêter à confusion.

Le diagnostic ne sera posé qu'après des examens minutieux très complets, radiographiques et sérologiques. Le dosage du calcium total, du phosphore minéral, et surtout des phosphatases, permet d'établir le *syndrome biologique des dystrophies osseuses.* Ses variations, celle des phosphatases en particulier, constitue un contrôle de l'efficacité du traitement.

Traitement. — Il s'adressera tout d'abord aux symptômes présentés par les malades : il recherchera une recalcification rapide en associant les sels de chaux (gluconate de Ca) et leurs agents fixateurs (vitamine D, Ruv, héliothérapie, etc., etc.). L'emploi des rayons X ne paraît pas contre-indiqué, son action sur la douleur n'est pas à négliger. Le port d'un corset orthopédique rigide est indispensable, dès qu'il y a affaissement rachidien.

Un traitement causal ne pourra être entrepris qu'après des examens longs et répétés, ceux-ci permettant dans quelques cas les déficiences organiques et d'y apporter remède.

Le rapport donne chemin faisant les observations des divers types cliniques observés et l'image radiographique des lésions ; un tableau résume les 66 observations qui ont servi de base à cette importante étude.

Discussion

MM. Weissenbach et Lièvre (Paris) apportent dix observations, dont la symptomatologie est peu différente, mais l'origine très variée. Dans 2 cas, il s'agissait de régime pour hypertension, avec surtout carence des graines, 2 autres présentaient surtout des carences solaires ; chez une autre, à la même carence s'ajoutait une intoxication par la morphine. Un cas semblait la reviviscence d'un rachitisme de l'enfance, 2 autres étaient des ostéoporoses séniles, et les 2 derniers présentaient des goitres sans hyperthyroïdie. Tous ont bénéfivié des injections de calcium et de vitamines A et D.

M. J. Decourt (Paris), montre qu'il s'agit dans ces cas d'un syndrome ayant bien son individualité et dont l'unité

réside non dans son étiologie qui est variable, mais dans sa caractéristique physio-pathologique : le défaut de fixation du calcium sur les os. On peut l'observar à tous les âges. Chez l'adulte, elle se limite au rachis, avec parfois des douleurs dans les membres. Chez les enfants, on observe d'autres signes (tétanie, signe de Schwosteck, etc.). Ce syndrome présente aussi une individualité thérapeutique, du fait du succès constant du traitement par les injections de calcium et d'ergostérol irradié.

La fréquence plus grande chez la femme, s'explique par les grossesses, la lactation, la fréquence de l'entérocolite et les carences plus fréquentes que chez l'homme.

M. Rœderer (Paris), apporte des observations de cyphoses des vieillards et de cyphoses douloureuses des femmes liées à des affections gastro-intestinales ou chez des polyopérée. Le syndrome est observé non seulement chez les adultes, mais chez les enfants. Il a utilisé pour le traitement, le sérum de cheval épathyroïde.

M. Lasserre (Bordeaux) rappelle ses publications antérieures. Il faut faire des radiographies de tout le rachis et du bassin. On arrive ainsi à localiser 2 formes : une forme localisée et une forme généralisée à tout le rachis et au bassin. Pour lui, tout ne peut être ramené à la fixation du calcium. Il faut tenir compte de la charpente d'osséine et des troubles qui y surviennent.

En plus du traitement exposé précédemment, il faut faire place à l'héliothérapie et au traitement thermal par les eaux chlorurées salines.

M. René Charry (Toulouse) apporte 7 observations d'ostéomalacie du rachis. Il insiste sur la fréquence du traumatisme révélateur, sur l'importance des examens de sang pour le diagnostic. En plus du traitement médical et du corset, il a été amené dans deux cas à pratiquer l'ostéo-synthèse.

MM. Nové-Josserand et Brunat (Lyon) ont réuni aussi 7 observations. L'un d'eux concerne un cas de syndrome de Cushing atténué qui a guéri ; deux autres formes localisées, chez des malades atteints de néphrite chronique, d'autres présentaient une association avec l'arthrite sèche déformante. Il croit à l'importance du facteur endocrinien et de la ménopause. Il signale le soulagement obtenu par le décubitus à plat sur un lit dur.

M. Delahaye (Berck) montre par un cas très net, l'importance du facteur entérologique (colibacillose en particulier) dans ces affections.

(A suivre.) M. LANCE,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Questions cliniques d'actualité, 6e série. Leçons professées à la Charité, service du professeur Sergent, par MM. Th. Alajouanine, F. Bordet, L. Chauvois, H. Flurin, J. Génévrier, H. Janet, Ch. Laubry, A.-B. Marfan, E. Michon, R. Mignot, P. Pruvost, L. Ribadeau-Dumas, G.-H. Roger, L. Sayé, E. Sergent, J. Stephani, A. Tournade et R. Turpin. Un vol. de 318 pages, avec 558 figures. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 20 francs.

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. La pathologie du colonial rapatrié, par F. Blanc et L.-A. Bordes, médecins commandants, professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — 1 vol. in-16 de 244 pages. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses, par F. d'Hérelle. Un vol. de 416 pages, avec 4 planches. Chez Masson et Cie, 1938. Prix : 75 francs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre 1938

M. Chevassu, président, fait un compte rendu du voyage de l'Académie de Chirurgie à Londres, où elle a été reçue par le Royal College of Surgery.

A propos du procès-verbal, M. Picot revient sur le syndrome de Volkmann et défend l'idée du traitement préventif de cette lésion.

Anomalies congénitales de l'uretère. Méga-uretère. — M. Pasteau rapporte cette observation de M. Antonio Dias : Chez un enfant, on constate l'existence d'une tumeur, dilatation localisée de l'uretère, qu'on prend pour un diverticule vésical. M. Pasteau précise les différents aspect de ces dilatations localisées de l'uretère et la thérapeutique qu'il convient d'envisager suivant l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions.

M. Chevassu montre qu'il existe des dilatations de l'uretère portant sur la totalité de l'uretère, sauf au niveau de la portion intravésicale de l'uretère. Ces malformations sont justiciables de l'uretéro-néphrectomie totale faite en un temps.

M. Heitz-Boyer fait jouer un rôle au spasme dans la genèse de ces dilatations.

Rate en ectopie pelvienne ; torsion de son pédicule ; bascule de l'estomac ; subocclusion intestinale ; volvulus de la queue du pancréas. Splénectomie avec pancréatectomie. — Rapport de M. Desplas sur cette observation de MM. Mourgues-Molines et J. Gineste.

Rate palustre ectopique à pédicule tordu. — M. G. Chevalier, (d'Alep).

Rate mobile avec syndrome aigu de torsion. — MM. Vieira de Carvalho et V. de Azevedo (Sao Paulo).

Ces deux observations sont rapportées par M. Desplas qui précise à cette occasion les aspects des rates en ectopie ; près de 150 cas en ont été publiés.

Au sujet de la greffe dermo-épidermique en godets. — Deux observations dues, l'une à M. Talbot, l'autre à M. Mourgues-Molines, sont rapportées par M. Alglave ; les résultats obtenus ont été excellents. Parmi les causes d'insuccès, il faut souligner le mauvais état général des malades chez lesquels on exécute la greffe, l'utilisation de greffes hétérogènes, le terrain syphilitique.

A propos des corps étrangers intra-abdominaux. — M. Lardennois rapporte 4 observations dans lesquelles on a été amené à enlever des pinces restées dans l'abdomen ; dans trois cas, la pince était engagée, en partie ou en totalité, dans la lumière du côlon (à la faveur sans doute d'un processus inflammatoire au contact de la paroi colique).

MM. Michon, Métivet, Cunéo rapportent des observations analogues.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1938

Cancer bronchique masqué par un abcès du poumon. — MM. Ameuille, Lemoine, Bellin. Homme de 50 ans, chez lequel apparut un volumineux abcès de la base du poumon droit. Abcès pur sans participation de tuberculose, ni de cancer. Par une bronchoscopie, on constata un cancer de

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

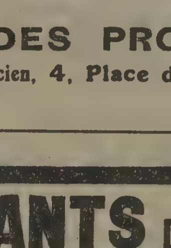
2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.



la bronche droite ; cette manœuvre devrait être pratiquée dans tous les abcès survenant chez des sujets en âge de cancer ; elle n'est pas douloureuse après une anesthésie soigneuse.

Pneumonie et collapsus pulmonaire. — MM. AMEUILLE et CANETTI. Malade ayant fait une pneumonie typique, qui succomba à une méningite pneumococcique. On put constater à l'autopsie, une condensation pulmonaire post-pneumonique attardée : véritable collapsus pulmonaire avec poumon aux cavités vides d'air et aux vaisseaux gorgés de sang.

Pleurésie médiastine : guérison par le sulfamide. — MM. GERMAIN, LE GALLOU et MORVAN. Observation d'une pleurésie médiastinale droite et sous-hilaire antérieure associée à une pleurésie de la grande cavité, épanchements purulents à streptocoque hémolytique ; état infectieux grave ; complication de péricardite sèche. Guérison en un mois par les dérivés sulfamidés.

Scorbut chez l'adulte. Guérison par l'acide ascorbique. Evolution mortelle ultérieure. — MM. H. BÉNARD, F.-P. MERKLEN et PEQUIGNOT. Homme de 50 ans atteint d'hépatite scléreuse, présente un scorbut à lésions buccales et gingivales, qui cédèrent à l'administration d'acide ascorbique et qui cependant, évolua vers la cachexie et la mort. A signaler l'absence d'élimination d'acide ascorbique par les urines.

Tuberculose miliaire chronique épisodique. — M. E. BERNARD, Mlle LOTTE et M. WOLFF. Fillette de 12 ans, qui à l'occasion de signes d'imprégnation tuberculeuse, est radiographiée ; le film montrant un aspect micronodulaire généralisé aux deux poumons ; aspect ayant persisté pendant six mois et ayant disparu, faisant admettre la guérison. A ce moment, surviennent des signes d'excavation du sommet droit. La tuberculose miliaire dans ce cas n'a été qu'un épisode.

Radiographies fissuraires et lacunaires. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, GAULTIER et PAUGAM. Malade comitial avec images radiographiques fissuraires et lacunaires. L'examen du squelette a montré : 1° des stries osseuses intéressant le radius droit et les 2 tibias. Stries bordées d'un liseré opaque ; 2° des zones de décalcification et des plages claires irrégulières. A noter la calcémie élevée et la phosphatase.

Séro-vaccination anatoxique et séro-anatoxithérapie tétanique. — MM. RAMON, KOURILSKY, RICHOU et Mlle KOURILSKY rappellent la technique de la séro-vaccination anatoxique : elle comporte une injection de sérum antitétanique titrant au minimum 3.000 unités antitoxiques et de préférence 10, 20.000 unités, s'il s'agit d'un adulte, et immédiatement après, une injection de 1 cm. d'anatoxine. Cette injection doit être renouvelée à deux reprises de 15 à 15 jours à la dose de 2 cm^3. Ces données confirment la valeur des méthodes de vaccination anatoxique (séro-vaccination, séro-anatoxithérapie, injection de rappel) qui permettent de lutter efficacement contre le tétanos.

Séro-anatoxithérapie diphtérique. — MM. RAMON et DEBRÉ. L'anatoxithérapie associée à la sérothérapie, ne contrarie pas les effets thérapeutiques de celle-ci. Bien que les injections d'anatoxine aient semblé avoir une influence favorable sur des complications tardives, il serait prématuré de tirer des conclusions formelles à cet égard.

L'immunité durable que confère l'anatoxine lors de la séro-anatoxithérapie, peut mettre à l'abri des rechutes. La séro-anatoxithérapie est capable de réaliser la synergie de la sérothérapie et de la vaccinothérapie.

Guérison de deux cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques après traitement par le 1162 F. — MM. MARQUÉZY, LAUNAY et Mlle MAGE.

Un cas d'artérite pulmonaire chronique primitive. — M. STOIA (Bucarest).

VARIÉTÉS

LA RADIOPHONIE ET LA CULTURE INTELLECTUELLE

A la séance annuelle de l'Institut de France, M. le docteur Georges DUHAMEL a prononcé un discours où il déplore les *défauts constitutionnels* de la radio. « ... Ces défauts sont fort grands et je ne laisse jamais de les signaler aux observateurs de nos mœurs. En attendant qu'elle devienne un instrument de culture, ce que je ne juge pas impossible, la radio semble exercer une influence défavorable et même démoralisante sur les habitudes intellectuelles du public moyen.

« Il m'est apparu de bonne heure que la radio éloignait maintes personnes des exercices, ou, mieux, des travaux de la lecture en absorbant d'abord une part de leurs loisirs et en leur faisant ensuite, petit à petit, perdre l'habitude et même le sens d'un travail cérébral actif. La radio donne trop souvent aux âmes simples le sentiment que l'esprit peut très bien s'appliquer utilement à deux objets en même temps, ce qui n'est pas vrai. Loin de contribuer à la culture véritable, la radio répand le goût des notions superficielles, facilement acquises et vite oubliées. Elle risque ainsi de confirmer la forme d'intelligence dite intelligence primaire, au moment même où, dans notre pays, les réformateurs de l'enseignement s'efforcent d'ouvrir à l'intelligence primaire les plus belles chances d'élargissement et d'évasion.

« A l'expression de cette inquiétude, on a parfois répondu que la radio s'ajouterait, sans les supplanter, à nos autres modes d'information et de connaissance, que les signes écrits n'étaient pas mis en péril par l'usage des ondes sonores, au contraire, et que la radio servirait le livre au lieu de l'humilier. J'en étais à méditer sur ces vues optimistes quand s'est produit un petit événement auquel on aurait tort de dénier toute importance. La presse française, justement préoccupée de son destin, a demandé que les informations tirées des journaux et diffusées au moyen des ondes fussent considérablement diminuées dans leur ampleur et dans leur nombre. La presse a obtenu pleine satisfaction. Tout me porte à croire que le livre, dans cette affaire, est moins bien armé que la presse pour la résistance, mais non moins gravement menacé. Comme le débat n'est pas clos, je me permets de répéter qu'on ne saurait, sans péril, laisser tomber dans l'indifférence ou le décri un système de culture éprouvé pendant des siècles, et lui préférer un procédé nouveau dont les résultats éloignés nous sont encore forcément inconnus.

« La valeur de la radio comme source de plaisir mériterait une étude approfondie. L'objection relative à la continuité, objection que j'ai présentée en examinant la valeur éducatrice de la radiophonie, garde toute sa pertinence dans cette nouvelle phase du procès. Il n'est aucun plaisir qui puisse durer plusieurs heures par jour. Pour les âmes simples, la radio cesse presque tout de suite d'être un plaisir et devient un besoin. Je connais des infirmes qui passent leur existence à la chambre. La radio leur fut d'abord un allégement magnifique. La satiété est venue, qui ne peut pas ne point venir. La musique elle-même, en qui nous goûtons une consolation si puissante, succombe assez vite à l'abus. Si l'usage intempérant de la radio devait, après avoir corrompu le silence, nous gâter certains de nos refuges, ce serait un fort grand malheur... »

M. Georges Duhamel montre plus loin que la radio peut se tromper et mentir... « Comme elle va vite et loin, ses mensonges sont redoutables... »

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC des OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS

(Occlusions post-opératoires exceptées)

Ce problème diagnostique est en général difficile.

Il se résume en plusieurs étapes dont la dernière, diagnostic de cause, n'est pas toujours cliniquement atteinte.

L'occlusion intestinale aiguë nécessite à peu près toujours une intervention d'urgence. La précocité de cette intervention, donc du diagnostic, est un élément capital du pronostic opératoire. L'examen radiologique fait partie intégrante des investigations nécessaires.

S'il est possible assez souvent de parvenir au diagnostic causal, il faut reconnaître que l'erreur est fréquente. Mais on doit pour le moins se tenir obligé d'affirmer cliniquement le diagnostic d'occlusion aiguë, c'est-à-dire de poser l'indication opératoire, et d'obtenir si possible un maximum d'arguments pour conduire logiquement l'intervention.

Avant d'aborder l'étude du syndrome d'occlusion, c'est-à-dire le diagnostic positif, nous éliminerons, comme en dehors de la question :

— Les états d'ileus paralytiques, si fréquents au cours des affections abdominales aiguës ;

— Les occlusions compliquant une maladie antérieure connue (tuberculose péritonéale ou intestinale, cancer inopérable).

Quels signes doit-on exiger pour faire le diagnostic d'occlusion ?

I. Diagnostic positif. — Telle est la première question : l'étape du diagnostic positif. La question ne se pose pas à la phase avancée de la maladie. Celle-ci est superposable à la phase terminale des péritonites aiguës. L'altération toxique du facies, la dyspnée, la dissociation du pouls et de la température, le ballonnement devenu énorme, les vomissements fécaloïdes. Ce sont là des symptômes qui rendent l'intervention désespérée.

C'est à la phase précoce que l'acte chirurgical est efficace. Ce sont les symptômes de cette phase précoce qui doivent suffire au diagnostic.

A l'interrogatoire :

Le malade fait le récit d'un début plus ou moins brutal par une *douleur* souvent vive, de type varié, et se répétant par crises paroxystiques. Il précisera le siège de la douleur initiale.

En même temps ou quelque temps après, sont apparus des *vomissements* en général abondants, alimentaires puis bilieux, souvent répétés comme les crises douloureuses.

Le malade *n'a pas eu de selles* depuis un temps déterminé, encore que la dernière selle ait pu suivre le début douloureux, ne traduisant que l'évacuation du segment intestinal au-dessous de l'occlusion.

Surtout, *il n'a pas eu de gaz* depuis vingt-quatre heures ou plus. Ce symptôme, quand il est formel, a la plus haute importance et doit être soigneusement précisé.

Le meilleur signe chez ce malade pris en pleine santé de douleurs violentes et de vomissements...

L'examen va le fournir.

C'est la découverte d'un *ballonnement abdominal*, d'abord localisé et dont il faut préciser le degré, la forme, le siège médian ou latéral.

Tout le problème est là. La solution réclame une étude approfondie de ce symptôme :

— Par la recherche à la vue, sur la zone saillante, à jour frisant, des contractions péristaltiques.

— Par la palpation, qui peut délimiter une zone tendue rénittente, très différente de la contracture qui n'existe en aucun point.

Le péristaltisme pourra se traduire au palper par une sorte de durcissement intermittent ou signe de von Wahl.

La percussion met en évidence le météorisme ou tympanisme localisé. Dans certains cas d'occlusion du grêle, on peut trouver à côté de ce météorisme une matité déclive, une sorte de clapotage intestinal.

L'auscultation elle-même apporte, seule ou associée à la percussion, des renseignements non négligeables : sons métalliques, bruits du cœur transmis à distance, résonance métallique de la percussion.

Tel est le signe qui à lui seul doit donner l'alarme : *la découverte d'un météorisme résistant, tympanique, à durcissement intermittent*, plus facile à trouver d'ailleurs au moment des crises douloureuses.

Il s'en faut que le diagnostic dispose toujours d'arguments aussi décisifs. Bien souvent le tableau clinique est plus fruste, d'où l'intérêt d'examens complémentaires, tels qu'une radiographie, ou même une scopie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

II. Diagnostic différentiel. — Il importe d'éviter l'erreur grave de conséquences avec une affection médicale. C'est le but essentiel du diagnostic différentiel : — colique hépatique, colique néphrétique souvent accompagnée de syndrome occlusif réflexe — colique saturnine — crise gastrique ou intestinale du tabes.

L'erreur est moins grave avec les autres syndrome chirurgicaux : syndromes péritonéaux aigus, appendicite, perforation ulcéreuse.

Rien de semblable en principe dans leur tableau clinique du début : contracture, silence abdominal, vomissements moins fréquents et moins abondants. Mais on sait que plus tard, aux signes de péritonite s'ajoutent ceux d'occlusion paralytique et les aspects se confondent.

Les torsions, les ruptures de grossesse ectopique, la pancréatite hémorragique ont en général des signes particuliers.

L'infarctus mésentérique ou intestinal rentre en fait dans le groupe des occlusions, mais...

La perception d'un empâtement abdominal submat,

La diarrhée parfois sanglante,

orientent en général autrement le diagnostic.

Théoriquement, tout serait simple. Mais chacune des affections précédemment citées peut se compliquer d'ileus paralytique. Ces formes occlusives sont à l'origine d'erreurs de diagnostic qui ne s'expliqueraient pas autrement.

On ne s'attardera guère à discuter l'hypothèse d'une *occlusion spasmodique*. Par contre, c'est une *règle absolue* de vérifier en toutes circonstances les *orifices herniaires* et leur trajet.

L'étranglement herniaire est une variété d'occlusion classée à part en raison de ses signes locaux. Mais ces signes locaux peuvent ne pas être immédiatement apparents (petites hernies crurales méconnues de la femme grasse).

Il faut connaître aussi les étranglements atypiques, interstitiels, propéritonéaux.

A l'opposé, une hernie peut devenir irréductible et douloureuse au cours d'une occlusion intraabdominale.

(A suivre.)

J. REIGNER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 89. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de stomatologistes de hôpitaux.* — Séance du 27 octobre 1938. — Épreuve écrite. *Question sortie.* — Symptômes et diagnostic de la syphilis linguale acquise.

Questions restées dans l'urne. — Signes, diagnostic et traitement des ostéophlegmons mandibulaires ; manifestations buccopharingées des maladies du sang, étude clinique et diagnostic.

Concours de l'internat (12 décembre 1938). — Jury après acceptation : Médecins : MM. Caroli, Jacquet, Cain, Escalier, Ameuille et H. Bénard. — Chirurgiens : MM. Madier, Fey, Soupault, Couvelaire, Picot, Lallemand (O.-R.-L.), Cleisz et Desmarest.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'Internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes des hôpitaux :

MM. Maillet, Michaud, Roche, Clert, Fontan, Mazare, Trouiller Michel, Blondet, Accassat, Marion, Gallet Maurice, Bertaud, Naudin, Duroux, Dechavanne, Mousselon, Pont, Moirecourt, Vignon Léo, Roy, de Mourgues, Stagnara, Pellanda, Vignon Georges.

Admis aux suppléances d'internes :

MM. Goursolle, Masson, Chauviré, Picot, Neyra ; Mlle Dechavanne ; MM. Genoud, Gautier, Reverey ; Mlle Mathieu ; MM. Rabaste, Augay, Barrut, Bonnaymé, Grégoire, Garnier, Tignel, Philippe Jean, Angel, Muller, Berthier, Tissot, Robin, Grange, Lefèvre, Boutin, Fond.

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints s'ouvrira au mois d'avril 1939. Ce concours est ouvert aux praticiens exerçant à Nîmes avant le 30 avril 1937.

Inscriptions avant le 31 mars 1939, au Secrétariat des hospices, 5, rue Hoche, à Nîmes.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Fay a été nommé médecin adjoint aux sanatorium de la Seine, à Hauteville (Ain).

Faculté de Médecine de Paris. — *Clinicat.* — Clinique de la tuberculose : Ont été nommés chefs de clinique : MM. Herrendschmidt, Le Melletier, Bouet, et Dugas (ancien chef de clinique de M. le professeur Laubry).

Faculté des Sciences de Bordeaux. — La chaire d'anatomie comparée et embryogénée est déclarée vacante.

École de Médecine de Limoges. — Le concours qui devait s'ouvrir le 14 novembre pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie est annulé (*Journal Officiel*, 27 octobre 1938).

École Normale d'Éducation physique. — M. Gayet, agrégé de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, est chargé de l'enseignement de la physiologie à l'École Normale d'Éducation physique.

Légion d'honneur. — Le Gouvernement français vient d'élever à la dignité de grand'croix M. le professeur Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles.

Les insignes de cette dignité ont été remis à l'illustre savant belge par M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, au cours de la séance d'ouverture du Congrès de l'Association des Microbiologistes de Langue française.

CHRONIQUE

FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS DU FRONT

Le Comité de la Fédération nationale des Médecins du Front rappelle à ses camarades, membres des différentes sociétés fédérées :

1° Que le 9 novembre prochain, la Fédération a l'honneur de ranimer la flamme sous l'Arc de Triomphe de l'Etoile. Le rendez-vous préalable est fixé devant l'Hôtel Astoria, 131, avenue des Champs-Elysées, à partir de 18 heures, la cérémonie devant avoir lieu à 18 h. 30 précises. C'est le professeur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, président de l'Association des Médecins médaillés militaires, grand blessé de guerre, qui accomplira cette année le geste symbolique.

Le Comité prie les camarades, aussi bien ceux de Paris que ceux de province, de venir aussi nombreux que possible, chaque délégation d'Association fédérée étant priée d'apporter son drapeau. Il invite tous les membres du corps médical présents, même ceux qui n'appartiennent pas à des sociétés, dans la capitale ce jour-là, à se joindre aux délégations.

2° Le 11 novembre, jour anniversaire de l'Armistice, suivant l'usage, mais par exception cette année à 14 h. 30 et non pas dans la matinée, en raison des fêtes qui doivent se dérouler le matin, à l'Arc de Triomphe et où doivent participer tous les Anciens combattants, le Comité déposera une palme devant la stèle commémorative des étudiants en médecine de la Faculté de Paris, morts au champ d'honneur. Comme par le passé, les Sociétés savantes et le Service de Santé militaire seront représentés et c'est le doyen de la Faculté, entouré des membres du Corps enseignant, qui recevra la délégation du Comité.

3° Le 26 novembre, le Comité donne sa fête de bienfaisance annuelle. Elle aura lieu, comme l'année précédente, au Pavillon de la Porte-Dauphine (Bois de Boulogne). Elle consistera en un dîner par petites tables, servi à 20 heures, dont le prix est fixé à 80 francs par tête ; puis en un bal qui commencera à 22 heures et dont le prix d'entrée est fixé à 5 francs ; les élèves des grandes écoles en tenue et les étudiants en médecine, sur présentation de leur carte, entreront sans payer aucun droit.

Le Comité de la Fédération insiste auprès de tous les membres des sociétés fédérées, ceux de Paris comme ceux de la province, pour qu'ils veuillent bien assister à cette soirée, eux et leur famille, non seulement dans le but de renouer les liens de camaraderie de guerre, mais aussi pour apporter une aide effective à la caisse de bienfaisance de la Fédération pour laquelle cette fête est spécialement donnée.

Chaque année, en effet, la vie devient plus dure pour certains de nos camarades qui sont revenus de la guerre, mutilés, infirmes ou malades. Chaque année aussi quelques-uns des nôtres meurent laissant une femme et des enfants dans le besoin. Il importe de leur tendre la main pour les secourir et les médecins anciens combattants se doivent les premiers à ce devoir.

Pour tous renseignements ou pour obtenir des cartes s'adresser à :

Dr Jean Schneider, président de la Fédération, 16, rue Alfred-de-Vigny, Paris (8e) ; Dr Fabre de Parrel, un des vice-présidents, membre du Comité des Fêtes, 78, boulevard Malesherbes, Paris (8e) ; Dr O'Followell, trésorier, 9, rue d'Argenteuil, Paris (1er).

CONGRÈS

Société française d'Orthopédie et de Traumatologie. — A la fin du Congrès dont nous rendons compte, d'autre part, la Société a pris les décisions suivantes :

Le Bureau de la Société pour 1939 est composé de : MM. Rocher (Bordeaux), Président ; Lance (Paris) et Tavernier (Lyon), Vice-Présidents ; A. Richard (Berck) et Leveuf (Paris). Secrétaires généraux : Clavelin (Armée), Trésorier.

Les Journées orthopédiques suisses qui devaient avoir lieu du 26 au 30 septembre et avaient été supprimées sont reportées à la semaine de la Pentecôte 1939.

Les questions mises à l'étude pour la prochaine réunion en octobre 1939 sont :

1° *Les arthrites chroniques non tuberculeuses de l'épaule et du genou.* MM. Guérin et Pouyanne (Bordeaux) rapporteurs.

2° *Les fractures intra-articulaires des plateaux tibiaux.* Un rapporteur parisien sera ultérieurement désigné.

Une question pour 1940 a été choisie : *La réparation osseuse des fractures fermées des membres.* Rapporteur : M. Clavelin (Armée).

XXVe Congrès Français de Médecine. — Voici le nouveau Programme résumé du Congrès :

Jeudi 10 novembre : 9 h. 15, Séance d'ouverture et rapports sur la spirochétose-ictéro-hémorragique ; 14 h. 30, Réception à la Chambre de Commerce et visite des ports ; 17 h. 15, Discussion des rapports ; 21 h. 30, Soirée offerte par le Président, professeur Olmer.

Vendredi 11 novembre : 9 h. 15, Séance consacrée aux rapports sur les « hypochlorémies » ; 17 heures, Discussion des rapports ; 20 h. 45, Soirée à l'Opéra offerte aux Congressistes.

Samedi 12 novembre : 9 h. 15, Séance sonsacrée aux rapports sur « la thérapeutique des avitaminoses de l'adulte » ; 11 h. 30, Réception à la Mairie ; 14 h. 30, Discussion des rapports ; 18 heures, Séance de clôture ; 20 heures, Banquet par souscription (80 francs).

Dimanche 13 novembre : Excursion à Aix-en-Provence offerte aux Congressistes : Départ de Marseille à 11 h. 30 ; Déjeuner offert à l'Hôtel des Thermes à 12 h. 30 ; Dans l'après-midi, visite des Thermes et de la Ville d'Aix ; Retour à Marseille par les trains du soir.

Le Congrès néo-hippocratique tiendra ses séances ce même jour à Marseille le matin et à Aix l'après-midi.

REVUE GENERALE

L'ŒDÈME CÉRÉBRAL TRAUMATIQUE

Par M. Raymond DIEULAFÉ (Toulouse)

L'étude des complications des traumatismes craniens n'a, pendant longtemps, considéré que des faits correspondant à des lésions observables à l'ouverture opératoire ou nécropsique du crâne : tels les foyers de contusion encéphalique ou les hématomes compressifs. Mais, à côté de ces dégâts importants, on a dû faire place à des lésions dont les manifestations cliniques, difficiles à préciser, étaient rangées sous le terme peu précis de commotion cérébrale.

Acquisition relativement récente due surtout à Cushing, la connaissance de l'œdème cérébral se perfectionne de plus en plus, grâce aux travaux de neurochirurgie aussi bien en matière de tumeurs que de traumatismes. Cette complication tend à prendre une place prépondérante, au lieu du rôle de lésion complémentaire et consécutive à une compression.

Nous ne nous proposons pas ici de traiter à fond cette question, mais seulement de tracer un aperçu de ces différents chapitres d'après les travaux récents où ce syndrome anatomo-clinique est étudié.

Définition. — Comme nous le verrons par l'étude clinique, l'œdème cérébral ne peut se définir qu'anatomiquement :

— Etat spongieux du cerveau imbibé de liquide céphalo-rachidien (Rawling) ;

— Etat humide des tissus cérébraux (Sharpe) ;

— Gonflement contusionnel diffus ou circonscrit (Henschen) pouvant se présenter comme une infiltration de liquide intercellulaire (gonflement humide) ou comme un œdème intracellulaire (gonflement sec).

Le Beau appelle plus simplement œdème cérébral toutes les variétés de gonflement du cerveau en rapport avec une modification intrinsèque du tissu nerveux (corps cellulaires, fibres nerveuses, substance interstitielle). Il en élimine l'augmentation apparente du volume du cerveau due à la présence d'un hématome intracérébral ou à une dilatation ventriculaire. Dans l'ordre physiologique, l'œdème cérébral représente un ou plusieurs phénomènes dépendant de modifications déclenchées par un mécanisme nerveux (Le Beau) ; on voit l'imprécision de cette définition pathogénique et la nécessité de s'en tenir à l'anatomie pathologique macroscopique pour délimiter l'œdème cérébral.

Anatomie pathologique. — La description anatomique de l'œdème du cerveau doit, de préférence, être tracée d'après les constatations opératoires plutôt que sur la table d'autopsie. Dès la trépanation, on peut remarquer que l'os saigne plus que d'ordinaire par mille petits pertuis ; la dure-mère est tendue, amincie. Malgré de délicates précautions pour l'inciser, il arrive que l'on blesse légèrement l'écorce. Le cerveau a une telle tendance à sortir qu'il ne laisse aucun espace entre lui et la face interne de la dure-mère. La première notion certaine qui permet d'affirmer l'œdème est une constatation visuelle : la tendance du cerveau à sortir en masse. Au lieu d'être rosé, il est jaunâtre, presque blanc par endroits. La circulation superficielle est modifiée : les veines sont volumineuses mais on voit moins bien les artères des sillons.

Un autre caractère visuel extrêmement important est l'aplatissement des circonvolutions ; dans les cas extrêmes, on ne voit plus du tout les sillons (Le Beau). La surface du cerveau semble lisse, d'aspect brillant, vernissé et c'est là un élément très caractéristique, mais qui peut faire défaut : à la coupe d'un cerveau à surface normale, on peut constater des zones d'œdème profondes, surtout périventriculaires (Alajouanine).

Le cerveau œdématié est très mou et très hémorragique.

La masse cérébrale bridée par la dure-mère inextensible tend à s'extérioriser, et en dehors de toute ouverture cranienne anormale, elle s'engage dans les orifices normaux. Ces engagements ont été particulièrement bien étudiés par Le Beau ; citons, comme les plus importantes, l'engagement partiel du lobe temporal en dedans de la petite circonférence du cervelet, l'engagement des amygdales cérébelleuses à travers le trou occipital.

Histologie. — Les lésions sont de deux ordres : vasculaires et tissulaires ; ou plutôt, il existe des modifications du calibre des vaisseaux qui sont intensément distendus sans altération de la paroi vasculaire. Les espaces périvasculaires sont agrandis dessinant sur les coupes de petites lacunes autour de chaque petit vaisseau.

La trame du tissu est distendue, comme effilochée et l'œdème péricellulaire arrive à entourer d'un halo clair presque chaque cellule.

Mais à côté de ces lésions, le gonflement des cellules nerveuses constitue l'altération vraiment caractéristique de l'œdème cérébral. De plus, Alajouanine a décrit des altérations tinctoriales des cellules sous le nom d'aspect lavé. Il est possible que ces modifications persistent après disparition de l'œdème expliquant l'existence de séquelles.

Mécanisme. — La solution du problème physiopathologique de l'œdème cérébral se heurte à des difficultés comparables à celles que rencontre l'interprétation des œdèmes traumatiques des membres (Lenormant).

Le traumatisme généralement important, peut être minime ; les sujets tarés ou âgés semblent plus prédisposés que les autres ; les enfants sont exceptionnellement atteints (Sharpe, Sorrel). A ce propos, il est curieux de faire cette constatation alors qu'on vient tout récemment d'admettre que le syndrome pâleur-hyperthermie coïncide avec un œdème cérébral.

Mais pour demeurer dans le domaine des traumatismes craniens, l'explication pathogénique de l'œdème cérébral relève de deux sortes d'hypothèses.

Dans la première, il s'agit d'une sorte d'œdème de stase par ralentissement de la capacité d'absorption

des veines cérébrales. Celle-ci peut être due à une élévation de la pression veineuse ou à une maladie qui aurait lésé les parois veineuses (Rawling). Il en résulte un excès de liquide céphalo-rachidien dont le cerveau s'imprègne comme une éponge.

A côté de ce phénomène passif, Sharpe invoque aussi l'excès de liquide, mais non plus par diminution de l'excrétion, mais par augmentation de la sécrétion. On s'achemine ainsi vers un mécanisme plus actif qui se rapproche de la deuxième hypothèse.

Dans celle-ci, il faut admettre que les vaisseaux cérébraux jouissent, comme les autres vaisseaux de l'organisme, de vaso-motricité.

C'est là un fait extrêmement discuté, sur lequel l'accord n'est pas encore fait. Nous ne voulons pas le reprendre ; que l'on sache seulement que la majorité des auteurs admettent une vaso-motricité cérébrale, mais qui n'est peut-être pas absolument superposable à celle des autres vaisseaux de l'organisme (XVe Réunion Neurologique Internationale annuelle, 1936).

L'œdème cérébral peut être dès lors interprété comme une extravasation séreuse portant sur le plasma (sans hématies, ni leucocytes) et venant infiltrer le tissu cérébral.

Le déclenchement de celle-ci peut s'expliquer de plusieurs façons :

1° Le traumatisme produit un spasme vasculaire qui, au bout d'un temps variable, fait place à une vaso-dilatation (Lenormant, Wertheimer et Patel) ;

2° Le traumatisme entraîne un cône de pression du liquide céphalo-rachidien comme dans la vieille théorie de Duret ; le choc se transmet aux parois du ventricule où existe un appareil régulateur de la circulation interstitielle cérébrale (Clovis Vincent). Son irritation entraîne l'apparition extrêmement rapide de l'œdème ;

3° Le cône de pression peut traumatiser le plancher du IVe ventricule, au niveau duquel existe, au voisinage du noyau de la Xe paire, un appareil dont la perturbation peut déterminer de l'hypertension artérielle générale, une vaso-dilatation cérébrale intense, de l'œdème aigu du poumon (Clovis Vincent).

Etude clinique. — Faisant abstraction de tous les signes et de tous les moyens de recherche communs aux traumatismes craniens, nous voulons seulement tenter d'isoler les signes caractéristiques de l'œdème cérébral.

Ce qui frappe dans les descriptions d'œdème cérébral, c'est l'imprécision du syndrome et sa ressemblance avec les manifestations des autres complications de traumatismes craniens. Il ne faut pas oublier que l'œdème cérébral est fréquemment associé à des lésions hémorragiques ; alors l'interprétation des symptômes devient particulièrement difficile.

D'après 30 observations analysées par Baysse (thèse de Toulouse 1937-38) et qui représentent ce qu'il a trouvé dans la littérature, comme cas d'œdème isolé, nous pouvons tracer une séméiologie de cette complication.

Signes psychiques. — Ils méritent d'être cités en premier car ils sont les plus frappants et aussi les plus constants. Ils ont pu être observés soit avec une gravité maximum d'emblée, soit après un intervalle libre, soit avec une gravité progressive.

Ils vont de la simple obnubilation avec somnolence au coma profond. Clovis Vincent analyse les degrés de cette évolution par atteinte successive de toutes les consciences : conscience réfléchie : le sujet n'exécute pas les actes commandés, il ne répond pas aux questions qu'on lui fait ; conscience automatique : les membres soulevés retombent lourdement sur le plan du lit ; conscience instinctive : le premier temps buccal de la déglutition est aboli (le sujet garde dans la bouche ou laisse s'écouler dans le pharynx passivement les liquides qu'on verse entre les lèvres, ce qui se traduit par l'absence d'ascension du larynx). A côté de ces manifestations bruyantes qui forment l'élément fondamental de la symptomatologie de l'œdème cérébral, il nous faut mentionner un signe rarement observé, mais de haute gravité, la carphologie génitale.

Signes bulbaires. — La vitesse du pouls peut être modifiée et c'est la règle puisqu'elle n'était normale que deux fois sur trente cas ; le pouls est le plus souvent accéléré, variant de 80 à 170, mais parfois aussi ralenti au-dessous de 60. Les troubles respiratoires sont moins fréquents, respiration stertoreuse et rapide, rythme de Cheyne-Stokes.

La tension artérielle est fréquemment augmentée : des poussées hypertensives ont pu être notées, indiquant une aggravation rapide.

Un autre signe d'atteinte bulbaire de grande valeur et qu'il ne faut pas négliger de rechercher, est la suppression du temps pharyngé de la déglutition (deuxième temps) qui peut s'observer sans perte de la conscience. La mydriase est plus fréquemment notée que le myosis.

Hyperthermie. — La température est très fréquemment modifiée : ce qui est surtout particulier à l'œdème cérébral, c'est l'élévation considérable de la température qui est souvent observée. La pathogénie de cette hyperthermie est loin d'être élucidée, mais il faut noter, parallèlement à ce fait, que dans le syndrome post-opératoire de pâleur-hyperthermie, l'œdème cérébral a été fréquemment constaté.

Signes d'hypertension intracranienne. — Lorsque le sujet est conscient, de façon constante, il se plaint de céphalée d'intensité variable.

La manométrie lombaire montre, s'il n'y a pas blocage cranio-rachidien, une hypertension liquidienne plus ou moins considérable.

La stase papillaire a pu être constatée dans quelques cas.

Signes sensitivo-moteurs, sphinctériens, méningés. — Toutes les variétés des modifications des réflexes, des troubles de la sensibilité, des phénomènes convulsifs ou d'irritation méningée, ont pu être observées sans qu'aucune présente une fréquence particulière, ni qu'aucun groupement intéressant puisse être noté. Ce n'est pas là qu'il faut chercher de signe d'œdème cérébral. Cependant, l'absence de signe neurologique de localisation a une valeur négative

importante pour éliminer un hématome ou un foyer de contusion.

Allure évolutive. — Si la symptomatologie, quelle que soit la façon dont ces divers signes s'associent, n'est pas très caractéristique, il est très important de suivre l'évolution de chacun de ces signes. Celle-ci, sans être un élément bien probant de diagnostic, règle par contre le pronostic. La courbe évolutive des signes a plus de valeur que leur intensité à un moment donné.

L'évolution peut se faire de façon aiguë et même suraiguë : le coma s'installe d'emblée et le malade meurt en vingt-quatre heures. L'apparition des signes se fait plus lentement après un moment de conscience absolue ou relative marquant un intervalle libre : alors on voit les signes s'aggraver progressivement et c'est sur leur modification d'un examen à l'autre, les examens successifs devant être faits d'heure en heure, que le diagnostic d'une complication et surtout le pronostic pourront être portés.

L'évolution peut alors tuer très vite ou en huit à dix jours, ou même plus tardivement, en vingt jours.

On peut même observer des formes très subaiguës où les signes sont atténués et où l'évolution est très lentement progressive (cas personnel publié dans la thèse de Baysse).

Diagnostic. — Nous venons de voir que ni la symptomatologie, ni l'allure évolutive ne pouvaient permettre de faire le diagnostic d'œdème cérébral : on peut seulement conclure à la présence d'une complication intracranienne s'aggravant progressivement.

Que l'on étudie séparément les hématomes, les méningites séreuses, les arachnoïdites, la dilatation ou le collapsus ventriculaires et que l'on cherche pour chacun d'eux à établir des tests cliniques les caractérisant, on se heurte toujours à une impossibilité venant des modalités extrêmement variables sous lesquelles ces diverses complications peuvent se présenter et qui rendent infidèle toute schématisation.

Aussi s'obstiner à vouloir trouver dans un cas donné les signes qui, par leur groupement, constituent le tableau classique de telle ou telle complication, est s'exposer à de nombreux mécomptes et à des erreurs parfois fatales.

La clinique insuffisante doit être complétée par diverses méthodes dont les indications doivent être précisées : encéphalographie ; ponction ventriculaire ; trépanation en quatre points ; ventriculographie.

L'Encéphalographie prônée par de Martel, séduisante par sa simplicité, puisque son manuel opératoire ne comporte qu'une ponction lombaire, présente certains dangers à cause de l'évacuation liquidienne abondante et de la compression du cerveau par l'air.

La Ponction ventriculaire conseillée par Petit-Dutaillis et à la suite par Clovis Vincent, offre un caractère négatif important : l'impossibilité de trouver les ventricules qui sont réduits à des fentes linéaires ; si on les trouve, on ne ramène pas de liquide ou seulement quelques gouttes (*gros cerveau à petits ventricules*).

La ventriculographie facile à réaliser lorsque la ponction ventriculaire a été faite, ne doit pas être utilisée avant le huitième jour, exceptionnellement entre le quatrième et le huitième : il est nuisible d'ajouter à une hypertension mal supportée, dont la gravité augmente d'heure en heure, une cause d'hypertension d'autant plus active que l'hypertension est déjà plus prononcée et que la machine à œdème cérébral est mieux lancée (Clovis Vincent) ; elle montre l'aplatissement des ventricules, mais elle ne fait pas la preuve de l'œdème, les ventricules pouvant être comprimés par des hématomes, à moins que l'on ait à faire à un cas de collapsus ventriculaire.

La méthode des quatre trous de trépan décrite par Clovis Vincent comporte des modalités variables suivant la situation des trous : 2 occipitaux et 2 frontaux, ou 2 occipitaux et 2 temporaux, ou 2 frontaux et 2 temporaux.

On peut aussi faire 6 trous de trépan. En cas d'œdème, on ne trouve pas d'hématome à la surface des hémisphères et le cerveau sort par les trous de trépan. Elle permet d'explorer toute la périphérie des hémisphères et de pratiquer des ponctions du ventricule au niveau de la corne occipitale et de la corne frontale.

La ponction lombaire, arme à double tranchant, doit servir seulement à prendre la tension sans évacuer de liquide. L'évacuation risque, en effet, d'amener une aggravation en favorisant l'engagement des amygdales cérébelleuses ou du lobe temporal. C'est là un argument de plus contre l'encéphalographie.

La ponction lombaire peut dans l'œdème faire croire à de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, alors qu'il y a en réalité de l'hypotension.

De tous ces procédés lequel choisir et de toutes ces notions que retenir dans un but pratique ? Nous voulons surtout nous efforcer d'indiquer une conduite réalisable par tout chirurgien non spécialisé, l'urgence de ces cas ne permettant pas toujours de recourir à un neuro-chirurgien.

Si cliniquement on a des raisons de penser à un œdème cérébral, c'est-à-dire lorsque le blessé présente un état de torpeur ou de coma s'aggravant, de modifications du pouls et du rythme respiratoire, de l'hyperthermie, quelques signes méningés et qu'en même temps un examen neurologique approfondi n'arrive pas à déceler le moindre signe de localisation, on doit après échec du traitement médical, si l'état général a permis d'en faire l'essai, envisager un moyen plus précis de diagnostic.

C'est ici qu'il faut choisir entre les différentes méthodes que nous avons énumérées ; par sa simplicité et sa bénignité, la méthode des quatre trous de trépan de Clovis Vincent nous paraît être le procédé de choix.

Elle permet de mettre en évidence l'*hématome sus ou sous-dural*, où la lésion est vue directement, le *collapsus ventriculaire* caractérisé par le cerveau qui, rétracté sur lui-même, est éloigné de la paroi cranienne.

L'*hydrocéphalie aiguë* se distinguera, si elle est à l'état pur, par le fait que le cerveau qui s'extériorise comme dans l'œdème, ne présente pas l'aspect lisse

de celui-ci. Dans ces cas, il sera souvent utile de pratiquer une ponction ventriculaire qui montrera un gros ventricule.

Difficile aussi sera le diagnostic d'un *hématome du centre ovale* qui peut être recouvert d'un cortex œdématié : les signes de localisation, s'ils existent, permettront le diagnostic aidé de la ventriculographie montrant le collapsus d'un seul ventricule.

La *méningite séreuse*, qui peut d'ailleurs s'associer à l'œdème cérébral (ils ne sont peut-être que des modalités différentes d'un même processus (Puech et Krebs) peut réaliser des syndromes cliniques variés, en particulier celui d'un hématome extra-dural, type Gérard-Marchant, sera diagnostiquée à l'ouverture de l'arachnoïde : le cerveau qui tend à faire hernie avant l'ouverture de l'arachnoïde s'affaisse dès l'ouverture de la méninge molle, alors que dans le cas d'œdème, le cerveau continue à faire hernie par la brèche.

Le diagnostic d'*œdème bulbaire* ou d'*engagement par le trou occipital* déterminant un blocage est particulièrement difficile : nous ne saurions envisager toutes ses modalités : il faut admettre en règle que le blocage est indiqué par la dissociation entre la pression artérielle progressivement ascendante et la pression liquidienne lombaire demeurée normale, l'épreuve de Queckenstedt-Stookey négative, l'hypertension du liquide dans la ponction sous-occipitale ; que l'œdème bulbaire isolé peut ne pas déterminer de blocage et se manifester seulement par des troubles bulbaires (pouls, rythme respiratoire, tension artérielle) avec constatations négatives par l'exploration du cerveau et des hémisphères.

Traitement. — Le traitement de l'œdème cérébral est délicat à préciser, car des moyens médicaux existent à côté des moyens chirurgicaux.

La délimitation entre les deux est marquée, pour Clovis Vincent, par l'état des fonctions vitales : si le coma a été immédiat et les fonctions vitales profondément troublées, le sujet est condamné quoi qu'on fasse ; quand les fonctions vitales ne sont pas troublées : appliquer le traitement médical, mais surveiller attentivement le sujet ; si les fonctions vitales tendent à se troubler : opérer.

Par ailleurs, Clovis Vincent, devant l'imprécision du diagnostic par la seule clinique préfère le plus souvent, avant d'instituer un traitement médical, voir la lésion par un orifice de trépanation ou même après avoir ouvert largement.

Moyens médicaux. — La ponction lombaire, méthode encore trop employée et de façon souvent inconsidérée, dans le cas d'œdème cérébral est conseillée par certains qui la font de manière répétée : mais les risques qu'elle présente : hypersécrétion, blocage, augmentation de l'œdème, est en réalité peu indiquée ; pourtant Clovis Vincent se demande si en mettant à sec autant de fois qu'il est nécessaire les espaces arachnoïdiens, on n'arriverait pas à juguler l'appareil à œdème déchaîné. Il lui réserve une place dans les suites d'une trépanation large. Alajouanine, Barré, Darléguy et Pervés pratiquent la ponction lombaire.

Les injections hypertoniques constituent la seule méthode médicale vraiment active ; nous ne voulons pas reprendre ici la question de la solution à employer : la plupart des auteurs donnent la préférence aux solutions de sulfate de magnésie à 15 % en injections intraveineuses (50 cm³ poussés en 15 minutes).

Cependant, d'autres auteurs utilisent des solutions de chlorure de sodium à 20 % et de glucose à 60 %. Les premières de celles-ci sont pourtant très critiquées.

Les injections de sulfate de strychnine, en injections sous-cutanées ou intraveineuses (12 milligrammes par jour) ont une action régulatrice sur l'hypothalamus.

Les méthodes médicales ne peuvent s'appliquer qu'à des cas peu graves, à évolution lente ; elles ne sauraient être prolongées devant une aggravation rapide et lorsque les fonctions vitales commencent à être troublées.

Moyens chirurgicaux. — Si dans certains cas des trépanations limitées (ancienne trépanation sous-temporale bilatérale à la Cushing) ont pu suffire à amener des guérisons, le procédé de choix paraît être la création d'un large volet de trépanation.

Les modalités techniques varient avec les auteurs. T. de Martel conseille une hémicraniectomie latérale large, sans ouverture de la dure-mère, Clovis Vincent donne la préférence à un volet plus atypique frontal droit empiétant sur la ligne médiane, avec ouverture facultative de la dure-mère, complété par un trou de trépan sous-temporal. Si le premier de ces auteurs cherche à réaliser une décompression d'un cerveau trop à l'étroit dans le crâne, le second estime que cette décompression doit être rendue plus efficace en permettant au cerveau de s'étendre à l'opposé des organes qu'il ne doit pas comprimer (bulbe et tronc cérébral) et qui sont à la partie postérieure de la base du crâne. De plus, le volet frontal a l'avantage de ménager les régions visuelle et du langage. Notre maître, le Professeur Ducuing, serait d'avis en pareil cas de pratiquer quelques incisions parallèles de la dure-mère pour détendre celle-ci sans provoquer de hernie du cerveau.

L'idée qui domine la thérapeutique chirurgicale est en effet en même temps que la décompression des hémisphères, la nécessité d'éviter la complication si grave de l'œdème qui est l'engagement des hémisphères ou du cervelet et du bulbe vers les régions sous-jacentes.

Lorsque cet engagement est réalisé ou que, par œdème du bulbe lui-même, il y a étranglement au niveau de la charnière cranio-rachidienne, la gravité des phénomènes impose une thérapeutique d'urgence; mais ici, la trépanation large n'est plus de mise, arrivant trop tard pour éviter les troubles dus au blocage céphalo-rachidien. Il faut intervenir directement pour lever l'agent d'étranglement, c'est-à-dire l'arc postérieur de l'atlas et le rebord correspondant du trou occipital. C'est l'opération d'Ody élargie, d'indication difficile à préciser, mais qui a pu donner récemment à Curtillet, dans un cas d'œdème bul-

baire, un beau succès. C'est la conduite qui est suivie en cas d'accidents aigus au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales (de Martel).

Il ne faut pas oublier que quelle que soit l'opération pratiquée, l'œdème peut continuer à se développer et que pour l'arrêter le traitement médical doit être énergiquement poursuivi. La chirurgie ici n'a qu'un rôle palliatif, non seulement elle n'agit pas sur la cause de l'œdème, mais encore elle ne vise pas à réduire celui-ci. Elle cherche seulement à donner plus de place à un cerveau augmenté de volume et à prévenir les complications qui résulteraient de sa compression excessive. Elle n'a que la valeur d'un traitement d'extrême urgence. Elle a l'inconvénient, si le cerveau continue à augmenter de risquer de le blesser contre les bords de l'orifice de trépanation.

Ses indications devraient se limiter de plus en plus par le perfectionnement du traitement médical qui, lui, cherche à réduire l'œdème et à inhiber le réflexe qui le produit.

La difficulté réside dans le diagnostic entre un œdème pur et un œdème d'accompagnement d'une autre lésion qui, elle, impose un traitement chirurgical.

La chirurgie reste nécessaire pour explorer les hémisphères et si, du point de vue thérapeutique de l'œdème, son avenir paraît limité, elle doit garder une place importante pour le diagnostic. Ainsi l'opération de Cushing, après une période de moindre vogue, sous la forme des multiples trous de trépan de Clovis Vincent, redeviendrait un des actes essentiels de la conduite à tenir en présence d'un œdème cérébral.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE (1)

XXe Réunion annuelle — Paris, 21 octobre 1938

DEUXIEME QUESTION

1er *rapport.* — M. BOPPE (Paris)

Traitement des fractures simultanées des diaphyses des deux os de l'avant-bras

Le traitement est difficile « on louvoie sans cesse entre deux écueils : le cal vicieux et la pseudarthrose » (Delbet). Les échecs sont dus parfois à des fautes de traitement : réduction incomplète, plâtre défectueux, ostéosynthèse imparfaite, mais surtout à la *lenteur de la consolidation*, et à l'insuffisance fréquente du temps d'immobilisation. De là les fractures itératives, les angulations secondaires, les pseudarthroses progressives par défaut de correction du décalage. Les échecs du traitement des pseudarthroses sont souvent dus à la non correction de l'inégalité de longueur des os.

1° Traitement des fractures récentes

Fractures fermées. — Le rapport expose les conditions de l'examen radiographique préalable.

a. *Traitement orthopédique.* — Ses conditions de réussite sont longuement exposées : traction puissante et prolongée jusqu'à dissécation complète du plâtre. La traction manuelle, avec dispositif spécial pour la prise des doigts, a la préférence du rapporteur sur la traction instrumentale (extension au fil de Kirschner, appareils à cadre, etc.), parce qu'elle permet les modifications d'orientation de la traction. Contre extension efficace. La position à donner au membre après réduction est discutée. Le rapporteur donne la préférence dans beaucoup de cas à la demi-pronation. Le plâtre, de l'aisselle à la tête des métacarpiens, est maintenu longtemps : 6 à 8 semaines chez l'enfant, 10 chez l'adulte.

Quels sont les résultats de la méthode orthopédique ?

« En pratique, un chirurgien entraîné, tenace, arrive à « réduire correctement à peu près toutes les fractures graves « de l'avant-bras ».

La contention est assurée par l'appareillage et surtout l'accrochage des fragments qui doit exister sur au moins un tiers de la tranche pour être suffisante. Mais il faut distinguer les fractures transversales, les plus habituelles, dans lesquelles l'accrochage est assuré — des fractures obliques, spiroïdes ou comminutives. Là l'accrochage des fragments n'existe pas, la contention par le plâtre seul est insuffisante. Il faut alors avoir recours soit aux broches noyées dans le plâtre (Böhler), soit au traitement opératoire.

b) *Traitement opératoire.* — Les diverses modalités en sont discutées : époque, position du membre, tracé des incisions. Dans la majorité des cas il faut opérer sur les 2 os. La réduction obtenue (par traction, angulation, emploi d'un levier, etc.) dans les fractures transversales engrenées, l'ostéosynthèse est inutile. Elle ne s'impose que dans les fractures obliques. On aura recours soit à l'enchevillement intra-médullaire, soit aux plaques vissées qui sont applicables à l'enfant avec un matériel approprié. L'emploi des agrafes est à rejeter. Une immobilisation de 2 mois 1/2 à 3 mois est indispensable après ostéosynthèse.

Les *fractures ouvertes* présentent peu de particularités.

Résultats. — Le Rapport expose ensuite des statistiques montrant les résultats thérapeutiques. Aux statistiques des compagnies d'assurances et experts comprenant surtout les mauvais cas, il oppose les statistiques intégrales d'un chirurgien ou d'un service.

Il constate les bons résultats de l'enchevillement intra-médullaire chez l'enfant (Leveuf) du traitement orthopédique avec broches noyées dans le plâtre (Oberzimmer, Vidal). Enfin il montre par son importante statistique personnelle les bons résultats d'un thérapeutique éclectique : orthopédique ou opératoire selon les indications.

*
* *

Traitement des Complications. — Il constitue la 2e partie du rapport.

Les *cals peu solides* s'observent surtout au niveau des fractures opérées.

Les *cals vicieux* sont constitués par les cals exubérants et surtout les cals angulaires. Cette angulation est négligeable si elle est minime. Elle est importante si elle gêne la pro-supination. Cette gêne varie selon que le blocage a lieu en supination, pronation, ou position intermédiaire.

Le rapporteur insiste sur la gêne causée par le blocage partiel douloureux par dislocation de l'articulation radio-cubitale inférieure.

Les interventions ont à corriger 3 facteurs de troubles : décalage, angulation et le raccourcissement inégal des 2 os. L'ostéotomie de redressement ne suffit pas dans tous les cas. En cas de souffrance de la radio-cubitale inférieure il convient de pratiquer son arthrodèse, avec création d'une pseudarthrose cubitale basse.

Les *Retards de consolidation et pseudarthroses* sont fréquents. La thérapeutique des pseudarthroses donne souvent

(1) Fin. Voir *Gaz. Hôp.*, n° 88, du 2 nov., p. 1404.

lieu à des échecs. Il faut les attribuer surtout à des erreurs dans les indications opératoires.

Le Rapport distingue 3 variétés de pseudarthroses :

1° Les pseudarthroses flottantes, rares, pour lesquelles l'enchevillement intramédullaire où les plaques vissées sont indiquées ;

2° Les pseudarthroses serrées, plus fréquentes, qu'elles portent sur les 2 os ou sur un seul, et quel que soit le mode de fixation employé (greffon, plaque vissée) il faut veiller à réduire ou éviter le décalage, et conserver la longueur réciproque des 2 os.

C'est ainsi que dans la pseudarthrose basse du radius, en général grave, il convient de réduire par ostéotomie la longueur du cubitus ;

3° Pseudarthrose avec perte de substance — quand elles sont étendues, il faut avoir recours à l'implantation cubito-radiale.

2e Rapport. — Prof. H. Billet (de Lille).

Les fractures simultanées des diaphyses des 2 os de l'avant-bras présentent certaines particularités :
1° Fréquence des fractures irréductibles d'emblée ; 2° fréquence des pseudarthroses ; 3° fréquences des cals vicieux entraînant une incapacité fonctionnelle importante.
Il faut rechercher l'origine de ces particulières gravités dans la physiologie et l'anatomie.

Le Rapporteur résume les données physiologiques complexes des mouvements du squelette de l'avant-bras qui forme un parallélogramme des forces. Le rétablissement de la fonction, en particulier des mouvements de rotation, exige la réduction exacte et la consolidation complète des 2 os. La réduction exacte implique la conservation de la longueur première, l'absence de décalage.

Le Rapporteur fait ensuite, d'après ses recherches personnelles, un exposé très complet des insertions exactes et de l'action de certains groupes musculaires de l'avant-bras. Il conclut que, contrairement à l'opinion, des 2 groupes pronateurs, supinateurs, c'est le 1er qui est prépondérant. C'est lui qui règle le déplacement des fragments dans les fractures du tiers supérieur de l'avant-bras.

De l'étendue et l'emplacement des insertions musculaires, de l'action des muscles, le Rapporteur tire des conclusions pratiques : 1° l'action des pronateurs est la cause essentielle du décalage. Il faut donc se méfier des bonnes réductions obtenues en supination ; 2° la fréquence des interpositions musculaires, soit par embrochement des muscles dans les grands déplacements, soit par insinuation des fibres entre les fragments. C'est l'interposition musculaire qui est la cause ordinaire des pseudarthroses. Sa fréquence constitue un des arguments fondamentaux en faveur de la réduction sanglante. L'intervention montre ces embrochages, l'inanité des tractions pour la réduction des grands déplacements, l'existence de l'interposition musculaire dans les pseudarthroses.

L'Auteur étudie ensuite les diverses variétés de fracture selon leur siège et les déplacements habituels aux divers niveaux. Il note que le siège de la fracture ne suffit pas à conditionner le déplacement des fragments pour lequel intervient l'action du trauma initial.

***

De ces données découlent les conclusions thérapeutiques :
1° Nécessité de la réduction sanglante lorsque les fractures diaphysaires de 2 os s'accompagnent d'un déplacement des fragments.

Chez l'enfant, surtout au-dessous de 5 ans, les fractures sous-périostées sont fréquentes et justiciables du traitement orthopédiques. Plus tard quelques cas (1,3 % statistique de l'Auteur) rentrent dans la règle commune et sont justiciables de la réduction sanglante et l'ostéosynthèse.

Dans les indications de l'ostéosynthèse il faut se rappeler que même dans les fractures à faible déplacement la réduction parfaite est exigée. Une coaptation imparfaite peut recéler une interposition et exige l'intervention.

Un déplacement important des fragments impose la réduction sanglante sans tentative préalable de réduction orthopédique qui risque d'augmenter les délabrements ;

2° La méthode de choix en matière d'intervention est la réduction à ciel ouvert suivie d'ostéosynthèse. La réduction sanglante avec contention par plâtre est moins sûre. L'ostéosynthèse correctement exécutée n'offre pas d'inconvénients. Aux plaques vissées le Rapporteur préfère le plus souvent les agrafes ;

3° Il est le plus souvent inutile d'intervenir sur les 2 os. C'est sur le radius, l'os mobile dont l'intégrité est capitale, qu'il faut agir. La réduction de sa fracture entraîne le plus souvent automatiquement (parallélogramme des forces) celle du cubitus. Le contrôle radiographique montre si une 2e intervention sur le cubitus est indispensable.

Il ressort de la lecture de ces deux intéressants rapports qu'il existe entre eux des différences très importantes de conception thérapeutique. M. Billet voit dans l'interposition musculaire fréquente, constatée à l'opération, la cause habituelle des échecs de réduction orthopédique et de la pseudarthrose. Il est donc enclin à préconiser d'emblée, chez l'adulte, au moins, la réduction sanglante portant sur le radius seul le plus souvent et suivie d'ostéosynthèse. M. Boppe considère la pseudarthrose surtout comme une conséquence de réduction mécaniquement mauvaise, ou d'une immobilisation insuffisante. Il considère qu'entre des mains habiles le traitement orthopédique suffit à donner de beaux succès. Le traitement chirurgical d'emblée est réservé à certains cas graves (fractures obliques, spiroïdes, comminutives).

Discussion

M. Verbrugge (Anvers) apporte sa statistique personnelle depuis 11 ans, celle de M. Romboots, et celle de M. Lambotte, de fracture des os de l'avant-bras traités par ostéosynthèse.

Sur 116 fractures récentes traitées, les cas divers n'ont montré que 2 pseudarthroses et 1 retard de consolidation.
Sur 44 fractures anciennes, il y a eu 2 pseudarthroses et un retard de consolidation. Ces chiffres s'opposent à ceux des statistiques viennoises (Cornioley, Böhler) qui accusent 50 % d'échecs. La raison doit être due à une technique différente.

M. Masmonteil (Paris), contrairement à l'opinion de M. Billet, pense que l'opinion de Destot sur l'origine des déplacements reste vraie dans la plus grande partie des cas. Le traitement est différent chez les enfants et les adultes. Chez les premiers le traitement orthopédique donne de bons résultats et l'ostéosynthèse doit être l'exception. Chez l'adulte l'ostéosynthèse s'impose. Les complications de celle-ci sont dues à des erreurs de technique (dénudation étendue des os) ou au choix du matériel de prothèse (action électrolytique).

M. Grinda (Nice) a traité 120 cas de fractures chez l'enfant et a été amené à n'opérer qu'une seule fois, le traitement orthopédique suffit.

Il a traité 26 fractures de l'adulte dont 9 sans déplacement. Il a eu une seule pseudarthrose traitée par enchevillement central. Pour lui, chez l'adulte le traitement de choix est la réduction à ciel ouvert avec contention par

broche de Kirschner incluse dans le plâtre. Une seule broche, au-dessus du poignet, suffit si le coude plié à angle droit est compris dans l'appareil.

M. HUSTINX (Hollande) a employé depuis 13 ans une méthode uniforme chez 107 malades (210 fractures). — Au-dessous de 15 ans tous les cas ont été traités par le plâtre avec succès comme le prouvent les 85 cas revus.

Au-dessus de 15 ans 15 blessés ont été opérés.

On n'opère jamais que sur un seul os. On maintient par le plâtre. On vérifie à la radio. Si le 2e est satisfaisant on s'abstient, s'il n'est pas réduit on opère une deuxième fois. La contention est toujours obtenue par des plaques fixées par des bandelettes de Parham. Cette prothèse est toujours enlevée au bout de 6 semaines.

Dans aucun cas il n'y a eu de pseudarthrose ou retard de consolidation.

M. SORREL (Paris). — Chez les enfants le traitement orthopédique est le plus souvent suffisant.

Sur 661 fractures fermées des 2 os il n'a eu à intervenir que 41 fois (6 %). Dans ces cas il pratique la réduction sanglante sur un seul os. La réduction avec un levier spécial est facile, le périoste est suturé par-dessus le trait de fracture. La réduction du 2e os est le plus souvent obtenue spontanément. La contention par le plâtre suffit ordinairement — par exception on est obligé de faire une prothèse.

M. LEVEUF (Paris). — Chez l'enfant il faut commencer par le traitement orthopédique et n'intervenir qu'en cas d'échec (20 %). Il rejette l'ostéosynthèse par plaque et pratique l'enchevillement central très court (2 cent. pour le radius, 1 cent. 1/2 pour le cubitus). Cet enchevillement donne une contention lâche qui permet les corrections ultérieures sous écran, et qui se résorbe vite.

M. TAVERNIER (Lyon) apporte une statistique de 308 cas de fracture chez l'enfant. 283 ont été traités par le plâtre en position intermédiaire, avec 277 résultats excellents ou bons.

On est intervenu secondairement 6 fois pour 2 inflexions, 1 synostose des 2 os, 2 chevauchements. 25 malades ont été opérés d'emblée — pour des chevauchements importants — et certains aggravés par des essais malheureux de réduction. Dans ces cas il ne conseille pas de confier la rétention au seul plâtre, l'ostéosynthèse semble indispensable.

* * *

Il ressort de cette importante discussion un certain nombre de points.

1° La fracture des 2 os de l'avant-bras est surtout une fracture de l'enfance. Chez l'enfant, à la partie moyenne et inférieure, c'est le plus souvent une fracture transversale dentelée qui, réduite au levier, s'engrène facilement et a tendance à se maintenir. Dans un plâtre prenant le bras coude plié et la main.

Les cas où la réduction sanglante est indispensable sont rares. La réduction d'un seul os entraîne le plus souvent celle du second qui ne sera faite qu'après vérification radiographique. La contention par ostéosynthèse ne semble pas toujours indispensable, elle est prudente.

Les résultats éloignés sont bons grâce au remodelage des os. La fracture de l'enfant reste bénigne.

2° Celle de l'adulte, beaucoup plus rare, est plus grave. Souvent oblique elle nécessite plus souvent la réduction à ciel ouvert et une ostéosynthèse de contention.

Communications particulières

Le Prof. MAUCLAIRE (Paris) projette les portraits connus de *Nicolas Auday*, auteur du 1er traité d'orthopédie (1741).

Le Prof. ROCHER (Bordeaux) a utilisé avec succès une plastie ligamentaire extra-articulaire par bandelette de fascia lata dans un cas de rupture du ligament croisé antérieur et ligament latéral externe.

Le Prof. ROCHER (Bordeaux) montre par la comparaison de 2 cas de fracture du rachis par chute de planeur l'importance du facteur psychique dans l'appréciation de leur pronostic.

MM. André RICHARD et J. COLMENARES (Berck) montrent en s'appuyant sur une statistique de 205 cas les étapes successives de la mise au point de la technique de l'arthrodèse extra-articulaire pour coxalgie chez l'enfant. — Discussion : MM. DUCROQUET, SORREL.

M. VAN HAELST (Gand) expose, d'après le traitement de 550 cas de scoliose essentielle, son opinion sur la pathogénie de cette affection.

MM. INGELRANS et VANDEUVRE (Lille) apportent 5 cas d'ostéomyélite de l'ilion traités par la résection large. — Discussion : M. LEVEUF.

M. DELAHAYE (Berck). — Un cas de tumeur à myéloplaxe du condyle fémoral traité avec succès par évidement et greffons. Résultat éloigné.

M. DELAHAYE (Berck). — Un cas de chondromatose de l'épaule traité par résection. — Discussion : M. Albert MOUCHET.

M. Peter BADE (Hanovre) traite l'hallux Valgus par la résection large de la tête métacarpienne (technique de Hueter) et la transplantation du tendon abducteur du gros orteil. — Discussion : MM. HUC et THYES.

M. GUILLEMINET (Lyon) rapporte une coxalgie de l'enfance ayant débuté par une fracture du col du fémur, traitée par arthrodèse par greffons. Troubles de croissance (raccourcissement de 14 cent. 5) attribués à l'atteinte du cartilage de conjugaison du tibia.

Le Prof HOHMANN (Francfort-sur-le-Mein) montre deux cas d'hypertrophie d'une apophyse transverse lombaire ayant causé de la sciatique et guéris par la résection de l'apophyse.

M. Chr. ROCHER (Bordeaux) présente une table radio-orthopédique transportable et facilement démontable.

M. MARTIN DU PAN (Genève). — Un cas de nanisme avec déformités congénitales ostéo-fibreuses généralisées.

MM. G. HUC et BADIE étudient la pathogénie des arthrites déformantes des doigts dues à la sénilité.

MM. G. HUC, MARTEL et THYES exposent la symptomatologie et le traitement des sciatalgies dues aux entorses sacro-lombaires.

Elections. — *Membre honoraire :* Prof. YOVTCHITCH (Yougoslavie).

— *Membres français :* MM. LOUBAT (Bordeaux), GANDY (Bordeaux), TRUCHET (Lyon), POILLEUX (Paris), CARCASSONNE (Marseille), Georges LECLERC (Dijon), BOULARAN (Toulouse), Mlle PICARD (Paris), FAVRE (Annecy), CABANAC (Grenoble.

— *Membres correspondants étrangers :* MM. THYES (Luxembourg), BADIE (Iran), MAYERANN (Allemagne), FU-WEN-CHIA (Chine), KARABARBOUNIS (Athènes), Ch.-W. DIXON (Colombie), J.-M. DIAZ DE REKARTE (Espagne), V. D. CHAKLIN (U.R.S.S.), J. CASTRO VILLAGRANA (Mexico), HACKENBROCK (Cologne), DESENFANS (Belgique).

M. LANCE.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 90. -- MERCREDI 9 NOVEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination de deux stomatologistes des hôpitaux.* — Sont déclarés admissibles : Mme Chaput, 59 ; MM. Gencel, 58 ; Bornet, 57 ; Cernéa, 56.

Concours du prosectorat. — Epreuve de pathologie chirurgicale. — Ont obtenu : MM. Delinotte, 25 ; Léger, 26 ; Huguier, 29 ; Judet, 29 ; Roux, 28.

Hôpital de la Pitié. — *Service central d'Electro-Radiologie.* — Une place d'externe est vacante pour le 15 novembre. Elle conviendrait particulièrement à un externe qui voudrait se spécialiser.

S'adresser au service.

École de médecine d'Angers. — Le docteur Gaugain est nommé professeur d'histologie, en remplacement de M. Papin, admis à la retraite.

École de médecine de Grenoble. — M. le docteur Latreille est nommé professeur d'histologie et d'embryologie en remplacement de M. le professeur Reboud, transféré dans la chaire de clinique obstétricale.

École de Médecine de Poitiers. — M. le docteur Veluet est renouvelé pour trois ans, directeur de l'École de Médecine.

École de Médecine de Rennes. — M. le docteur Grégoire est nommé professeur de pharmacie galénique en remplacement de M. Laurent, décédé.

Légion d'honneur. — INTÉRIEUR — *Officier :* M. André Caillet, à Paris.

GUERRE. — *Officier :* M. Lancrenon (E.-M.-M.) ; *Chevalier :* M. Derennes.

Prochaine Conférence des « Voix latines ». — M. le professeur Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, membre d'honneur de l'U.M.F.I.A. ou Union Médicale Latine, donnera le jeudi 1er décembre 1938, à 21 heures précises, à l'Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur : *Montaigne et l'Italie*, sous la présidence d'honneur de S. Exc. l'Ambassadeur d'Italie.

On trouvera des cartes d'invitation chez le docteur Dartigues, président de l'U.M.F.I.A. ou Union Médicale Latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e) ; au Laboratoire de Médecine expérimentale, 1 et 2, rue Malherbe, à Beauvais (Oise) ; à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e) ; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e) ; à la Librairie A. Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (6e) ; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e) ; à la Librairie du Monde Médical, 42, rue du Docteur-Blanche, Paris (16e) ; à l'Academia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (2e).

Société française d'Electrothérapie et de Radiologie. — La séance du mardi 22 novembre 1938 aura lieu le matin, à 9 h. 45, dans le service d'électro-radiologie du docteur Delherm, à l'hôpital de la Pitié.

Entretiens familiers d'endocrinologie gynécologique. — Chaque vendredi, à l'Hôpital Bellan, les docteurs Marcel Ferrier et Léon Pouliot dirigeront la discussion d'un sujet mis par eux à l'ordre du jour. Réunion à 9 h. 30, Salon du Service d'Endocrinologie, entrée rue Jules-Guesde (14e ar.). Métro : Gaité ; Autobus : Q, AL, AF.

Le premier entretien aura lieu le vendredi 18 novembre.

Le sujet proposé sera : *Le Syndrome d'Hyperfolliculinisme.*

Inspecteurs d'hygiène. — M. le docteur Abbal, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Dordogne est affecté dans le département de Seine-et-Marne.

Le *concours* pour le recrutement de trente-cinq inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène qui devait avoir lieu le 22 novembre au Ministère de la Santé publique est reporté au lundi 28 novembre 1938.

Par suite d'empêchement, le cours de M. le Professeur Harvier, qui devait commencer le lundi 7 novembre, commencera *le lundi 14 novembre*, même heure, même lieu.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Bontemps (à Paris), décédé accidentellement.

— Le professeur Étienne Leenhardt, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de Médecine de Montpellier.

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Le 18 juin 1888 se tenait la première séance de la Société de Stomatologie. C'était une entreprise osée à un moment où aucune réglementation ne protégeait l'exercice de cette spécialité : elle ne fut possible et ne connut le succès que célébra son cinquantenaire que grâce à l'autorité scientifique et à la forte personnalité de son fondateur, le docteur Magitot, membre de l'Académie de Médecine. A cette séance inaugurale, Magitot prononça une allocution dont les passages essentiels furent rappelés, par le docteur Rousseau-Decelle, dans son très remarquable discours. Cette allocution qui précisait la doctrine du maître était conçue dans des termes si excellents et si appropriés qu'on peut les rapporter aujourd'hui tant, après cinquante années d'évolution médicale, les idées qu'ils expriment sont encore et toujours d'actualité.

« Le spécialisme s'impose et s'imposera bien plus rigoureusement encore lorsqu'il aura compris, qu'abdiquant toute vanité et toute présomption, il doit se considérer comme absolument esclave et tributaire des connaissances générales.

« Toute spécialité n'est donc qu'un art d'application : la médecine est *une;* elle a ses règles générales, ses lois fixes ; leur appropriation seule varie suivant le siège et la nature des organes et des tissus. D'autre part, tout cadre d'étude, si borné qu'il soit, ne peut être ni isolé, ni fermé ; il appartient à un ensemble de notions dont il reçoit l'impulsion et sur lequel il exerce à son tour une action parfois considérable.

« Nier une telle conception, c'est faire fausse route et exposer le spécialisme à toutes les attaques qu'il a si longtemps justifiées. »

Ces paroles méritaient d'être répétées alors que cette médecine, par l'institution de certificats de spécialité, risque de perdre sa qualité essentielle d'unité, au grand dommage tant de ces spécialités elles-mêmes que de la médecine générale.

Même si la Société de Stomatologie n'avait connu la prospérité que lui ont valu l'augmentation rapide du nombre de ses membres actifs, la qualité de ses discussions, les progrès qu'elle valut à cette nouvelle spécialité, son renom à l'étranger qui détermina la fondation de sociétés à son image dans de nombreux pays, la brillante figure de Magitot comme le bien-fondé de sa doctrine eussent mérité d'être évoqués. Et on ne saurait trop louer son distingué président actuel, le docteur Régis, d'avoir su donner tout l'éclat désirable à cette solennité.

Ce fut à l'occasion du Congrès de Stomatologie qui s'est tenu ces jours derniers et dont il convient de souligner le succès à tous points de vue, surtout dans les circonstances si peu favorables que nous venons de traverser. Ce succès est dû, pour une grande part, à la personnalité de son président le docteur Lacronique, ainsi qu'à son activité organisatrice et à celle de son distingué secrétaire général, notre confrère, Mme Papillon-Léage, stomatologiste des hôpitaux. Ainsi ils ont su réaliser le vœu exprimé par Magitot, en 1888 : réclamer pour la stomatologie ses droits de cité « n'est ni suffisant, ni légitime : il faut les mériter, les justifier... ».

A. HERPIN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE MEETING DE LA SALLE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Vendredi dernier a eu lieu, ainsi que nous l'avons annoncé, le très important meeting organisé par le S.M.S. et auquel avaient été convoqués tous les médecins de la région parisienne.

La réunion avait pour objet l'examen des problèmes très graves qui se posent pour l'exercice de la profession médicale.

M. Boelle présidait les débats qui furent fort animés. On adopta enfin l'ordre du jour suivant, dans lequel il est demandé :

1° Que les dispensaires ne délivrant pas exclusivement des soins gratuits ne puissent recevoir aucune subvention gouvernementale ou autre et soient soumis, ainsi que les médecins qui exercent, aux mêmes impôts et patentes que les praticiens ou les maisons de santé ordinaires (dispositions qui peuvent être pour les budgets publics une source appréciable de revenu) ;

2° Que les soins et les consultations dans les hôpitaux soient réservés exclusivement aux indigents et nécessiteux ;

3° Qu'il soit interdit à toute collectivité, à tout organisme jouissant de la personnalité civile, à tout patron, y compris les sociétés de secours mutuels, de dispenser des soins, soit par eux-mêmes, soit par personne interposée ;

4° Que les caisses d'Assurances sociales se limitent à leur rôle légal, qui est d'assurer le risque maladie-maternité, et qu'elles se voient interdire de donner des soins, directement ou indirectement.

Quelques notions médico-chirurgicales sur l'ensemble des

SUPPURATIONS DU COU (1)

Par M. Henri ABOULKER (d'Alger)

Séparation arbitraire des diverses suppurations cervicales. — Les suppurations cervicales sont décrites dans les ouvrages classiques en plusieurs chapitres différents, et éloignés, sans aucun lien les uns avec les autres :

D'un côté les *Phlegmons du cou*, de l'autre les *Suppurations peripharyngées*, et enfin, confinés dans des traités spéciaux, les *Abcès du pharynx et du larynx*, qui, cependant, *gonflent toujours le cou au même titre que les précédents.*

Or, les plans anatomiques où se développent ces affections sont contigus et mal séparés ; ils participent à la constitution du même segment céphalique ; ils sont, en fait, reliés par les lames celluleuses, par les vaisseaux lymphatiques, veineux et artériels et par les troncs nerveux qui les traversent. *Les infections se diffusent toujours* à la totalité des plans anatomiques quand elles sont livrées à elles-mêmes ou tardivement traitées ; il en est souvent de même dès les premières heures de l'apparition d'une suppuration cervicale quelconque : elle s'étend *plus ou moins et presque d'emblée à la totalité des tissus mous* qui recouvrent le conduit aéro-digestif supérieur et à ce conduit lui-même.

Cependant, on ne trouve pas, je crois, une seule étude de l'ensemble de ces phlegmons cervicaux. C'est cette mise au point que je veux essayer de faire ici.

***

Voici un chirurgien très averti, en présence d'un gonflement inflammatoire de la région latérale du cou. Il part à la recherche d'une collection dont l'existence est évidente. Il récline le sterno-mastoïdien, palpe le paquet vasculaire, cherche vers le haut, vers le bas, plus en arrière, plus en avant ; il récline fortement les vaisseaux, mais ne trouve rien. Il laisse un drain en place dans l'espoir qu'aux prochains pansements le pus s'évacuera ; et il conclut qu'il s'agissait, sans doute, d'une cellulite diffuse non encore collectée. Pendant ce temps, l'évolution pharyngo-laryngée, cavitaire, se poursuit et arrive à maturité. L'abcès se vide parfois dans le crachoir au cours d'un effort de toux. D'autres fois et plus souvent la dysphagie s'accentue, l'état général devient mauvais, la respiration est médiocre, entrecoupée d'accès paroxystiques à chaque essai de déglutition, à chaque tentative de gargarisme. Or ces symptômes n'inquiètent pas outre mesure. Ne les observe-t-on pas dans les abcès amygdaliens qui n'ont pas l'habitude de mal tourner ? Sans doute, mais dans cette dernière suppuration, *haut placée par rapport au larynx*, la dyspnée ne présente généralement qu'une *maladresse du pharynx buccal* largement congestionné. Dans l'abcès laryngé l'isthme du gosier est rouge, mais on ne voit pas de gonflement notable de l'amygdale, des piliers, de la luette ; le point saillant derrière lequel on sait que se cache le pus *échappe à l'examen* direct de la gorge, *car il est plus bas.*

La gêne de la respiration dans l'abcès de la région amygdalienne a la *signification d'une crampe passagère ;* dans le cas que nous examinons de lésion du pharynx inférieur chez un malade opéré sans qu'on ait rien trouvé, elle représente un *obstacle mécanique, permanent et progressif.* Pour beaucoup d'entre nous, dyspnée laryngée égale tirage, cornage, enfoncement sus-claviculaire. Mais ce n'est là, en réalité, que l'avant-dernière scène du drame qu'est l'asphyxie laryngée.

Signes précoces de l'obstruction laryngée. — Les premiers tableaux se traduisent *très discrètement* par l'accélération du rythme respiratoire, par une tonalité légèrement serratique de l'inspiration qu'il faut chercher en collant presque l'oreille près de la bouche du malade, par une ébauche de bleuissement de la face, par une décoloration des lèvres qui sont moins franchement rouges, par un effort de dilatation des narines. La pratique apprend à dépister ces étapes successives de l'obstruction de la glotte assez longtemps avant qu'elle ne soit dangereusement évidente. C'est le moment favorable pour l'examen du larynx et l'intervention locale, par les voies naturelles, s'il y a lieu. C'est surtout le moment, par l'inspection laryngoscopique, de faire le point du pronostic. Car, pendant que notre opérateur cherche entre les muscles du cou un abcès, introuvable car il est en dedans du pharynx, pendant qu'il dissèque péniblement des plans successifs épaissis et infiltrés, il soumet le larynx à des tiraillements et ses nerfs, filets du pneumogastrique, à une élongation qui peut être périlleuse.

L'état du larynx est le fait capital. — L'opérateur n'a pas suffisamment apprécié le fait principal : *c'est l'état de la glotte.* Est-elle libre ? Toutes les manipulations sont légitimes et, *sauf exception*, sont sans danger. Est-elle œdématiée ? Tous les accidents sont possibles. Je ne dis pas que dans tous les cas d'œdème laryngé des accidents sont inévitables ; je dis qu'ils peuvent se produire, *et qu'il faut se méfier malgré la respiration la plus apparemment paisible.* Sans qu'on saisisse pourquoi, certains larynx supportent des manipulations intempestives, d'autres se cabrent au moindre contact. C'est le domaine du pneumogastrique qui règne en souverain susceptible et despotique ; nous n'avons qu'à être prudents et circonspects.

Ainsi, les abcès de la cavité pharyngo-laryngée, abcès sous-muqueux les plus dissimulés, produits par le passage d'une épine de poisson ou celui d'un instrument explorateur, par l'érosion ou l'ulcération d'une affection éruptive ou autre, aboutissent presque toujours, dans tous les cas même, a-t-on affir-

(1) Ce travail est la mise au point d'une étude publiée dans le *Praticien du Nord de l'Afrique* (15 nov. et 15 déc. 1935).

mé (1), à un important *gonflement des plans superficiels du cou qui ressemble à celui des collections sous-sterno-mastoïdiennes* les plus caractérisées. Ces *suppurations cavitaires*, comme leurs voisines immédiates les *péri-cavitaires* dénommées *péri-pharyngiennes, se donnent de l'aise aussi bien en dedans* vers la lumière cavitaire *qu'en dehors* vers les plans cellulo-musculaires et sous-cutanés. Par un processus parallèle les collections qui débutent dans les plans intermusculaires s'étalent vers la peau et vers la cavité. C'est ainsi qu'en examinant le larynx dans tous les cas, systématiquement et avant tout, *avant de ne rien dire et avant de ne rien faire*, nous constatons très souvent des œdèmes importants et inattendus du larynx. Ces constatations cliniques indiscutables suffisent à elles seules, et en dehors de l'intérêt thérapeutique, à justifier notre désir de simplifier, en les rapprochant les unes des autres, l'étude des différentes suppurations cervicales.

L'œdème de la glotte n'existe pas. — Au demeurant, l'œdème glottique des classiques n'existe pas ; c'est *anatomiquement* un œdème des bandes ventriculaires et des ligaments aryténo-épiglottique, d'une part, d'autre part un œdème du dôme sous-glottique, allant, pour ainsi dire, à la rencontre l'un de l'autre vers les rubans vocaux. La muqueuse des cordes vocales, strictement adhérente au muscle sous-jacent, résiste à la poussée d'infiltration. C'est pourquoi, en pleine *dyspnée, la voix est conservée* bien qu'elle prenne un timbre caverneux par modification des conditions de résonnance. Les examens du larynx sont à cet égard confirmés par les belles recherches de Viella et Truffert qui ont étudié les zones décollables par des injections de liquide dans les diverses zones du pharyngo-larynx. C'est par la même méthode que Truffert a étudié l'ensemble des zones décollables du cou et s'est employé à déterminer les régions où le *pus peut s'étaler*.

Les spasmes du larynx. — J'ai publié de nombreux cas de spasmes graves chez l'enfant (2). J'étais informé de ces incidents dramatiques et me croyais armé contre eux, lorsqu'un jour, à l'hôpital, un infirmier me présente un enfant de 16 mois hospitalisé dans un service voisin.

Sur ma question précise, on me répond que l'enfant *rejette les liquides par le nez*. Sur ce signe, je diagnostique abcès rétro-pharyngien probable, parce que c'est la cause la plus fréquente de l'immobilisation du voile chez l'enfant. Je réunis les élèves du service, je rappelle les accidents possibles dans les manœuvres de diagnostic et de traitement indispensables ; enfin, je fais préparer un tubage et une trachéotomie. Ainsi paré je fais remarquer que l'enfant ne semble présenter aucun symptôme de gêne respiratoire. En fait, je tiens d'abord à profiter de l'occasion pour faire sentir aux assistants l'importance de la question du spasme laryngé, et c'est pourquoi je multiplie les précautions ; mais, au fond, je ne suis pas sans inquiétude, car cet enfant a le faciès cachectique de tels autres qui ont fait des spasmes que j'ai cru d'abord mortels. Je place donc l'abaisse-langue avec précaution, je déprime *à peine*, le regard fixé non sur l'isthme du gosier, mais sur les yeux de l'enfant ; immédiatement dilatation brusque des pupilles, l'enfant est mort.

Assisté de mon interne, Mme Delfau, je fais en quelques instants une trachéotomie ; la respiration artificielle fait entrer l'air largement ; j'insuffle directement le poumon par la canule, sans résultat. Au bout de quelques minutes, me rappelant mon diagnostic, je cherche au doigt et je sens un gros abcès rétro-pharyngien ; je le vide, je masse le vestibule laryngé, mais en vain.

Lorsqu'un quart d'heure plus tôt je disais : « Regardez cet enfant, il va mourir », je ne prévoyais qu'une alerte sérieuse qui allait utilement frapper les esprits ! Mais étant donné que les examens se font souvent au domicile du médecin, l'enfant entre les bras d'un parent, sans témoin, combien d'experts médecins, combien de magistrats admettraient-ils que tirer la langue pour examiner le larynx, placer un abaisse-langue, mettre un ouvre-bouche en place sont des manœuvres qui peuvent tuer ? (1)

Pour éviter les incidents dramatiques ou les catastrophes, il est préférable de décréter d'accusation toutes les suppurations du cou ; il faut les envelopper d'un préjugé défavorable. Ainsi frappées de suspicion légitime, elles nous obligent à prévoir le pire ; c'est le meilleur moyen de l'éviter.

Obstruction mécanique, spasme et choc bulbaire. — Il y a trois notions à retenir : l'obstruction mécanique, le spasme chez les obstrués, et le choc bulbaire chez les sujets obstrués ou non. Depuis de nombreuses années, j'avais été frappé par cette défaillance brutale, que j'ai vue deux fois mortelle, chez des sujets infectés en état d'insuffisance respiratoire latente ou avérée ; tels sont ceux qui font des syncopes ou des arrêts interminables de la respiration quand on place, même sans effort, un tube dans le larynx, quand, la trachée ouverte, se précipite la première colonne d'air dont *je ralentis toujours l'entrée*, quand on introduit la canule, même d'un coup et sans tâtonnement.

Dans les lésions sous-hyoïdiennes le danger est au larynx. — Dans les lésions de toute nature sous-hyoïdiennes, qu'elles soient sus ou sous-sterno-mastoïdiennes, latéro, rétro ou antéro-pharyngées, le mal est logé en quelque endroit du cou à déterminer : *le danger est d'abord au larynx.*

(1) Dans l'article Phlegmons pharyngo-laryngés du traité de Lermoyez-Moure-Sébileau, Furet écrit : « Le gonflement du cou existe toujours, bien que les observations s'abstiennent de l'indiquer. »

(2) « Que peut faire un praticien en présence d'un enfant qui étouffe. » In Clinique et Iconographie médico-chirurgicales. Ed. Maloine (Paris), Ferraris (Alger), 2e éd., 1924. H. Aboulker, page 369.

(1) J'ai vu ces manœuvres élémentaires que j'énumère, déterminer des spasmes qui m'ont semblé devoir être mortels; je viens d'enregistrer un second décès dans les mêmes conditions, à 22 ans d'intervalle. D'autre part j'ai vu un enfant succomber au moment même de l'introduction du tube dans le larynx, et deux autres au moment de l'introduction de la canule; il s'agissait de patients à toute extrémité; mais cela ne semblait pas évident à l'entourage.

Dans les lésions sus-hyoïdiennes le danger est au plancher buccal. — Dans les *lésions sus-hyoïdiennes* le danger *est d'abord au plancher ;* il s'insinue secondairement jusqu'à la glotte, le long d'une des zones décollables mises en évidence par Viela ; elle unit le bord de l'épiglotte, *en haut* au pilier postérieur du voile et au plancher, *en bas* au vestibule du larynx. C'est pourquoi, dans le mal de gorge c'est une erreur de regarder uniquement la région amygdalienne. Il faut toujours faire un examen méthodique : gencives, dents et vestibule buccal, face postérieure de l'arcade dentaire ; ensuite *relever* la langue, voir sa face inférieure et *inspecter le plancher*, de l'œil et de l'extrémité de l'abaisse-langue qui palpe et révèle une induration débutante ; le toucher, doigt dans la bouche et doigts sous-maxillaires, complète l'examen.

Quand le larynx et le plancher sont indemnes, on a le temps de voir venir.

Ceux qui ne sentent pas suffisamment cette notion capitale de l'état du larynx retiennent comme cause de la dyspnée l'état toxique ou infectieux pharyngien ou trachéo-bronchique, et négligent les *éléments mécaniques* du problème. Faute de songer à *dépister les signes précoces* de l'obstruction laryngée, on attribue cette gêne respiratoire aux causes générales, à la fièvre, aux intoxications, à un asthme larvé, etc...

Importance de l'examen méthodique de la bouche. — Il y a peu de temps, j'ai eu l'occasion d'observer à 24 heures d'intervalle deux adultes atteints de phlegmons rétro-pharyngés à évolution lente, probablement tuberculeux sans lésion osseuse apparente, avec gonflement de la partie latérale du cou. La poche pharyngée surplombait le larynx que je n'ai pu voir ; il n'existait pas de gène respiratoire apparente. Chargé de traiter le premier patient, j'ai ponctionné séance tenante par le pharynx. Le second m'était envoyé en consultation ; le mot adressé par moi au confrère traitant ne lui parvint pas tout de suite, et le malade succomba dans la soirée. Je me souviens de l'émotion de mon entourage. A l'occasion du premier cas, je venais de lui rappeler les notions élémentaires qui précèdent et elles se trouvaient tragiquement illustrées. Or les deux malades présentaient seulement un peu de *nasonnement !* Il faut être armé de ce *pessimisme systématique et préventif* que je préconise pour éviter les catastrophes. D'ailleurs, il en est de ces suggestions comme de tous les conseils d'action préventive. C'est quand on les a dédaignés d'abord qu'on finit par en apprécier l'utilité à l'occasion des complications ; encore faut-il être le témoin de cellesci. Je sais que les faits analogues à celui que je viens de raconter ne sont pas très rares dans les abcès rétropharyngiens chauds ou froids. Dans les ostéo-phlegmons tuberculeux, le glissement possible des corps vertébraux aggrave les risques qui semblent si souvent en incubation dans le territoire d'innervation du pneumogastrique (1). Il faut donc suivre d'aussi près que possible ces malades, le miroir laryngé à la main, avec le double objectif de s'en servir *très prudemment et de restreindre le plus possible son emploi.*

(1) Furet, dans l'article précédemment cité rappelle des expériences de Brown-Séquard : « de légers traumatismes sur le larynx et la trachée provoquant la mort brusque sans que le sujet ait le temps de proférer une plainte. »

Importance de l'examen laryngoscopique dans les affections du cou. — Par ailleurs, la pratique nous autorise à ajouter que cet examen laryngoscopique est très insuffisamment demandé dans toutes les affections cervicales (1).

D'abord dans les ulcérations diverses, dans les tumeurs malignes ou bénignes, telles les kystes qui, au même titre que les suppurations nées en un point quelconque du cou, s'étendent en dedans ou en dehors soit par elles-mêmes, soit par leurs adénopathies. Combien de tumeurs thyroïdiennes, dont les cordes vocales paresseuses, sont responsables d'incidents respiratoires imprévus au cours des interventions ! Certains abcès à répétition du cou ne sont que des fistules cervicales suppurées de kystes laryngés, tandis que d'autres représentent un trajet aboutissant à une dent cariée incluse. En somme, de la dysphagie, de la dysphonie, de la dyspnée, *il ne faut jamais dire « ça n'est rien »* sauf, bien entendu, dans les cas, les plus fréquents après tout, de pharyngo-laryngites banales faciles à reconnaître. Mais que de diagnostics infiniment précieux par leur précocité l'on pourrait faire si l'on nous donnait l'occasion de regarder plus tôt.

Utilité de l'examen précoce du larynx. — Loin de moi l'intention de dramtaiser à l'extrême cet exposé, et d'aggraver un pronostic suffisamment sérieux. Je n'ai que le désir de soumettre le fruit d'une expérience hospitalière très active de plus d'une trentaine d'années, dans l'espoir d'éviter à quelques confrères trop confiants des accidents dont un grand nombre peuvent leur être épargnés. En ce qui concerne en particulier les suppurations cervicales, quoique le danger soit souvent méconnu, assez souvent il disparaît spontanément grâce à une vomique purulente providentielle. Mais la Providence, dit-on, préfère que nous nous aidions nous-mêmes.

***

Le cou est constitué par le conduit viscéral pharyngo-laryngé et trachéal enveloppé d'un étui musculo-cutané. Il est suspendu au vaste système ostéo-cartilagineux dont les diverses pièces sont craniennes, vertébrales, maxillo-faciales, hyoïdiennes, laryngées et chondro-sterno-claviculaires. Les parties molles périviscérales sont représentées par plusieurs couches musculaires entourées d'aponévroses et reliées par des lames de glissement celluleuses que parsèment des groupes ganglionnaires. Entre les muscles s'étend la loge vasculaire et circulent les nerfs : maxillaire inférieur, facial, glosso-pharyngien, pneumogastrique et spinal, hypoglosse, sympathique ; le plexus cervical fournit leur innervation sensitive aux plans musculaires superficiels et profonds. Cette définition du cou nous permet d'entrevoir *ce que doit être la symptomatologie des suppurations.*

(1) De même dans les affections médiastinales.

Séméiologie analytique : phénomènes généraux et locaux. — Elle se traduit : 1° par les *phénomènes généraux* des infections, élévation de température, accélération du pouls, adynamie, etc...

2° Par des *phénomènes locaux : gonflement diffus et lointain* quand l'abcès est profond, c'est-à-dire dans les abcès cavitaires et péri-cavitaires ; *dur et proche de la main et de la peau* quand il est plus près, c'est-à-dire dans les abcès sus- ou sous-sterno-mastoïdiens, sous-maxillaires, parotidiens, etc...; *rougeur, chaleur, douleur plus intenses* dans les abcès voisins du doigt, plus estompées dans les autres. L'hyperémie, l'élévation de la température, la sensibilité et la distension des tissus se manifestent dans tous les plans du cou depuis la muqueuse pharyngée jusqu'aux téguments. La tuméfaction qui, la première, retient l'attention va nous orienter vers le diagnostic ; elle est réalisée à la fois par *la collection et par la cellulite périphérique*. La part respective de ces deux éléments dans la constitution du gonflement est très variable ; elle dépend de l'adhérence du tissu cellulaire aux plans voisins qui constitue des zônes plus ou moins facilement décollables. Par exemple, nous avons l'habitude de constater autour d'un petit abcès dentaire une déformation de la face et du cou qui peut être considérable.

Signes fonctionnels: dysphagie, dysphonie, dyspnée. — A la suite des phénomènes généraux et locaux, on constate :

3° Des *signes fonctionnels : torticolis* par myosite du sternomastoïdien principalement et aussi des autres muscles sans doute ; *dysphagie* et salivation, *dysphonie, dyspnée* aboutissant au tirage et au cornage par infiltration de la muqueuse et des tissus cellulo-musculaires.

Phlébites. — 4° Accidents *phlébitiques* au niveau de la jugulaire interne et des veines secondaires, tronc thyro-linguo-facial, et veines mastoïdienne et occipitale points de départ d'abcès postérieurs otitiques ; le gonflement de ces phlébites est recouvert par celui des cellulites périphlébitiques et dissimulé par les signes généraux de l'infection.

Névrites : sensitives, motrices, sensorielles, sympathiques. — 5° *Névrites* sensitives, motrices, sensorielles, sympathiques, savoir : parésie ou paralysie faciale; névralgies maxillaires inférieures et parésie des muscles masticateurs (nerf maxillaire inférieur), *torticolis* complet avec rotation de la face du côté opposé qui distinguerait la névrite du spinal de la myosite du sterno-mastoïdien, atrophie du sterno-mastoïdien et du trapèze ; dysphonie (nerf récurrent), tachycardie, syncopes (pneumogastrique) ; toux coqueluchoïde, anesthésie de l'orifice laryngé provoquant la suppression du réflexe de défense, le passage des aliments dans les voies aériennes et les affections broncho-pulmonaires (nerf laryngé supérieur, branche du pneumogastrique) ; *nasonnement* à timbre sonore dit *rhinolalie ouverte* opposée à la *rhinolalie fermée* ou nasonnement à timbre sourd des tumeurs du cavum nasal (par paralysie du voile, nerf pneumospinal); *dysphagie* par anesthésie sensitive de la région amygdallienne, des parois postéro-latérales du pharynx, et anesthésie sensorielle de la base de la langue (glosso-pharyngien).

La paralysie motrice du constricteur du pharynx (signe du rideau), attribuée classiquement à l'innervation motrice du pharynx par le glosso-pharyngien (1) n'existe pas dans les 25 cas publiés de section de ce nerf pour névralgies. Il me semble que l'innervation motrice du pharynx doit être due au pneumo-spinal comme celle du voile du palais qui est au-dessus et celle du pharynx qui est au-dessous ; *dysphagie* névralgique ou anesthésique par névrite du nerf lingual (nerf maxillaire inférieur). L'anesthésie bucco-pharyngée contribue à créer la *difficulté de l'élocution*, le bafouillage, provoqués par ailleurs par l'atteinte de l'hypoglosse nerf moteur de la langue. Dans ce cas, on constate aussi la *déviation de la pointe de la langue* du côté malade, l'atrophie partielle et la trémulation musculaire du côté atteint ; enfin *enophtalmie*, rétrécissement palpébral, myosis, ou *exophtalmie*, rétrécissement palpébral, myosis, ou *exophtalmie*, dilatation palpébrale et pupillaire, suivant qu'il y a irritation ou paralysie du sympathique.

Importance de l'examen des nerfs craniens dans toutes les affections du cou. — *Toutes ces névrites peuvent être reconnues sans le secours du laryngoscope sauf celles des laryngés supérieur et inférieur.* L'examen de ces nerfs craniens sur lequel nous insistons à dessein mérite d'être fait systématiquement. Pratiqué avant toute intervention, *qu'il s'agisse de suppuration, de traumatisme ou de tumeurs cervicales*, il permet d'apprécier l'étendue et l'importance des lésions locales. Accessoirement comme ces névrites peuvent *continuer à évoluer après l'intervention chirurgicale et n'être reconnues que tardivement, elles ne risquent pas, s'il y a un examen préalable, d'être attribuées à l'opérateur*. Cela est important surtout pour les névralgies faciales du trijumeau et les paralysies motrices du nerf facial dont les branches supérieures sont menacées dans les suppurations issues du maxillaire supérieur, et les branches inférieures dans les phlegmons du cou proprement dits et ceux de la région parotidienne superficielle ou profonde. *Voir, entrevoir ou prévoir une paralysie faciale* est chose pleine d'intérêt pour le malade, et aussi pour le médecin, en raison des tendances revendicatrices que manifestent les patients quand ils sont guéris. Il est vrai, avant la visite de tout malade, le praticien frais émoulu de la faculté et plein d'ardeur altruiste a reçu déjà la visite du philanthrope qui vient lui faire souscrire un contrat d'assurance garantissant sa responsabilité civile.

Quoi qu'il en soit, les notions générales d'anatomie clinique que nous venons de rappeler nous conduisent à reconnaître l'existence en première ligne de très nombreux *adéno-phlegmons* ou *ostéo-phlegmons*, ensuite d'assez nombreux *cellulo-phlegmons sous-muqueux cavitaires*, et de quelques *phlébo-phlegmons*.

Synthèse des symptômes cervicaux en : syndromes internes et externes. — Après l'analyse séméiologique qui précède, nous proposons de synthétiser les

symptômes en deux syndromes principaux : l'un spécifiquement interne *cavitaire et paracavitaire* constitué par la dysphagie, la dysphonie, la dyspnée ; l'autre spécifiquement *externe pariétal* constitué par le gonflement, le torticolis, les névrites.

Nous savons que ces *syndromes s'entremèlent rapidement* à tel point qu'un examen très attentif est assez fréquemment nécessaire pour préciser le point de départ de la suppuration. C'est même cette constatation clinique qui m'a paru rendre nécessaire cette étude d'ensemble des divers types cliniques classiquement séparés.

(A suivre.)

XLVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

Première question mise à l'ordre du jour :

Traitement des fractures fermées et récentes du rachis

Discussion :

M. SCHOTTE (de Gand). — Dans le traitement d'une fracture du rachis le chirurgien doit tout mettre en œuvre pour obtenir :

1° Une réduction correcte ;
2° une bonne contention ;
3° Une immobilisation suffisamment prolongée.

Si ces conditions ne sont pas réalisées, le « tassement » se produira fatalement.

La réduction en position dorsale est la meilleure. Mais elle expose singulièrement aux escarres, ce qui constitue un grave danger. L'auteur expose certains détails de technique qui laissent subsister les avantages de la méthode et suppriment ses inconvénients.

Les injections anesthésiantes suivant le procédé de Leriche constituent une excellente thérapeutique quand existent des troubles douloureux. Elles ont encore l'avantage de dépister les manifestations d'ordre fonctionnel en cas de « sinistrose ».

M. MAYER (de Bruxelles) est partisan de la réduction orthopédique toujours, mais notamment s'il existe quelque trouble de compression nerveuse et si le sujet est jeune.

En appliquant cette méthode d'une façon parfaite, on verra se raréfier les indications des greffes et des ostéosynthèses.

La laminectomie est indiquée en face de troubles nerveux tardifs ou récidivants.

L'auteur cite sa statistique personnelle comptant 86 observations et concernant 70 fractures simples et 16 fractures compliquées de manifestations nerveuses.

M. JACOBOVICI (de Bucarest) expose une statistique de fractures de rachis comportant 74 cas de pratique civile et quelques cas de fractures de guerre.

Il donne les résultats obtenus en fonction des différents traitements employés.

M. OLTRAMAR (de Genève) estime que le plus souvent, on observe surtout des « tassements moyens » et que, dans ces conditions, la meilleure thérapeutique consiste à laisser les blessés au repos dans le « decubitus dorsal » une soixantaine de jours.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 86, du 26 oct., p. 1376.

Bien des cas auraient été aggravés par l'emploi d'une thérapeutique intempestive et plus compliquée.

M. OLJENICK (d'Amsterdam) attache une grande importance à la pratique systématique de la ponction lombaire dans les traumatismes vertébraux.

Elle permet le diagnostic entre la compression vraie, l'hématomyélie et la contusion.

La ponction peut être renouvelée sans inconvénient entre le 8e et le 10e jours ; elle est encore plus instructive, car à ce moment, a disparu l'œdème traumatique.

M. LAMBRET (de Lille) préfère l'hyperlordose à la position ventrale comme méthode de réduction.

Avec sa technique on n'observe pas d'escarre.

Des vingt cas que comporte sa statitique, l'auteur conclut aux bons résultats de la méthode orthopédique bien appliquée et bien surveillée.

Il la préfère aux traitements chirurgicaux et à l'usage des greffes osseuses.

M. LERICHE (de Strasbourg) rappelle sa prédilection pour les infiltrations cocaïniques quand il s'agit de traumatismes moyens. Grâce à sa technique les résultats fonctionnels et radiographiques sont parfaits ; plus de séjour prolongé au lit et plus d'appareils plâtrés.

En face de cas plus graves, en particulier quand la réduction bien faite n'a pas supprimé les troubles nerveux, il faut recourir à la « laminectomie » après cystostomie, suivant les conseils autrefois donnés par Jaboulay.

M. PATEL (de Lyon) insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis et précoce. L'immobilisation doit être réduite au minimum. D'un traitement mécanothérapique commencé de bonne heure dépend l'avenir du blessé.

La récupération fonctionnelle a plus d'importance que la restitution anatomique.

MM. SÉNÉCHAL et HAMEL (de Paris) ont remarqué que des traumatismes importants avec fractures graves s'accompagnent souvent de signes cliniques légers. D'où la nécessité d'un examen radiographique très poussé.

La méthode de Böheler avec immobilisation de 3 à 6 mois leur paraît la méthode de choix.

M. WERTHEIMER (de Lyon) pense que le pronostic est fonction de la précocité du traitement. Le diagnostic sera facilité par l'exploration lipiodolée. La laminectomie lui paraît sans danger.

M. FONTAINE (de Strasbourg) cite une statistique de 22 observations, 11 se rapportant à des fractures sans troubles nerveux, 11 se rapportant à des fractures avec troubles nerveux.

Les unes et les autres ont été traitées tantôt par les infiltrations anesthésiantes, tantôt par les greffes ankylosantes tantôt enfin par la laminectomie.

Quatre malades ont subi la méthode des injections novocaïniques ; les résultats se sont montrés très bons ; il s'agissait de cas de gravité moyenne.

Sept malades ont été traités par des greffes. Les résultats à distance ont été excellents ; la colonne vertébrale est restée souple et indolore.

Quand les troubles médullaires sont très accusés, la laminectomie est indiquée toujours. Elle l'est encore dès le début du traitement lorsque le déplacement est faible ou lorsqu'il existe quelque esquille osseuse dans la lumière du canal vertébral.

Si le déplacement est considérable, il faut tenter la réduction orthopédique et recourir à une laminectomie secondaire pour peu que les troubles nerveux persistent.

L'exploration au lipiodol est de bonne pratique.

M. TRÈVES (de Paris). — La technique de Böhler, avec réduction et position ventrale, réalisable sous anesthésie locale, permet une application précise du corset plâtré.

L'auteur a traité de cette façon deux malades avec des résultats parfaits.

M. JUNG (de Presbourg) rapporte 3 observations particulièrement intéressantes qui plaident éloquemment en faveur de la méthode des anesthésies infiltrantes.

M. DELCHEF (de Bruxelles) se montre éclectique quant au choix du traitement.

Sa statistique porte sur 16 malades. Il a utilisé le corset plâtré ambulatoire 9 fois, une fois le lit plâtré, 4 fois l'ostéosynthèse interépineuse, 1 fois la laminectomie complétée par une greffe, 2 fois enfin le decubitus simple avec traitement fonctionnel consécutif.

Il n'existe pas de panacée universelle en matière de fracture du rachis. L'importance du traitement doit varier avec l'importance des lésions. C'est une question de sagesse et de sens clinique.

M. DELAGENIÈRE (du Mans) est partisan de la réduction « progressive et spontanée ». Il n'observe pas avec cette technique d'affaissements secondaires. Une seule fois, il fut amené à pratiquer un verrouillage par greffe.

M. ROEDÉRER (de Paris) insiste sur ce fait que bien des anomalies vertébrales, mal interprétées peuvent en imposer pour des signes de fractures. — Les clichés radiographiques doivent être nombreux, les incidences et les intensités variables.

Il condamne à la fois, lors des tentatives de réduction et la position en hyperlordose et la position ventrale. C'est dans la position dorsale qu'on doit réduire.

La fréquence des fractures du rachis méconnues en une bonne besogne par remaniements successifs.

M. CHAVANNAZ (de Bordeaux) attire à son tour l'attention sur la fréquence et la gravité des fractures méconnues du rachis.

La lésion osseuse n'est pas tout ; le facteur physiologique sympathique et le facteur musculaire ne sauraient être négligés. Il convient d'utiliser la méthode de Leriche qui supprime les réflexes vaso-moteurs. De très bonne heure on devra procéder à la rééducation musculaire par la reptation, la marche à quatre pattes, la natation et la bicyclette sur cadre en position couchée.

M. GRINDA (de Nice) a observé et suivi 31 cas. Presque toujours le traitement orthopédique est suffisant à amener la guérison.

Les indications de la méthode chirurgicale sont exceptionnelles.

Elles ne sont de mises qu'en cas de fractures cervicales ou d'accrochages irréductibles d'apophyses articulaires.

Le secret d'un bon résultatt réside surtout dans la pratique d'un traitement fonctionnel immédiat et d'une immobilisation prolongée.

M. PHELIP (de Vichy) conclut à la supériorité de la méthode de Böhler. Les inconvénients de la position ventrale sont correctibles grâce à quelques artifices de technique.

(A suivre.) E.-A. DARIAU.

Etude clinique et expérimentale de quelques produits abortifs d'origine végétale (l'apiol, la rue, la sabine, l'armoise), par André PATOIR, Gérard PATOIR, Henri BÉDRINE et Adrien DEBUIRRE. 1 vol. de 135 pages, Maloine, 1938. Prix : 50 fr.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique d'accouchements et de gynécologie (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). — M. le professeur C. JEANNIN commencera son Cours de Clinique obstétricale, le jeudi 10 novembre 1938, à 11 heures du matin, et le continuera les samedi, mardi et jeudi suivants, à la même heure.

Clinique médicale (hôpital de La Pitié). — M. Antonin CLERC, professeur, commencera son enseignement clinique le mercredi 16 novembre 1938, à 11 heures du matin (amphithéâtre des cours) et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Cours de clinique thérapeutique médicale (hôpital de La Pitié). — M. le professeur F. RATHERY commencera son cours de clinique thérapeutique le 17 novembre 1938, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, et continuera ses leçons les jeudis suivants à la même heure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 25 octobre. — Jury : MM. Gougerot, président ; Chevallier, Gastinel, Coste. — M. JEANJEAN. L'électrogalvanisme buccal.

Mercredi 26 octobre. — Jury : MM. Chiray, président ; Tanon, J. Besançon, Joannon. — M. ROBERT. Le climat marin de Calais. — M. TONITOU. Pathologie mulmonaire et ovaire.

Lundi 24 octobre. — (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Champy, président ; Bressou, Letard. — M. DAVID. Identification dans l'élevage du chien. Sa technique ; son utilité ; sa nécessité.

Mardi 25 octobre. — Jury : MM. Tanon, président ; Verge, Letard. — M. LAURENT. Engraissement et odeurs anormales de la viande et des graisses.

Jeudi 27 octobre. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lesbouyries, Robin. — M. REAULT. Coliques d'invagination chez les bovidés.

PRATIQUE MÉDICALE

RAPPORT DE L'OBÉSITÉ ET DE L'ARTHRITISME (1)

par le docteur GAILLARD

Les troubles autrefois groupés sous le nom de « diathèse arthritique », relèvent d'une diminution du métabolisme, et, du fait de cette origine commune coïncident et s'intriquent souvent chez le même sujet ; tel est le cas de l'association obésité-arthritisme.

L'obésité, d'origine exogène en apparence, dépend en outre, dans bien des cas, de la prédisposition arthritique et ceci est important à considérer pour instituer une thérapeutique judicieuse. Le professeur Pouchet, le docteur Jacques Bell ont montré l'avantage de la nitro-phénazine (dinitra) : ce corps agit non seulement sur l'obésité mais aussi sur l'arthritisme ; dinitra constitue donc une médication véritablement « causale », ayant pour principale indication le vieux groupe des ralentissements de la nutrition, où obésité et arthristime associés occupent une place de première importance.

(1) *Concours médical*, n° 26, 26 juin 1938.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC des OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS

(Occlusions post-opératoires exceptées) (1)

Les faux étranglements par ileus mécanique l'emportent de loin en fréquence sur les faux étranglements par ileus paralytique. Dans tous les cas, d'ailleurs assez rares, le peu de douleur au collet contrasterait avec le maximum abdominal des symptômes.

Le diagnostic d'occlusion est établi,

Soit sur le groupement de sysmptômes caractéristiques dès l'abord.

Soit sur leur affirmation progressive au cours d'une évolution surveillée.

Il faut aller plus loin, et d'abord se faire une opinion aussi exacte que possible sur :

Le siège et la nature de l'occlusion.

III. Diagnostic de siège et de nature. — Aucun symptôme ne permet une discrimination certaine. Sans doute le siège initial de la douleur.

La zone où se meurt le péristaltisme,

L'abondance ou la précocité des vomissements,

Les signes urinaires,

Les caractères du météorisme,

Les touchers pelviens sont la source d'utiles arguments. Mais, plus que ces symptômes eux-mêmes, leur allure, leur chronologie ont permis d'établir des groupements symptomatiques. Deux aspects souvent rencontrés conservent, malgré leur allure schématique, la valeur d'un guide pour le diagnostic du siège.

— Un début brutal, parfois suraigu, accompagné de signes de shock, chez un sujet jeune, pris en pleine santé apparente, des vomissements précoces, fréquents, abondants,

Un météorisme rapidement apparu, souvent central, ou plus ou moins nettement médian,

La perception d'une anse distendue, rénittente, à limites nettes,

L'oligurie souvent très accusée,

Dans les antécédents, parfois, un syndrome de Kœnig plus ou moins franc...

Tel est l'aspect qui correspond presque toujours à une *occlusion du grêle.*

— A l'inverse, une occlusion subaiguë, d'installation progressive, chez un individu âgé, parfois constipé de longue date et qui a pu avoir déjà de semblables crises de subocclusion,

Un état général conservé,

Des vomissements tardifs, espacés,

Un météorisme important, asymétrique ou en cadre,

Un péristaltisme fréquent...

C'est l'aspect habituel d'une *occlusion colique.*

Il va sans dire qu'entre ces deux schémas extrêmes, tous les intermédiaires peuvent se voir, et qu'il existe des formes lentes d'occlusion du grêle, opposées à l'occlusion colique aiguë — de même qu'il existe des aspects de volvulus cœcal, très semblables à ceux de l'occlusion terminale du grêle.

Il est vrai cependant que :

Le vomissement est d'autant plus précoce et abondant, l'oligurie d'autant plus marquée, que le siège de l'occlusion est plus élevé.

Que le ballonnement précoce et limité est plus typique des occlusions du grêle, et le météorisme important, des occlusions coliques.

Une autre préoccupation prend alors sa place, celle de connaître *la nature de l'occlusion*, et cela se conçoit d'autant mieux que les indications opératoires diffèrent :

Une obturation n'est souvent justiciable que d'une intervention à distance, de dérivation.

Une striction, un étranglement obligent à une action locale, autant que possible avant l'arrivée du sphacèle.

Là encore, pas de signe pathognomonique, mais un schéma qui oriente le diagnostic :

— Un début aigu, un ballonnement net, résistant, immobile sans péristaltisme, font penser à une *strangulation*, et il peut s'agir d'un volvulus, d'une bride, d'une hernie interne, d'une invagination.

— Au contraire, une occlusion lente, une distension diffuse de l'abdomen avec péristaltisme net, sont en faveur d'une *obturation.*

En réalité, bien souvent le diagnostic de nature est fait en même temps que celui de la cause de l'occlusion.

Ce diagnostic étiologique est le terme auquel il faut tenter d'aboutir.

IV. Diagnostic étiologique. — Certaines circonstances étiologiques peuvent faciliter la tâche. Et d'abord *l'âge du malade.*

Il s'agit par exemple d'un nouveau-né. Le pronostic est presque toujours fatal. L'occlusion relève de causes multiples, dont les principales sont :

L'imperforation anale.

Les volvulus.

Les sténoses congénitales, unique ou multiples et étagées.

Chez le nourrisson plus âgé — 6 à 7 mois :

Le diagnostic de fréquence est celui d'*invagination intestinale aiguë :* début brutal, crises douloureuses paroxystiques plus ou moins rapprochées, émission de glaires sanglantes par l'anus.

Son aspect clinique est en général trop clair pour que le diagnostic puisse hésiter.

Il peut s'agir aussi d'une *appendicite.*

Chez un enfant, l'appendicite peut être d'emblée occlusive ou compliquée d'occlusion en cours de refroidissement — ou compliquée plus tard du fait d'un reliquat de péritonite.

Certaines occlusions de l'enfant surviennent au cours de péritonites *tuberculeuses latentes.*

On connaît encore l'occlusion qui vient compliquer un *mégacôlon congénital*, et les mécanismes d'occlusion par diverticule de Meckel.

Le diagnostic étiologique atteint sa plus haute difficulté dans les occlusions de l'adulte et du vieillard.

— Parfois l'examen clinique donne une orientation précise, indépendamment des signes mêmes de l'occlusion.

1) Le malade est porteur de *cicatrices abdominales*, témoins d'interventions antérieures — cicatrices souvent larges, qui évoquent une suppuration post-opératoire avec drainage. En dehors d'une éventualité d'ailleurs rare, l'éventration étranglée, il est logique de penser dans ces cas :

A une occlusion par bride.

A une agglutination d'anses dans un foyer adhérentiel.

Si l'aspect clinique se prêtait à cette interprétation (signes fonctionnels d'occlusion + peu de signes abdominaux), la présence d'une cicatrice thoraco-abdominale pourrait faire penser à l'étranglement d'une hernie diaphragmatique.

On conçoit que, pour une affection si peu fréquente, le diagnostic soit rarement fait.

(A suivre.)

J. REIGNER.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 88, du 2 nov., p. 1410.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 91. — SAMEDI 12 NOVEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Épreuve de physiologie. Ont obtenu : MM. Léger, 16 ; Huguier, 16 ; Judet, 17 ; Roux, 15 ; Delmotte, 17.

Épreuve de médecine opératoire. Ont obtenu : MM. Huguier, 28 ; Roux, 22 ; Judet, 29 ; Delmotte, 28 ; Léger, 21.

Sont déclarés admissibles aux épreuves de nomination : MM. Judet, Huguier, Delmotte, Roux.

Concours de stomatologiste. Epreuves de nomination. — Epreuve orale de pathologie ou de thérapeutique dentaire. MM. les docteurs Chaput (Mme), 18 ; Cernéa, 18 ; Gencel, 16 ; Bornet, 15.

Question donnée : Lésions traumatiques des dents. Etude clinique et thérapeutique.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Une place de chirurgien-adjoint est à pourvoir à l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (14e), dans le service d'oto-rhino-laryngologie.

Le concours est un concours sur titres. Les candidats pourront se présenter tous les matins, de 10 h. 30 à midi, sauf les jeudis et vendredis. Il leur sera remis un règlement concernant le service médical de l'Hôpital.

Le registre d'inscriptions restera ouvert jusqu'au 5 décembre 1938.

Faculté de médecine de Paris. — M. Lescœur, préparateur, est mis pour cinq ans à la disposition de la Compagnie fermière de Vichy, pour diriger le laboratoire de recherches hydrologiques.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Couloumâ, agrégé, est mis à la disposition du ministre des Affaires étrangères.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Garipuy, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse, est chargé d'une mission en Indochine pour étudier l'organisation et le fonctionnement d'un service d'assistances sociales dans cette colonie.

École de Médecine de Dijon. — M. Maurice Bizot est institué pour neuf ans professeur suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

Légion d'honneur. — TRAVAIL. — *Chevalier :* Le docteur Mathieu Rougy, à Marseille.

Dispositions honorifiques. — *Officier d'académie :* Le docteur Olleu, de Gap.

Guerre. — *Ecole du Service de Santé militaire.* — Liste de classement définitif des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire à la suite du concours de 1938.

I. — Section de médecine.

1° Candidats à douze inscriptions :

Légier, Gayraud.

2° Candidats à huit inscriptions :

Paque, Pons, Scarbonchi, Dulieu.

3° Candidats à quatre inscriptions :

Quénard, Despras, Roumagnac, Imbert, Chambon, Delmas, Robert, Finat, Daviet, Vittori, Gaborit, Bertojo, Raymond, Laurens, Parvais, Delbosc, Ferry, Dupont, Azorin, Poque, Pin, Nègre, Laurenti, Grumel, Boillet, Guibal, Le Houérou, Philippon, Tranier, Bousquet, Lafargue, De Néchaud de Féral, Chatain, Dupouy, Mattei, Robert,

Dubarry, Viau, Léorat, Devors, Richeux, Delbru, Célerier, Pellégrini, Fargues, Foucher, Méry, Legros, Echinard, Pessereau. Gibert, De Turenne, Doussot, Ferrand. Olivier, Hamet. Buisson.

4° Candidats P. C. B.

a) Troupes métropolitaines.

Milleret, Cahen, Dutel, Tocheport, Troublaiéwitch, Klein, Paulet, Vigne, Roumagnoux, Presles, Aulong, Chambatte, Ougier, Duval, Durand-Delacre, Piganiol Bonel, Enjalbert, Berniès, Faugeras, Tolédano, Andrieu, Chaspoul, Beyrand, Gailliard, Keller, Teboul.

b) Troupes coloniales.

Mandret, Baur, Piobetta, Villa, Carrier-Clérambault, Chanut, Zourbas di Zourbaides, Duroux, Judeau, Alberti, Poncin, Hervé, Tribaudini, Bry, Colobert, Gomer, Lafontaine, Bruniès, Pfister, Villeneuve.

II. — Section de pharmacie.

1° Candidat à quatre inscriptions :

Barbaud.

2° Candidats stagiaires :

Otz, Cier.

Le Palais de la Découverte. — On annonce que M. François Latour vient de prendre l'initiative d'une proposition tendant à transférer le Palais de la Découverte dans une partie des musées construits à l'occasion de l'Exposition internationale de 1937, avenue de Tokio. Le Palais de la Découverte, dont l'installation au Grand-Palais n'était que provisoire, trouverait donc enfin un cadre définitif.

CHRONIQUE

LA RENTRÉE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

La séance de rentrée de l'Université a eu lieu samedi dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence du recteur Gustave Roussy, assisté du Conseil de l'Université.

M. le Président de la République, M. le Ministre de l'Éducation nationale et de nombreux représentants du corps diplomatiques.

Les nouveaux docteurs *honoris causa* étaient : M. Antonio S. Bustamente, professeur de droit international public et privé à La Havane, dont l'éloge fut prononcé par M. Ripert, doyen de la Faculté de Droit.

M. Szent-Gyorgyi, professeur à la Faculté de Médecine de Szeged (Hongrie), fut accueilli par M. Tiffeneau, doyen de la Faculté de Médecine, qui fit un très remarquable éloge de ce savant à qui ses admirables travaux sur la vitamine C ont déjà valu le prix Nobel.

M. Maurain, doyen de la Faculté des Sciences, fit ensuite l'éloge de M. S. P. L. Sœrensen, l'illustre chimiste de Copenhague.

M. Vendryès, doyen de la Faculté des Lettres, prononça deux éloges : celui de M. Mœgnus Olsen, d'Oslo, et Langfors, d'Helsingfors.

Enfin, M. Damiens, doyen de la Faculté de Pharmacie, exposa l'œuvre de M. Paul Karrer, directeur de l'Institut chimique de l'Université de Zurich.

Le discours de M. le recteur Gustave Roussy, fut de haute tenue, comme toujours. Il célébra d'abord le culte de la tradition, en rendant hommage aux nouveaux docteurs de l'Université. Après quelques réflexions suggérées par les événements de septembre dernier, M. le Recteur montre le devoir qui incombe plus que jamais à l'Université : préserver les jeunes, garder avec vigilance ses libertés propres et la liberté des jeunes qui viennent à elles, préserver la science de toute atteinte.

M. Roussy consacre alors de très belles pages à la culture des jeunes gens en 1938, et enfin il termine en revenant sur le problème de l'orientation scolaire. M. Roussy ne se dissimule pas que ce problème est hérissé de difficultés, mais il lui apparaît qu'il doit cependant être abordé. F. L. S.

Administration générale de l'Assistance Publique à Paris
Sous-Direction des Hôpitaux et Hospices — Service de l'Exploitation

Le vendredi 2 décembre 1938, à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot et sur soumissions cachetées, de la fourniture des bandages, pessaires, bas élastiques, etc..., nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1939. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à 100.000 francs pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours, les samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au jeudi 17 novembre 1938. 1153.

Administration générale de l'Assistance Publique à Paris
Sous-Direction des Hôpitaux et Hospices — Service de l'Exploitation

Le vendredi 2 décembre 1938, à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des instruments de chirurgie à anneaux, des instruments en gomme, caoutchouc, cristal, etc., nécessaire au service des divers établissements de l'Administration pendant l'année 1939, savoir :

1er lot. — Instruments de chirurgie à anneaux.	60.000 francs
2e lot. — Instruments en gomme et caoutchouc	200.000 —
3e lot. — Gants et doigtiers en caoutchouc, tubes à drainage	1.000.000 —
4e lot. — Gants extra-minces, moulés au trempé, sans soudure	3.000 paires
5e lot. — Articles de caoutchouc	400.000 francs
6e lot. — Tétines et obturateurs	128.000 —
7e lot. — Thermomètres médicaux : non mis en adjudication.	
8e lot. — Seringues en cristal	401.800 —

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria à Paris, tous les jours, les samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 16 novembre 1938 avant 16 heures. 1154.

REVUE GENERALE

LES FORMES PLEURO-PULMONAIRES DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE

PAR MM.
PAUL VÉRAN et ALBERT DELAUNAY
(Nantes) (Institut Pasteur)

Surtout fréquente chez les bovidés, plus rare chez le cheval, le mouton, le porc, l'actinomycose est, chez l'homme, moins exceptionnelle qu'on ne croit généralement.

En France, les recherches initiales sur l'actinomycose du bœuf datent de *Nocard* (1884). C'est encore cet auteur, qui publie avec *Lucet*, quatre ans plus tard, le premier cas d'actinomycose humaine, dans notre pays. Il semble que *Dupuytren* (1812), *Robin* et *Laboulbène* (1853), *Maisonneuve* (1856) et *Lebert* (1857) aient décrit, autrefois, sans en distinguer la nature, des affections actinomycosiques.

Le traité, aujourd'hui classique, de *Poncet* et *Bérard* sur l'actinomycose humaine remonte à 1898.

L'actinomycose humaine revêt le plus souvent une localisation cervico-faciale, plus rarement une localisation thoracique, abdominale ou cutanée.

C'est à l'étude de l'*actinomycose thoracique* et plus particulièrement de sa *localisation pleuro-pulmonaire* que nous limitons ce travail.

HISTORIQUE

Ce sont les *travaux des vétérinaires* qui, en rapportant à une même cause des lésions d'aspect différent, alors appelées : langue de bois, tumeur des mâchoires du bœuf, etc..., ont permis d'individualiser l'actinomycose.

En 1850, *Davaine* découvre, dans du pus, de petits grains jaunes dont la signification exacte lui échappe. *Rivolta* les retrouve et admet en 1866 que ces grains jaunes représentent le parasite pathogène des affections purulentes qui les renferment.

Quelques années plus tard (1877), le botaniste *Harz*, de Munich, consacre à ce parasite une étude approfondie ; il le classe parmi les champignons, et l'appelle, en raison de son aspect radié : *actinomyces bovis*. La maladie qu'il détermine devient ainsi l'actinomycose.

En 1878, *Israel* rapporte deux cas de « pyémie » chronique, observés chez l'homme, avec présence dans le pus, de grains jaunâtres composés de filaments dont la nature streptothricée est établie par *Cohn*.

Peu de temps après, *Ponfick* démontre l'identité de cette nouvelle mycose humaine et de l'actinomycose bovine. Les travaux d'*Israel*, de *Boström*, d'*Illich* établissent rétrospectivement que la première observation clinique d'actinomycose humaine publiée en Allemagne est sans doute celle de *Bernhard von Langenbecks*.

LE PARASITE

L'agent le plus commun de l'actinomycose humaine est le *Cohnistreptothrix Israeli*. *Pinoy* lui a donné ce nom en 1913 parce que ses caractères morphologiques sont semblables à ceux du streptothrix décrit par *Cohn* dans les sécrétions lacrymales, et nous nous souvenons que ce parasite a pour la première fois été mis en évidence chez l'homme par *Israel*. Ses synonymies sont d'ailleurs extrêmement nombreuses, et « Actinomyces bovis » est la plus employée d'entre elles.

Le Cohnistreptothrix Israeli peut être rencontré dans toutes les lésions caractéristiques de l'actinomycose, telles que nodules, abcès et tumeurs suppurées.

C'est, à l'origine, un parasite des végétaux, sur lesquels il se trouve probablement à l'état de spores très résistantes, et les céréales lui servent le plus souvent de véhicules. Nous reviendrons sur ce point en étudiant la pathogénie de la maladie humaine dans sa forme pleuro-pulmonaire.

Caractères morphologiques

Dans les foyers suppurés des tissus, le Cohnistreptothrix Israeli se présente sous la forme de *grains jaunâtres*.

On peut distinguer, dans ces grains, deux zones : l'une centrale, *le mycelium*, qui est un feutrage de filaments enchevêtrés, l'autre périphérique, formée d'éléments renflés qui représentent une phase de transformation des filaments : *les corps en massue*. Ces corps en massue manquent habituellement dans les lésions jeunes, aiguës ou graves. Ils répondent sans doute à des formes de dégénérescence ou d'involution du parasite. *Dans les cultures*, seule la forme filamenteuse peut être retrouvée. Dans les vieilles cultures, les filaments se segmentent pour prendre l'aspect des chaînettes, de streptobacilles, et des chapelets de conidies. La masse mycélienne centrale des grains jaunes actinomycosiques reste colorée par la *méthode de Gram*, et retient assez fortement la fuschine de Ziehl, malgré l'action décolorante des acides. Les massues sont Gram-négatives.

L'actinomyces bovis, théoriquement, pousse aussi bien *en milieu aérobie qu'anaérobie*. Pourtant, des observations récentes de *G. Blanc*, *J. Caminopetros* et *G. Joannides*, confirmant les constatations de *Wright* et *Pinoy*, de *Magnusson* et de *Naeslund*, semblent prouver que l'actinomycose vraie de l'homme est due presque exclusivement à l'actinomyces *anaérobie* d'*Israel*.

En pratique, il est donc recommandé de toujours cultiver ce champignon, à la fois en milieu aérobie et anaérobie, et à une température de 37° (température optima). Il est également utile d'ajouter à ces milieux soit du sérum, soit de la glycérine.

Sur sérum coagulé, apparaissent des grains de teinte blanc jaunâtre, et dont l'aspect est sec et rugueux. La méthode de Magnusson (1) permet d'obtenir de bons résultats.

En gélose glycérinée, les colonies sont sèches, rugueuses, blanc jaunâtre, puis jaunes, et adhèrent fortement au milieu sous-jacent.

---

(1) Cf. M. Langeron : *Précis de microscopie*, p. 1142.

La culture peut également se faire en bouillon glycériné (grains arrondis, durs, blanchâtres qui tombent au fond du tube), sur pomme de terre glycérinée (amas mamelonnés, et autour d'eux, le milieu prend une teinte brunâtre), enfin sur des grains de céréales (enduit pulvérulent qui pénètre dans l'intérieur de la graine).

En gélose Veillon, l'actinomyces pousse dans la profondeur, sous forme de colonies blanches, cunéiformes, pouvant atteindre 2 ou 3 mm. de diamètre. « Examinées à la loupe, ces colonies se montrent formées par la réunion de plusieurs colonies lenticulaires se coupant sous des angles divers » (M. Magrou).

Toutes ces cultures se développent au bout de 3 à 7 jours d'étuve. Leur vitalité est variable mais en général faible. « Les cultures âgées de plus d'un mois ne peuvent généralement plus être repiquées, et il semble difficile d'ailleurs d'obtenir plus de 4 à 5 générations successives. » (M. Magrou.)

Propriétés biologiques

Le cohnistreptothrix Israeli *est résistant* et le sublimé à 1 pour 1.000 ne le détruit qu'au bout de cinq minutes. Sa virulence semble s'atténuer au cours des passages sur l'homme et sur l'animal, mais *Liebmann* a pu lui restituer cette propriété en le cultivant sur une plante.

Deléarde a obtenu une *streptothricine* dont les effets rappellent ceux de la tuberculine.

Widal, *Abrami*, d'autres auteurs encore, ont remarqué que le sérum des actinomycosiques agglutine avec force les spores du sporotrichum Beurmanni. Enfin, la fixation du complément peut être obtenue lorsqu'un sérum d'actinomycosique est mis en présence de cultures d'actinomyces.

Action pathogène expérimentale. — On peut réaliser des inoculations expérimentales en partant des produits pathologiques : *Wright* a également réussi à reproduire des lésions actinomycosiques typiques avec l'aide d'inoculations intrapéritonéales au lapin et au cobaye de cultures d'actinomyces bovis. Mais les résultats obtenus dans ces conditions sont fort inconstants, et la maladie expérimentale produite n'est pas exactement semblable à l'actinomycose spontanée : notamment, « in vivo » la propagation du parasite est pratiquement nulle.

Selon *Wright*, son implantation dans un organisme serait favorisée par l'introduction, au point d'inoculation, de corps étrangers, comme des fils de soie ou des grains d'avoine.

CLINIQUE

Les formes thoraciques de l'actinomycose humaine se rencontrent dans tous les pays, à tous les âges, plus rarement chez l'enfant que chez l'adulte. Elles ne sont pas très fréquentes puisque, sur 405 cas d'actinomycose, *M. Thevenot* n'a pu relever que 69 localisations pleuro-pulmonaires primitives. Le tableau clinique qu'elles déterminent ne s'accompagnant d'aucun symptôme pathognomonique, dans un tiers des cas, le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie.

Les localisations thoraciques de l'actinomycose revêtent, un peu schématiquement, des formes broncho-pulmonaires, ou pleuro-pulmonaires qui correspondent peut-être aux deux principaux modes d'infection, par les bronches et par le médiastin. Rappelons que ce sont les lésions banales surajoutées et non pas les lésions spécifiques qui fournissent le plus souvent les signes physiques constatés. Il nous a cependant été donné d'observer dans une observation publiée avec R. Picard (1), une actinomycose suppurée dans laquelle le Cohnistreptothrix Israeli fut le seul germe en cause.

I. — Forme broncho-pulmonaire

Le début en est insidieux, rarement marqué par des hémoptysies, et simule généralement une bronchite exceptionnellement aiguë, plus fréquemment subaiguë ou chronique, avec poussées congestives et formation de noyaux de broncho-pneumonie. Cette « bronchite » est confondue avec une infection banale ou simule, de loin, la Bacillose pulmonaire. La température est le plus souvent normale, ou modérée et sans oscillations notables. L'examen révèle l'existence de zones de matité diversement réparties, un souffle, de la bronchophonie, de l'exagération, des vibrations thoraciques. Ces signes *prédominent dans les parties déclives des poumons*. Mais cette importante particularité ne permet pas à elle seule de porter un diagnostic, et celui-ci n'est possible qu'après examen des *crachats*.

Dans les formes aiguës de l'infection, ils sont hémoptoïques ou rouillés. Le plus souvent, ils ne se distinguent des crachats muco-purulents des broncho-pneumonies que par leur teinte plus foncée, des striations sanguines plus abondantes et une *fétidité* repoussante, caractéristique, qui peut faire croire à une gangrène pulmonaire.

Si l'on pense à rechercher dans ces crachats le Cohnistreptothrix Israeli, les résultats sont presque toujours positifs. L'attention du clinicien doit être mise en éveil s'il existe dans l'expectoration des *grains jaunes ;* il est indispensable de vérifier leur nature au microscope et ce serait une faute de les considérer à priori comme des concrétions diverses et banales rejetées par les bronches.

En général, le diagnostic n'est jamais porté à cette période de la maladie, et celle-ci continue à évoluer ; des cavernes pulmonaires peuvent apparaître, accompagnées des symptômes qui les caractérisent, parfois au contraire les lésions semble rétrocéder et l'oreille ne perçoit plus que des râles sous-crépitants fins. Les signes de sclérose ou de broncho-pneumonie chronique prédominent.

Des pyogènes banaux contaminant les lésions pulmonaires, l'expectoration perd bientôt son aspect caractéristique. Les crachats prennent le type nummulaire, et le cohnistreptothrix Israeli ne s'y retrouve plus qu'exceptionnellement. Un fait pourrait cependant à cette période orienter encore le diagnostic :

(1) Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1918, n° 17.

c'est l'absence dans ces crachats de tout élément élastique et de bacilles de Koch (Illich).

La température peut manquer ou être peu élevée. Quand elle existe, elle semble relever de poussées congestives dues soit au parasite, soit aux associations microbiennes dont nous venons de parler.

Si aucune thérapeutique active n'est instituée, le malade devient cachectique, anémique, et prend l'aspect extérieur d'un phtisique ou d'un asystolique.

II. — Forme pleuro-pulmonaire

Elle semble la plus fréquente et peut succéder à la forme précédente ou exister isolément.

Les symptômes pleurétiques dominent et font penser, dans la majorité des cas, à une tuberculose pleurale : amaigrissement progressif, asthénie et sueurs nocturnes, et surtout *douleurs thoraciques profondes* qui ont un caractère de continuité et d'acuité un peu spécial. « Fréquemment, des douleurs paroxystiques, fulgurantes, des élancements très violents surviennent dès les premiers jours — puis ces phénomènes font place à une douleur plus sourde et continue. Ce n'est plus le point de côté, c'est une sorte de constriction qui inquiète le malade. » (Poncet et Bérard.)

Ces douleurs ont souvent une origine pleurale et médiastinale ; mais elles peuvent aussi être dues à l'atteinte des nerfs intercostaux ou des racines rachidiennes par le plastron inflammatoire.

L'examen physique révèle de l'*œdème de la paroi*, qui est banal ou plus rarement de nature mycosique, des *signes de pleurésie avec épanchement*, souvent difficiles à mettre en évidence par suite de la tuméfaction cutanée. Un cloisonnement de la cavité pleurale est en général considéré comme un bon indice.

Le liquide pleural peut être *séreux*, louche, hémorragique ou *purulent* s'il renferme l'actinomyces. Ce parasite n'existe que rarement à l'état isolé dans le liquide, et le plus souvent des streptocoques, des staphylocoques et des bacilles saprophytes l'accompagnent.

Dans certains cas, lorsque des *adhérences inflammatoires* ont au préalable accolé les feuillets pleuraux, les lésions pulmonaires atteignent les couches thoraciques cutanées sans déterminer d'épanchement notable.

Lorsque les *parties molles* de la paroi sont envahies, tout un hémi-thorax peut être englobé en masse, et immobilisé « comme par une injection coagulante ». Des abcès pariétaux se forment, dont l'évolution fait songer à celle des abcès froids. Il existe une fièvre légère, la peau rougit et s'ulcère par place, laissant sourdre du pus mêlé de débris granuleux et de sérosité sanguinolente qui renferme des grains jaunes.

La sclérose pulmonaire et pleurale se développent. « La capacité thoracique diminue, et on peut observer ce phénomène en apparence paradoxal (Illich) d'une paroi distendue et très épaisse qui, à la mensuration, a un périmètre inférieur à celui du côté sain. Pour la même raison, avec un périmètre thoracique considérable, la ponction exploratrice pourra ramener une quantité minime de liquide. » (Poncet et Bérard.)

III. — Autres formes cliniques

Il existe une *forme pneumonique* (Poncet et Bérard, Thévenot) dont la seule particularité réside en un début très bruyant : douleur thoracique intense, dyspnée, toux violente, expectoration marquée, température élevée. Les signes physiques perçus sont ceux d'une pneumonie. L'affection devient, d'ailleurs, rapidement chronique, et suit l'évolution décrite pour la forme bronchopulmonaire.

Les formes latentes ne sont pas rares : peu de symptômes pleuro-pulmonaires, l'infection thoracique se révélant brusquement par des complications à distance, tel l'œdème des jambes ou de la face par compression veineuse. Ce sont les recherches conduites sur le pus des fistules ou encore à l'autopsie qui permettent de porter rétrospectivement sur des lésions pulmonaires parfois considérables le diagnostic exact.

Nobécourt a isolé, *chez l'enfant*, diverses formes cliniques. Les unes réalisent les formes broncho-pulmonaires ou pleuro-pulmonaires ci-dessus décrites. Les autres s'individualisent par leur début aigu : fièvre, toux, point de côté, etc..., et semblent être les plus nombreuses. Les lésions produites sont très importantes et atteignent les bronches, les poumons, la plèvre, la paroi, « l'actinomycose s'étend de proche en proche, comme la mousse sur un arbre ». (Nobécourt.) La mort est rapide et fatale.

Une *forme pseudo bronchiectasique*, d'évolution très chronique, a été décrite par Skworzoff.

Enfin, nous avons décrit récemment avec R. Picard (1) une forme suppurée franche simulant un abcès pulmonaire collecté banal, avec cette différence que la vomique survint tardivement, deux mois après le début apparent de la maladie. La poche purulente ouverte par pneumotomie contenait environ un demi-litre de pus franc dans lequel existait seul, à l'exclusion de tout microbe banal, le cohnistreptothrix Israeli, agent anaérobie de l'actinomycose. Grâce à l'incision de l'abcès et à un traitement iodo-ioduré intensif, général et local, le malade guérit rapidement, et la guérison se maintient parfaite depuis deux ans.

EVOLUTION, COMPLICATIONS, PRONOSTIC

L'évolution des formes thoraciques de l'actinomycose humaine *est généralement mortelle*. Selon *Laederich*, la mortalité pour tous les âges serait de 73 à 87 pour 100 ; selon *Francis Huber* et *Samuel Berkowitz* de 83 pour 100.

Certains cas ont, néanmoins, indiscutablement guéri, par exemple ceux que rapportent *Ponfick*, *Netter*, *Reboul*, etc... Pour d'autres cas déclarés hors de danger, le contrôle du temps semble avoir fait défaut. Rappelons, en exemple, cette observation de *Letulle* et *Dujarier* où 30 jours après une intervention chirurgicale la guérison semblait obtenue quand survinrent les premières manifestations d'actinomycose cérébrale (2).

(1) Picard, Véran et Delaunay. Actinomycase pulmonaire à type de grand abcès aigu. Pneumotomie, guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1938, n° 17.

(2) Dans notre observation publiée avec R. Picard, la guérison d'un énorme abcès unique et incisé, se maintient depuis deux ans.

La durée de la maladie dépend de l'étendue des lésions, de la précocité de l'envahissement aux organes voisins, de la thérapeutique mise en œuvre. Le début réel de la maladie est loin de coïncider avec son début apparent et depuis la constatation des premiers signes pleuro-pulmonaires la survie peut être de deux à trois mois, parfois de quatre à cinq ans. La « relative intégrité » des fonctions du cœur (Poncet et Bérard) permet d'expliquer cette évolution prolongée.

La *mort* peut survenir par *dégénérescence amyloïde* des organes ; parfois elle est due à une *pyohémie actinomycosique*, l'infection se généralisant comme une tuberculose miliaire. Selon *Werthemann* (1925) l'actinomycose généralisée à point de départ pulmonaire est la plus fréquente ; elle se fait toujours par voie sanguine « soit par embolie d'un fragment de tissu contenant l'actinomyces, soit par irruption du pus actinomycosique dans un vaisseau, condition facilement réalisée dans le poumon ». A la pyohémie actinomycosique peut se joindre, mais non toujours, une pyohémie banale.

L'étendue des lésions, mise en évidence par l'autopsie, est parfois surprenante. On peut découvrir des foyers pulmonaires ouverts, à travers le diaphragme, dans le foie ; des métastases dans le cœur, le foie, la rate ; des thromboses de la veine splénique ; une symphyse du péricarde ; de la dégénérescence amyloïde des principaux viscères. *Israel* a même cité un cas « où un abcès énorme avait fusé du hile du poumon jusqu'au tissu cellulaire du bassin ».

L'autopsie peut montrer d'énormes excavations dans les corps vertébraux. Cette découverte est parfois inattendue ; parfois les lésions vertébrales ont pu s'extérioriser cliniquement par de la cyphose. *Geissler*, *Israel* et *Reboul* ont rapporté des cas de scoliose dus « à la rétraction d'un poumon sclérosé, ayant déterminé, par ses adhérences à la plèvre, l'affaissement de la paroi thoracique ». (Poncet et Bérard.)

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des formes thoraciques de l'actinomycose humaine n'est pas assez souvent discuté, et cette affection peut revêtir l'aspect clinique et emprunter les symptômes de toutes les manifestations inflammatoires ou néoplasiques du thorax. *Il faut y penser dès qu'il est impossible de reconnaître la nature exacte d'une broncho-pneumonie.* Le diagnostic est facilité par l'examen bactériologique des crachats et du pus, par la mise en œuvre de méthodes sérologiques, histologiques et même thérapeutiques.

Il faut rechercher les « grains jaunes » dans les crachats et dans le pus des épanchements pleuraux ou des abcès sous-cutanés. Ce pus doit être prélevé aseptiquement et autant que possible dans les lésions fermées. Les grains peuvent être mis en évidence directement, sans technique spéciale. Ils tranchent par leur aspect blanc soufré sur le muco-pus qui les enrobe, et se rencontrent surtout dans la couche épaisse la plus profonde du crachoir. S'ils existent, on doit les écraser entre lame et lamelle, dans une goutte de glycérine et les colorer par la méthode de Gram ou celle de Ziehl. Le mycélium central du champignon est Gram + et retient fortement la fushsine de Ziehl (1).

(1) Veiller à ne pas confondre les actinomyces avec les formes mycosiques du bacille tuberculeux.

L'on peut ensemencer ces grains jaunes sur un tube de gélose inclinée, puis sur sérum coagulé où, après cinq à six jours d'étuve, se développe une culture habituellement pure. L'on peut également utiliser la méthode de *Magnussón* (1), particulièrement indiquée pour l'isolement des actinomyces anaérobies.

La méthode de *Bordet-Gengou*, et celle de *Widal*, permettent de porter approximativement le diagnostic sérologique de l'actinomycose.

Fixation du complément : on met en présence le sérum à étudier et une culture broyée d'actinomyces. A la phase d'état de la maladie, cette réaction serait constamment positive. (Widal et ses élèves.)

Agglutination : les cultures d'actinomyces ne se prêtent pas à l'agglutination, mais on tourne la difficulté en faisant agir le sérum du malade qu'on croit atteint d'actinomycose sur des spores de sporotrichum Beurmanni. Le phénomène se produit grâce à des coagglutinines. Le taux d'agglutination peut atteindre le 1/100e et le 1/250e.

Une *biopsie* est souvent utile, le diagnostic histologique pouvant être guidé par « la constatation dans un tissu de granulation, de nombreux macrophages sidérosiques et anthracosiques par la disparition des fibres élastiques, par l'absence de cellules géantes dans la caséification, et enfin par l'intensité des réactions fibreuses ».

Dans les cas douteux on peut instituer un *traitement d'épreuve* intensif par l'iodure de potassium, mais il serait imprudent d'accorder une importance trop grande à ce moyen d'investigation.

***

Le diagnostic différentiel doit envisager toutes les pneumopathies chroniques. Il ne se pose guère dans les formes avancées, étendues au plan musculo-costal, et fistulisées. Mais il est souvent très difficile au début de l'affection et se pose alors surtout avec la Tuberculose pulmonaire. Aucun des signes prétendus différentiels d'ordre fonctionnel, clinique ou radiologique n'a de valeur. La concomitance de Tuberculose et d'actinomycose étant très exceptionnelle, un seul fait tranche le problème : l'absence permanente de Bacilles de Koch dans l'expectoration. La Tuberculino-réaction perd son intérêt du fait qu'elle est généralement positive et fébrile chez les actinomycosiques. (Illitch.)

La gangrène pulmonaire chronique et l'abcès du poumon posent de délicats diagnostics. La fétidité de l'expectoration est plutôt moindre dans l'actinomycose dont les lésions sont radiologiquement plus étendues, plus diffuses. L'actinomycose peut cependant donner une ombre massive homogène (Gambier, Picard et Véran), mais les ponctions restent blanches pendant plusieurs semaines et la vomique est très tardive.

Le cancer du poumon n'est pas moins difficile à éliminer. Le tableau radio-clinique peut être le même et le problème n'est tranché que par la constatation de cellules cancéreuses après Bronchoscopie ou ponction pleuropulmonaire, et par l'évolution.

(1) Cf. M. Langeron : *Précis de Microscopie*, p. 1142.

***

Les pleurésies purulentes enkystées, l'aspergillose pulmonaire, la syphilis, le kyste hydatique sont aussi, en pareil cas, d'un diagnostic difficile.

L'extension de la mycose aux organes voisins peut simuler un cancer primitif et envahissant de l'œsophage, un cancer de la colonne vertébrale, un abcès froid costal, un sarcome de l'omoplate, de la clavicule, des côtes, la syphilis gommeuse disséminée du thorax.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'actinomycose pulmonaire est caractérisée par le développement d'un granulome assez particulier. « *Ce granulome* est constitué par un nodule au centre duquel on retrouve fréquemment une ou plusieurs formations arrondies, prenant l'hématoxyline d'une façon diffuse, et présentant une mince couronne ondulée prenant l'éosine : c'est le mycélium de l'actinomyces entouré de ses massues.

« Autour du parasite se pressent des leucocytes polynucléaires, dont beaucoup subissent une transformation purulente. Enfin, à la périphérie du nodule s'amassent des cellules épithélioïdes, la plupart avec surcharge graisseuse. Le nodule lui-même est encerclé par une zone de tissu fibreux dense. » (Bastenié, Millet, Slosse et L. Wybauw.)

Dans la forme broncho-pulmonaire les cavités des bronches sont remplies de pus. Histologiquement, on constate une desquamation de l'épithélium, de l'hyperhémie du chorion et une dislocation du tissu élastique. La desquamation de l'épithélium permet au champignon d'envahir la sous-muqueuse et le tissu conjonctif péribronchique. (*Baumgarten.*)

Les lésions pulmonaires prédominent aux parties déclives de l'arbre respiratoire. A l'autopsie, le lobe infecté semble atteint d'hépatisation grise. Sur la coupe du poumon, la pointe du couteau détache aisément de petits nodules résistants ou déjà ramollis dans lesquels le champignon peut être mis en évidence.

En certains points où le processus destructif est plus avancé, existent des cavernules et même des cavernes, moins étendues que les spélonques tuberculeuses, reliées entre elles par des fistules aux parois lardacées, et qui s'ouvrent dans les grosses bronches. *Pic* admet que la production de ces cavernes est surtout due aux infections secondaires.

Des lésions cicatricielles limitent les lésions destructrices et le poumon n'est plus représenté par place que par une masse ratatinée scléreuse et grisâtre. Nous avons vu dans l'histoire clinique de l'actinomycose que ces réactions de défense sont incapables d'enrayer la marche de la maladie. Et cependant, dans notre observation avec Picard que nous croyons unique, la vaste poche purulente était entourée d'une coque fibreuse très dure de 4 cm. d'épaisseur.

Pour *Israel* l'abondance des granulations graisseuses et l'absence totale de tissu élastique seraient des éléments très caractéristiques des lésions mycosiques.

L'examen histologique permet de distinguer des noyaux de broncho-pneumonie subaiguë dont le ca-

séum *ne renferme pas de cellules géantes* (*Poncet* et *Bérard*), des travées de *sclérose interlobulaire* (*Letulle*), avec nodules lymphocytaires également dépourvus de cellules géantes, des lésions de *lobulite chronique* (*Letulle*) avec disparition de l'armature élastique.

Dans les bronchioles apparaissent çà et là des grains actinomycosiques (*Poncet* et *Bérard*).

Dans la forme pleuro-pulmonaire, la plèvre est adhérente au poumon sur une large surface et les feuillets pleuraux sont accolés, sauf en certains points où les séparent des épanchements séreux ou purulents dont la cause peut être attribuée à l'actinomycose, ou, ce qui est la règle générale, à des microbes d'infection secondaire. La plèvre est parfois soudée à la paroi thoracique. « Le poumon est rétracté en un bloc dur, noir ou gris, sillonné par des bandes de tissu blanc jaunâtre ou infiltré d'une sorte de boue jaunâtre qu'on a comparée à la pulpe d'orange pressée. » (Letulle et Halbron.) Du point de vue histologique, les lésions décelées sont identiques à celles que nous avons déjà décrites : sclérose, infiltration des cellules rondes, disparition des éléments élastiques, etc... Enfin, on peut y découvrir l'actinomyces.

Les organes voisins sont envahis plus ou moins précocement.

L'*Endo-myocardo-péricardite* existe dans un tiers des cas. De nombreux *abcès* « de la grosseur d'un grain d'orge à celle d'une noix » peuvent être trouvés dans les muscles, le corps thyroïde, la rate, le foie, les reins, l'intestin et le cerveau (cas de *König* et d'*Israel*). Ils sont dus, le plus souvent, à des embolies infectieuses (Poncet et Bérard). Les fistules cutanées sont caractéristiques.

Les lésions du squelette thoracique ne sont pas rares (Boström) : présence de cavernes dans les corps vertébraux, disparition des disques et destruction des ligaments intervertébraux, ramollissement des côtes « au point que la simple pression en fait sourdre des fongosités ou des grains jaunes ».

Fait curieux, « les ganglions du hile du poumon et des groupes péribronchiques sont respectés, ou du moins on n'y trouve pas de grains jaunes lorsqu'ils sont hypertrophiés ». (Poncet et Bérard.)

PATHOGENIE

Le cohnistreptothrix Israéli vit, dans la nature, en simple saprophyte, sur les céréales et plus particulièrement dans les épis. L'infection humaine par ce parasite, dans la localisation pleuro-pulmonaire, peut être primitive ou secondaire.

L'*infection primitive* du thorax peut se produire par les voies aériennes ou les voies digestives supérieures.

L'*infection par inhalation* se produit, dans la plupart des cas, chez des ouvriers agricoles qui respirent des poussières végétales servant de véhicule au champignon jusque dans les bronches. (*Boström, Illich, Moosbrugger.*)

Ce mécanisme d'infection explique la possibilité de localisations purement bronchiques dont l'observation de *Canali* reste aujourd'hui encore l'exemple le plus connu. *Tillmans* a relaté à la Société de Médecine de Berlin (18 février 1900) un cas d'actinomycose pulmonaire mortelle chez une fillette de 3 ans. A l'autopsie, l'auteur avait découvert dans la bronche droite, autour d'un épi de blé, un foyer purulent renfermant des actinomyces.

Malgré ces observations, ce mode d'infection n'est pas admis par tous. *J. Israel*, dont l'opinion fait autorité, invoque la *pneumonie de la déglutition.* « Le parasite fixé dans la bouche, au fond des cavités des dents cariées surtout, passe dans l'arbre bronchique seul ou grâce à un corps étranger. »

L'*infection peut se faire par les voies digestives supérieures :* pharynx ou œsophage. En faveur de l'infection par voie œsophagienne plaident les faits suivants : le mode de répartition des lésions thoraciques, la nature des premiers symptômes de la maladie qui ne sont pas toujours nettement pulmonaires, le long espace de temps qui existe entre la date probable de la contamination et l'apparition des phénomènes morbides, la fréquence, sinon la constance des infections secondaires, « ce qui cadrerait mal avec l'asepsie habituelle des dernières bronches et des alvéoles si l'on admettait une infection par simple inhalation. » (*Lister.*)

L'envahissement secondaire des organes thoraciques par des lésions mycosiques de l'abdomen, de la tête ou du cou, est un fait confirmé par de nombreux exemples. Il peut se faire par continuité, à travers les aponévroses du cou, l'espace prévertébral, et le tissu cellulaire rétropéritonéal, ou par métastases. Nous avons déjà envisagé cet aspect du problème dans un autre chapitre et nous n'y revenons pas.

Notons enfin que dans la forme pleuro-pulmonaire, comme dans toutes ses autres formes cliniques, l'actinomycose évolue de la profondeur vers la surface (*G. Guiart*) et qu'il n'existe pas d'exemple d'actinomycose térébrante du thorax à point de départ cutané.

TRAITEMENT

Mesures prophylactiques

Elles visent la contagion alimentaire d'origine animale qui, d'ailleurs, reste rare ; pour se préserver d'elle, *Nocard* recommande « la saisie de toute pièce malade et la cuisson de toute viande suspecte ». Les mesures qui intéressent la contagion végétale doivent surtout retenir l'attention des cultivateurs au moment de la rentrée des moissons et du battage des céréales. Il est alors nécessaire de battre le blé en plein air et non dans des espaces confinés, et de se protéger le nez et la bouche avec une toile fine ou un masque. Il faut aérer fréquemment les hangars et supprimer dans certains cas l'usage des balais. Il peut être dangereux pour un promeneur de « mâchonner » un épi de graminée arraché au bord du chemin. (*J. Guiart.*) Enfin, *Poncet et Bérard* insistent sur la « nécessité d'un séjour prolongé, dans un four suffisamment chaud, des diverses pâtes destinées à l'alimentation ».

TRAITEMENT CURATIF

« La thérapeutique rationnelle par un médicament spécifique des lésions parasitaires est encore à trouver. (Poncet et Bérard.)

L'iodure de potassium fut recommandé pour la première fois en 1885 par un vétérinaire d'Utrecht : *Thomassen. Nocard* le fit connaître en France ; sa valeur est aujourd'hui discutée. Pour les auteurs lyonnais, il ne représente pas le traitement spécifique de l'actinomycose (Poncet et Bérard) et il ne faut le prescrire à l'état isolé que pour des cas récents et peu étendus. Il est presque toujours utile de lui adjoindre une intervention chirurgicale. Après évacuation des principaux foyers, il peut hâter la cicatrisation.

L'iodure de potassium *per os* étant mal toléré à forte dose il faut lui préférer les injections intraveineuses de Lugol, selon la formule suivante :

Iode métalloïdique	3 grammes
Iodure de potassium	6 grammes
Eau distillée Q.s.p.	300 cm³

Les injections intraveineuses à la dose quotidienne de 3 à 8 centimètres cubes rendent les plus grands services. Pour éviter leur action sclérosante sur les veines il est préférable d'y ajouter en quantités égales la solution à 20 pour cent d'hyposulfite de soude. On injectera chaque jour 5 à 30 centimètres cubes du mélange. Les plaies opératoires seront largement imprégnées de la solution iodo-iodurée.

Les applications locales de sublimé corrosif en solution chlorurée ou hydro-alcoolique ont été utilisées avec un succès variable. Comme agent modificateur de surface, le nitrate d'argent peut rendre service.

Le yatren a été préconisé par K. Knabe.

Le *traitement chirurgical* dont *Poncet* et *Bérard* se sont faits les ardents défenseurs repose sur les données générales suivantes : l'exérèse chirurgicale doit prendre le pas sur la thérapeutique iodo-iodurée qui, administrée au préalable, peut limiter les phénomènes d'inflammation et simplifier ainsi l'intervention. Le chirurgien doit s'attendre dans les formes profondes et viscérales de la maladie à découvrir des lésions beaucoup plus importantes que celles entrevues à l'examen clinique. Après incision, avec un soin méticuleux, le chirurgien doit curetter les foyers et les badigeonner avec des solutions antiseptiques (sublimé, teinture d'iode, etc...). La guérison ne peut être affirmée que « plusieurs années après la fermeture de la dernière fistule et la disparition de la dernière tuméfaction ». Les récidives sont fréquentes et toujours possibles.

Le pronostic de la maladie ne connaît pas de règle fixe. « Tout dépend du malade, du chirurgien et des lésions. »

En résumé, dans le traitement des localisations pleuro-pulmonaires de l'actinomycose humaine, l'intervention chirurgicale doit occuper le premier plan et la médication iodurée jouer un rôle adjuvant.

BIBLIOGRAPHIE

CASTANEÏ et LEGROUX. *Bull. de la Soc. de Path. exotique,* 1931, n° 24.
BARBIER, PLANCHU et MATHIEU. *Journ. Méd. Lyon,* 20 avril 1936.
BASTENIÉ, RILLET, SLOSSE et WYBAUW. *Bruxelles Médical,* 29 janvier 1933.
CABOT. *New England J. Med.,* 3 janvier 1929.
GAMBIER. *Le Scalpel,* 1935, n° 38.
COYLE. *Lancet,* 1927, p. 600.
DONALIES et SCHMITH. *Mediz. Kin. Berlin,* 1930, n° 20.
HOMMES. *Nederlandsch Tijdsch voor geneskunde,* 1935, 2-3 août.
HUSIK. *Virchow's Arch. f. path. Anat.,* 1928.
KRABE K. *Arch. f. chiffs und Trop. Hygiène,* 539, 1930.
OSTFELD. *Medizin. Klinik,* 23 déc. 1932.
PICARD, VÉRAN et DELAUNAY. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 1938, n° 17.
PRESTON. *Brit. med. Journ.,* 29 déc. 1938.
PBININGER. *Ztschr. f. Taberk,* 1930.
PONCET et BÉRARD. *Traité clin. de l'Actinomycose,* Masson 1898.
SECHEHAYE. *Rev. méd. de la Suisse romande,* 25 juin 1935.
SHARPE. *The British Med. Journ.,* 30 juin 2928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1938

Action synthétisante de la phosphatase rénale. — M. Jean COURTOIS.

Influence des « sélecteurs » sur le potentiel encéphalitogène du vaccin jennérien. — MM. C. LEVADITI, Robert FASQUELLE, Robert BIQUIGNON et Louis REINIÉ.

Inoculation positive de la lèpre humaine au hamster. — M. Etienne BURNET.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1938.

Séance très courte, la plupart des orateurs inscrits n'ayant pas répondu à l'appel de leur nom:

Rapport au nom de la Commission de la Blennorragie. M. RADAIS.

Rapport sur les travaux concernant le Service des Eaux minérales. M. CARNOT.

Nomination d'une Commission « Au sujet des Prix ». M. LE PRÉSIDENT.

M. LAIGNEL-LAVASTINE présente à l'Académie le tome II de l'*Histoire générale de la médecine*, de la *pharmacie*, de l'*art dentaire* et de l'*art vétérinaire*, grand volume in-4° de 670 pages avec plus de 500 héliogravures et quadrichromies, édité par Albin Michel en août 1938.

M. H. CLAUDE présente un livre de M. D. Paulhan sur les *myopathies.*

La gastrectomie, opération bénigne. 125 gastrectomies de suite sans mortalité, d'après la technique du professeur Fans Finsterer, de Vienne, avec une préface du professeur GOSSET, par le docteur Jean DUVAL (du Havre). Un vol. de 144 pages, avec 41 planches, chez Maloine, à Paris, 1937.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infantiles, par Robert DEBRÉ, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 96 pages, chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 28 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 92. — MERCREDI 16 NOVEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat* (12 décembre 1938). — Jury après acceptation : Médecins : MM. Caroli, Jacquet, Cain, Escalier, Ameuille, H. Bénard, Tzanck ; chirurgiens : MM. Madier, Fey, Soupault, Couvelaire, Picot, Desmarest, Lallemant (O. R. L.), Cleisz (accoucheur).

Concours de Stomatologiste des Hôpitaux. — Épreuve orale de prothèse ou d'orthopédie dento-faciale : Mme Chaput, 19 ; MM. Gencel, 15 ; Bornet, 17 ; Cernéa, 19.

Question donnée : Diagnostic et traitement du prognathisme mandibulaire.

Épreuves de nomination. Consultation écrite : MM. Cernéa, 30 ; Gencel, 30 ; Mme Chaput, 30 ; M. Bornet, 30.

Classement des candidats à la suite des épreuves du concours ouvert pour la nomination à deux places de stomatologiste : 1re Mme CHAPUT, 126 ; 2e M. CERNÉA, 123 ; 3e M. Bornet, 119 ; 4e M. Gencel, 119.

Légion d'honneur. — EXPOSITION 1937. — *Commandeur :* MM. Debat, Devaux, Métadier, Achille Normand, directeur général de la Compagnie fermière de Vichy.

Officiers : MM. Marey, Mazeran, Vallée.

Chevaliers : MM. Dally, Chalamon, administrateur délégué de la Société des Eaux Minérales de Vals-Saint-Jean.

Faculté de Médecine de Paris. — M. le Doyen réunira MM. les Etudiants de 1re année le vendredi 18 novembre 1938 à 15 h. 1/4, au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique, et leur fera un bref exposé de l'organisation des études médicales.

Pour le relèvement de la natalité. — M. Daladier, président du Conseil, a reçu M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, qui lui a présenté le résultat des travaux dont le président l'avait chargé, concernant le problème du relèvement de la natalité.

Une partie des projets relèvent des départements ministériels du travail et de la justice.

M. Marc Rucart a plus particulièrement parlé du « prêt au mariage ».

Divers systèmes sont en usage en Europe, notamment le système dit « allemand », et le système dit « suédois ».

Le système allemand consiste en un prêt remboursable mais avec exonération de un quart du remboursement à chaque naissance d'enfant.

Le système suédois consiste en un prêt à intérêt amortissable. Le prêt est effectué en dons permettant de constituer un ménage.

Le congrès de la natalité, qui s'est tenu à Limoges, a marqué sa préférence pour le système suédois. Il semble que ce soit le système qui ait les préférences du ministre de la Santé publique.

Prix Maurice Cazin. — La Société des Chirurgiens de Paris fait savoir qu'en raison des événements de la fin du mois de septembre, elle a décidé de reporter au 1er décembre le délai ultime de dépôt des manuscrits qui lui seraient proposés pour l'obtention du prix Cazin.

Elle rappelle que les travaux doivent être adressés au Secrétariat de la Société, 15, rue Vézelay, Paris (8e).

Prix Bandelac de Pariente. — Le prix annuel de 1.000 francs, fondé en 1931 par le docteur Bandelac de Pariente pour perpétuer le souvenir de la fondation, en 1912, de l'UMFIA ou Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine, par les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente, et Gaullieur l'Hardy, devenue depuis 1928, Union médicale latine, est accordé tous les ans, par décision du Conseil de la Faculté, à l'auteur de la meilleure thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, à condition qu'il appartienne à un pays de langue espagnole ou portugaise, y compris les Philippines et Puerto-Rico.

Les candidats sont priés de faire connaître leurs titres au Secrétariat général de l'UMFIA, 81, rue de la Pompe, Paris, pour être ensuite transmis à M. le Doyen de la Faculté.

Les universités italiennes et la politique raciste. — Notre confrère de Rome, *Il Policlinico*, vient de publier d'après la *Vita Universitaria*, organe officiel de l'Université de Rome, une liste des professeurs israélites obligés d'abandonner l'enseignement le 16 octobre dernier, par application des mesures racistes.

Bologne : Professeurs Camis (physiologie), et Pincherle (péda trie).

Gênes : Professeurs Ugo Lombroso (physiologie), Rabbeno (pharm.), et Volta, dit della Volta (médecine légale).

Milan : Professeurs Alberto Ascoli (pathologie générale), Mario Donati (clinique chirurgicale), et Foà (physiologie).

Padoue : Professeur Terni (anatomie).

Palerme : Professeurs Artom (physiologie), et Maurizio Ascoli (clinique médicale).

Parme : Professeur Melli (clinique médicale).

Pavie : Professeurs Lattes Leone (médecine légale) et Zamorani (pédiatrie).

Pérouse : Professeurs de Rossi (microbiologie), et Finzi (chimie pharmaceutique).

Pise : Professeur Franco (anatomie-histologie).

Sassari : Professeur Ottolenghi (anatomie).

Turin : Professeurs Herlitzka (physiologie), et Levi (anatomie).

Journée du Rhumatisme du 3 décembre 1938, organisée par la Ligue française contre le Rhumatisme. — Cette journée, primitivement prévue pour le 8 octobre, avait été remise en raison des événements politiques. C'est donc le 3 décembre qu'elle aura lieu.

a) Le matin, à 10 heures, Hôpital Cochin (47, faubourg Saint-Jacques), Service de M. le professeur Mathieu : séance clinique avec présentation de malades, avec la collaboration du docteur F. Coste. « Les résultats éloignés des opérations pour l'arthrite chronique de la hanche et le rhumatisme blennorragique ».

b) L'après-midi, à 16 heures, à l'amphithéâtre de la Confédération des Syndicats médicaux, 60, boulevard La Tour-Maubourg, sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine : séance scientifique consacrée aux « Formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique ».

Les rapports suivants seront présentés :

1° Formes cliniques : professeur Gougerot, docteurs F. Coste et Durel ;

2° Thérapeutiques médicales : docteur Layani ;

3° Thérapeutiques physiques : docteur Surmont, Mme Michon ;

4° Thérapeutiques chirurgicale et orthopédique : docteur Boppe.

De courtes communications pourront être présentées par les membres de la Journée du Rhumatisme sur le sujet mis à l'ordre du jour. Leur texte, ainsi qu'un résumé en cinq lignes pour la presse, devra être adressé au plus tard, le 15 novembre, au Secrétariat de la Ligue française contre le Rhumatisme.

Cette Journée du Rhumatisme se terminera par un dîner qui aura lieu le soir même au Restaurant de la « Reine Pédauque », 6, rue de la Pépinière, Paris.

Inscriptions (comprenant l'envoi des rapports et comptes rendus, et la cotisation au dîner) : médecins français et étrangers : 120 francs ; membres de la Ligue française : 80 francs.

Adresser toute la correspondance et les inscriptions au Secrétariat de la Ligue française contre le Rhumatisme, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). (Littré 14-61. Compte courant postal : Paris 1414-50).

Conférences de chimie. — M. le professeur Sannié commencera une série de leçons de *chimie physiologique*, les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine, à 18 heures (amphithéâtre Vulpian), à partir du mercredi 16 novembre 1938 inclusivement.

Mariage. — Le mariage de Mlle F. Le Sourd, fille de notre directeur et de Mme François Le Sourd, née Saint-Pierre, avec M. Michel Gros, fils de Mme Camille Gros, sera célébré le mercredi 23 novembre 1938, à midi, en l'église Saint-Thomas-d'Aquin.

Cet avis tient lieu de faire-part.

RENSEIGNEMENTS

Administration générale de l'Assistance Publique à Paris

Sous-Direction des Hôpitaux et Hospices — Service de l'Exploitation

Le vendredi 9 décembre 1938, à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication sur soumissions cachetées des fournitures d'herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes, produits chimiques hors série (oxygène) nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques, et pendant une année pour les produits chimiques hors série (oxygène) à compter du 1er janvier 1939.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés de dix heures à midi et de quatorze heures à dix-sept heures, samedi, dimanche et fêtes exceptés.

Dépôt des demandes jusqu'au 24 novembre 1938. 1161

Quelques notions médico-chirurgicales sur l'ensemble des

SUPPURATIONS DU COU (1)

Par M. Henri ABOULKER (d'Alger)

Essai de classification des suppurations cervicales en : A. Pariétales externes ; B. Cavitaires internes ; C. Vasculaires médianes. — L'existence des deux syndromes nous amène à offrir une classification utilitaire en : *suppurations pariétales externes* comprenant les affections dénommées Phlegmons du cou comme si les autres n'appartenaient pas au cou, et groupant les phlegmons sus et sous-sterno-mastoïdiens, sous-maxillaires, sous-angulo-maxillaires, parotidiens, et en *suppurations internes cavitaires et paracavitaires* groupant les phlegmons dénommés pharyngo-laryngés et péri-pharyngo-laryngés ou latéraux ou rétro-pharyngés. Ces dénominations d'interne et d'externe sont justifiées d'abord par le siège des abcès dans la topographie générale du cou, mais aussi par la *position des abcès par rapport au paquet vasculaire ; et c'est là le fait capital au point de vue du traitement :* car si dans les formes internes le danger est d'abord au larynx, dans celles-ci comme dans les types externes, la présence des vaisseaux nécessite des précautions particulières ; par ailleurs elle justifie la *description d'un type intermédiaire médian vasculaire* (2). Hors le cas des malades examinés dès l'apparition des premiers symptômes et chez qui l'on peut suivre pas à pas le passage d'un type clinique à l'autre, l'ordre d'apparition des symptômes peut servir à reconstituer la marche de l'infection. Quant au type médian phlébitique, il est consécutif aux formes internes ou externes ; il est souvent découvert au cours de l'exploration chirurgicale. Facilement reconnu quand il fait suite à une phlébite du sinus latéral d'origine otitique, il se traduit par une symptomatologie mixte pariéto-cavitaire.

J'ai rappelé que les suppurations cervicales pouvaient être classées en abcès ganglionnaires, ostéitiques, celluleux et cellulo-muqueux, phlébitiques. Ces dénominations désignent le tissu qui est le point de départ de l'infection, celle-ci s'infiltrant par ailleurs plus ou moins vite dans tous les plans anatomiques. Elles ont été employées dans sa remarquable étude des suppurations périmandibulaires par notre éminent maître, M. le professeur Pierre Sebileau.

Angine de Ludwig, cellulo-phlegmon type. — Le *type de cellulo-phlegmon* le plus authentique paraît être le phlegmon de Gensoul baptisé angine de Ludwig. Il appartient à la bouche plutôt qu'à la région cervicale. Il se répand toujours dans la région sous-maxillaire à travers l'écran musculaire du mylohyoïdien, et peut se propager jusqu'à la cavité pharyngo-laryngée, non par les plans sous-maxillaires mais par la nappe celluleuse qui, en arrière vers la base de la langue le long du bord de l'épiglotte, ménage une zone facilement décollable jusqu'au vestibule laryngé. Ce phlegmon diffus hyperseptique a son homologue peu connu en arrière du maxillaire supérieur ; celui-ci fait suite aux caries dentaires supéro-postérieures, détermine un œdème de la joue, de la face, de la région temporale, et d'autre part de la région sous-maxillaire même. Cette *angine de Ludwig supérieure* rejoint aussi le territoire de l'angine de Ludwig classique à localisation buccale ; celle-ci est intermédiaire à la précédente et à *l'angine cellulo-septique inférieure cervicale* péri-pharyngo-laryngée, forme diffuse hypertoxique des suppurations cervicales dont le terme est la médiastinite.

Angine de Ludwig supérieure faciale. Angine de Ludwig inférieure cervicale. — Il n'est pas fréquent que le phlegmon sous-maxillaire envahisse le cou, tant est solide l'aponévrose qui le limite. *Cette région sous-maxillaire, véritable plancher du plancher buccal vit dans le cou une existence autonome, étrangère au cou ; elle appartient à la bouche.* Quand la tête est en équilibre, elle disparaît derrière le maxillaire, devient horizontale ; l'os hyoïde s'enfonce dans la profondeur un peu au-dessous du niveau du bord inférieur de l'os maxillaire. Dans les interventions sur la bouche et la région sous-maxillaire, ablation de tumeurs de la langue, du plancher du maxillaire, on peut sans danger enlever en bloc la lésion; la communication septique de la cavité avec le « cou sous-maxillaire » est sans inconvénient ; par contre la communication avec le cou véritable, la région sterno-mastoïdienne est pratiquement toujours mortelle. Elle est génératrice de phlegmons traumatiques hyperseptiques. Morestin a prétendu disséquer les gites cellulo-ganglionnaires du cou (comme s'il était possible d'enlever les lymphatique qui traversent les muscles) (1), et isoler le cou de la bouche en suturant sterno-mastoïdien, omohyoïdien, muscles styliens. On ne peut éviter l'ensemencement septique de la région cervicale qu'en exécutant un temps bucco-sous-maxillaire et un temps carotidien strictement séparés par la cicatrisation complète. Il est à remarquer qu'on peut faire des pharyngotomies latérales, des œsophagotomies externes qui laissent des fistules cervicales prolongées, sans danger, parce que le cou n'a pas été disséqué. La technique de Morestin paraît indéfendable pour qui a fait ces interventions ailleurs qu'à l'amphithéâtre d'anatomie. Le danger n'en reste pas moins très grand dans les opérations bucco-sous-maxillaires ou pharyngo-laryngées (2) ; mais il provient du plan-

(1) Fin. — Voir *Gaz Hôp.*, n° 90, du 9 nov., p. 1433.

(2) Cet Essai de Classification s'efforce de grouper les symptômes d'après leur topographie, et les formes cliniques d'après leur apparence clinique; nous cherchons à exposer cette question complexe en partant du malade et du médecin qui a un problème délicat à résoudre ? En attendant mieux, nous pensons ainsi simplifier les idées.

(1) Qu'on imagine les lymphatiques bucco-et pharyngo-cervicaux non injectés et qu'on demande à un anatomiste de les supprimer, même dans le silence de son laboratoire ; telle est « l'opération de Morestin ». Elle est anatomiquement impraticable et, au surplus, elle déverse dans le cou toutes les sécrétions de la bouche traumatisée par l'intervention ; mais on peut faire une opération clinique, c'est-à-dire supprimant les lésions révélées par l'examen.

(2) Faites toujours pour épithéliomas.

cher ou du pharynx et non de la suppuration du cou qui nous occupe ici, car celui-ci est laissé intact.

Diagnostic de l'adéno et de l'ostéo-phlegmon. — Les *adéno-phlegmons,* à eux seuls plus fréquents que toutes les autres variétés d'abcès, se présentent dans la région sous-maxillaire, dans le rétro-pharynx, la région jugulaire, la région parotidienne, enfin dans la région sterno-mastoïdienne superficielle. L'adéno-phlegmon sous-maxillaire se distingue de l'ostéo-phlegmon par le creux sous-maxillaire qui le sépare de l'os. Cette ligne n'existe pas dans l'abcès osseux qui, par ailleurs, est *senti par la bouche bien adhérent à l'os.* Les *ostéo-phlegmons*, bien que moins nombreux, méritent par la multiplicité de leurs origines une description moins brève.

Le support osseux du cou. — Le support osseux du cou est constitué par une vaste surface d'insertion.

En arrière, le pilier vertébral ; en avant, les massifs maxillo-dentaires supérieur et inférieur, l'os hyoïde et la surface cartilagineuse laryngo-trachéale ; en bas la ligne claviculaire ; en haut la base du crâne.

La face antérieure des vertèbres est le point de départ des abcès froids rétro-pharyngiens, la face postérieure du cou est quelquefois le siège d'*abcès de la nuque plus fréquemment d'origine otitique que vertébrale.*

Le maxillaire supérieur donne naissance à des abcès: *a*) antérieurs ; *b*) latéraux qui fusent dans les fosses zygomatique et temporale en haut ; *c*) postérieurs, dans la fosse ptérygo-maxillaire ; *d*) inférieurs, dans la région sous-parotidienne ; ils abordent par là la partie supérieure du cou. Ils sont faciaux, superficiels et profonds plutôt que cervicaux ; ils ont pour cause les sinusites et les diverses ostéites du maxillaire supérieur.

Les arthrites alvéolo-dentaires font des ostéo-phlegmons paramandibulaires ; par contre, les érosions et ulcérations des gencives et de la muqueuse buccale par leurs lymphatiques font des adéno-phlegmons sous-maxillaires, sous-mentaux, sous-angulo-maxillaires ou de la région carotidienne ; de même font des adéno-phlegmons les lésions des fosses nasales, du pharynx et celles des téguments de la face.

Les cartilages laryngo-trachéaux font des périchondrites suppurées péri-laryngo-trachéales (syphilis, tuberculose, cancer, radium). Les *ostéites claviculaires* font des abcès sus-claviculaires.

Le plafond osseux du cou. — Reste à examiner le *rôle du support cranien du cou.* Il supporte une région que Portmann a proposé d'appeler *gouttière cranio-cervicale* et que nous appelons la surface sous-pétro-occipitale latéro-vertébrale latéro-naso-pharyngée. Essayons de nous représenter ce *plafond du cou.* Il se projette sur la face externe du crâne au niveau de la région qui s'étend du bord postérieur de la branche montante jusqu'en arrière de la mastoïde. Poussons l'index dans le creux sous-auriculaire et suivons par la pensée la surface osseuse. Nous rencontrons la face interne de la mastoïde, la scissure digastrique, l'apophyse styloïde, le nerf facial, le trou déchiré postérieur, le trou carotidien et une surface irrégulièrement quadrilatère, face inférieure de la pointe du rocher. Nous remarquons que cette dernière surface porte le *trajet osseux de la trompe* et qu'elle *est enfermée dans le pharynx nasal.* Nous constatons aussi que cette face inférieure du rocher s'étend un peu en avant au delà de la suture pétro-sphénoïdale, vers l'aile sphénoïdale (trou ovale et nerf maxillaire inférieur), beaucoup en arrière, au delà de la suture pétro-occipitale (trou déchiré postérieur et condylien et quatre derniers nerfs). Or cette *surface sous-pétro-occipitale latéro-vertébrale, latéro-naso-pharyngée est parcourue par des traînées cellulaires issues de la Cavité tympanique Cellule-Mère. Ces traînées cellulaires qui envahissent plus ou moins d'abord la totalité de l'os temporal, débordent sur les os voisins. On ne peut comprendre la pathologie des infections auriculaires si l'on n'a ces faits essentiels toujours présents à l'esprit.* C'est pourquoi le *terme* otite qui monopolise notre attention sur la minuscule cavité tympanique *représente une double erreur* d'ordre *psychologique et anatomique* (1). J'ai proposé de le remplacer par celui de temporalite : tympanique, tympano-mastoïdienne, tympano-labyrinthique, tympano-pétreuse, en somme de temporalite partielle ou totale.

Le plafond osseux du cou c'est l'oreille (2). — En tout cas, le *plafond du cou c'est l'oreille.* C'est la face inférieure cervicale de la *pyramide auriculaire* qui possède deux parties cervicales : l'une cervicale externe, l'autre cervicale interne naso-pharyngée. La face externe superficielle du système auriculaire est la surface mastoïdienne ; la face supérieure intracranienne est composée des surfaces antéro-supérieure temporo-sphénoïdale et postéro-supérieure occipitale pré-cérébello-rétro-sinuso-labyrinthique.

Malgré les apparences, cette digression anatomique ne nous a pas éloignés de la question des suppurations du cou. Bien au contraire, nous sommes au cœur du sujet. Car l'oreille va, sans doute, nous fournir quelques menus abcès ganglionnaires sous-cutanés, avec, en outre, quelques adénites mastoïdiennes suppurées, suites de suppuration du conduit cutané et du pavillon.

---

(1) L'oreille moyenne classique c'est l'ensemble cavitaire tympano-mastoïdien avec son couloir de sortie la trompe d'Eustache et sa membrane tympanique, *porte vitrée transparente par laquelle on surveille la caisse,porte de secours automatique qui éclate spontanément ou que l'on crève* en cas de presse... je veux dire de pression du pus. Or le système cellulaire tympano-mastoïdien peut s'étenedre dans l'écaille et l'arcade zygomatique en dehors et pénétrer abondamment tout le *rocher qui devient la partie interne de l'oreille moyenne. L'oreille interne des classiques ou labyrinthique est l'oreille médiane* si l'on considère sa place dans *le temporal.* Le nom qui lui conviendrait serait celui d'*oreille centrale* d'abord parce qu'elle est logée *au centre du temporal*, ensuite parce qu'elle *représente les centres nerveux; c'est l'oreille cérébrale.* Enfin l'oreille moyenne, diverticule basilo-cranien des fosses nasales qui poussent les voies aériennes jusqu'à la celle turcique, face supérieure des sinus naso-sphénoïdaux est l'oreille respiratoire; l'oreille externe est tégumentaire, elle appartient à la dermatologie, tandis que l'oreille moyenne réagit comme les les infections des voies aériennes et avec elles, tandis que la pathologie labyrinthique fait partie de la pathologie des nerfs et des voies cérébelleuses.

(2) La « Temporalite » in Revue d'oto-r.-l. (1935) (H. Aboulker). Sur les suppurations cervicales d'origine otitique, très bon travail inaugural de notre élève le Dr Namann (Alger, juin 1937). — H. Aboulker. Notions générales sur les otites in Gazette des Hôp., numéros 44 et 46, 1936). Nos articles sont accompagnés des planches explicatives représentant les surfaces exo-craniennes et endo-craniennes.

Abcès cervicaux suite d'ostéite du temporal, de périostite cervicale et naso-pharyngée, de périostite intracranienne. — Mais elle va surtout donner naissance à une série d'ostéo-phlegmons. Les uns représentent des abcès *périostiques* inférieurs cervicaux et naso-pharyngés, d'autres des ostéites du corps de l'os, d'autres des abcès périostiques internes intra-craniens. Ceux-ci sortent de la cavité occipitale : *a*) le long du trou déchiré postérieur et des nerfs (glosso-pharyngien, pneumogastrique, spinal), du golfe de la jugulaire le long de la veine ; *b*) du trou condylien postérieur le long du nerf hypoglosse. D'après Jacques de Nancy, un conduit condylien relie ce dernier trou à un orifice condylien antérieur et pourrait conduire les suppurations de la loge cérébelleuse dans le cavum nasal. Dans la partie interne de la fosse temporale cérébrale, la suture pétro-sphénoïdale ou trou déchiré antérieur correspond extérieurement à la partie tubaire du naso-pharynx. Cette ligne est le lieu de passage des tumeurs du naso-pharynx qui entrent dans le crâne et des abcès temporo-internes qui en sortent. Enfin, les ostéites de la face inférieure de la pointe du rocher se fistulisent également dans le naso-pharynx. On peut donc rencontrer trois sortes d'abcès *cavaires d'origine otitique simulant le mal de Pott sous-occipital*. Deux d'entre eux sont des abcès en bouton de chemise. Ces abcès directs en bissac se développent aussi dans les divers plans du cou. *Dans la nuque* nous en avons observé une dizaine de cas ; ils réalisent les mêmes localisations dans le cou que les adéno-phlegmons : types sous-sterno-mastoïdien (Bezold), périjugulaires, péripharyngés.

Ces ostéo-phlegmons auriculaires ne sont pas très rares : ils sont beaucoup moins fréquents que les ostéo-phlegmons péri-maxillaires ; ils figurent par un chiffre très modeste dans l'ensemble des divers phlegmons du cou.

Phlegmon ligneux. — En dehors des abcès froids et chauds qui ont un facies assez caractéristique, il existe un type évolutif très curieux : le phlegmon ligneux. Il donne dès l'abord l'impression d'une tumeur maligne avec laquelle on le confond généralement. Quand on l'incise, on passe péniblement entre les muscles qu'on devine plutôt qu'on ne les reconnaît ; on les sent soudés les uns aux autres et aux tissus environnants ; le bistouri trace une *ligne de cri* qu'il entame avec peine. C'est en vain qu'on cherche un plan de clivage. On se demande où peuvent bien être les points de repère, où sont les vaisseaux et l'on finit par tomber dans une cavité ramollie après une traversée des plus laborieuses. J'ai l'impression que la syphilis n'est pas étrangère à la constitution de cette myosite scléreuse diffuse.

L'aspect extérieur est celui d'un néoplasme malin qui se traduirait, non par la formation tumorale habituelle, mais par une coulée néoplasique en nappe. Cet aspect rappelant le squirrhe en cuirasse exceptionnel dans les tumeurs du cou m'a incité à me méfier d'abord, et à faire le diagnostic ensuite dans les quelques cas que j'ai observés. Les thyroïdites chroniques, le cancer aigu du corps thyroïde rappellent assez bien l'aspect du phlegmon ligneux. Il n'existe que peu de chaleur, de rougeur des téguments, et l'on arrive assez difficilement à délimiter la zone où finit la tuméfaction. Parfois on éprouve une sensation de résistance élastique. Néanmoins, il m'a semblé qu'en recherchant méthodiquement la sensibilité au doigt on trouvait généralement une zone de réaction ; en face, quelque part, dans le lointain, siège l'abcès.

Les médications générales ne doivent jamais retarder le drainage. — Pour le traitement, les médications générales de l'infection, les stocks vaccins, le propidon, le sérum antigangréneux, la radiothérapie ne doivent jamais *retarder un drainage indiqué* par la fluctuation. Avant et après le drainage, ces médications restent utiles sinon par une action abortive, du moins par leur influence préventive de la toxi-infection locale ou générale.

Assez souvent l'incision faite sur le point saillant de la fluctuation le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien ou, plus généralement, le long de son bord antérieur suffit à l'éruption du pus dès que l'aponévrose est incisée ou le muscle récliné. Il en peut être ainsi, que l'abcès soit strictement sous-terno-mastoïdien en *dehors du paquet vasculaire ou en dedans de lui ;* des œdèmes intenses du pharyngo-larynx disparaissent rapidement. Il s'agit alors des abcès pariétaux externes, ou médians péri-vasculaires et de quelques abcès laryngo-pharyngés. En effet, même les abcès cavitaires proprement dits, collectés sous la muqueuse mais diffusés dans le cou, peuvent nécessiter ce drainage externe outre *la ponction locale par les voies naturelles ;* car ils représentent des sortes d'abcès en bouton de chemise, à la fois phlegmons cavitaires sous-muqueux et cellulo-adéno-phlegmons extra-cavitaires, communiquant assez mal l'un avec l'autre.

Evacuation spontanée du pus. — Au total les interventions par les voies naturelles sur le pharynx layrngien sont peu nombreuses parce que, assez souvent, le drainage externe de l'abcès suffit, et parce que l'abcès sous-muqueux proche de l'air libre et constamment comprimé par les mouvements de déglutition crève volontiers spontanément. Il n'en est pas moins nécessaire de suivre au miroir les progrès de l'œdème, de se *rappeler la possibilité de l'obstruction mécanique progressive ou des spasmes brutaux* dont certains malades donnent le spectacle quand, terrorisés par la perspective de l'opération, ils s'acharnent à la retarder, ou même assez souvent *dès le début de l'affection.*

Drainage par les voies naturelles. — Les manœuvres par les voies naturelles sont de ce fait assez dramatiques ; elles doivent consister en ponctions rapides et être exécutées à proximité immédiate d'une salle d'opération car la trachéotomie peut être brusquement inévitable. C'est pourquoi, le point de drainage des abcès sous-muqueux même, peut utilement être recherché par l'incision pré-sterno-mastoïdienne quand cela paraît possible.

Incision pré-sterno-mastoïdienne. — L'incision doit, dans la région latérale du cou, être assez longue pour permettre de rechercher la collection en arrière

et en avant, en haut et en bas, en dedans et au fond. Il faut éviter à tout prix que l'exploration se déroule dans un entonnoir où la présence malencontreuse d'un vaisseau ulcéré rendrait difficile le pincement et la ligature au milieu de tissus lardacés. Dès que le muscle est récliné, pour toutes les interventions cervicales, quelles qu'elles soient, je mets *de côté pinces à griffes et Kocher.* C'est que, à travers les lames celluleuses, elles ponctionnent des vaisseaux qui saignent tardivement et font des hématomes péri-laryngés qui peuvent être mortels. Pour trouver le pus, la pince de Kocher fermée est un instrument d'exploration excellent ; mousse et solide du bout, elle est à pied d'œuvre, dès qu'on rencontre le pus, pour faire place au drain.

Les *collections péripharyngées latérales* sont suffisamment visibles par dépression de la langue même lorsqu'elles prédominent dans le pharynx nasal ou laryngien. Truffert s'est attaché à souligner qu'elles étaient en dedans des vaisseaux qu'elles refoulaient *en dehors.* Il en conclut qu'elles doivent être ponctionnées par la voie cavitaire. C'est parfaitement vrai, mais cela commence à être du travail de spécialiste.

D'un coup sec d'une pointe mousse, de préférence coudée pour ne pas gêner la vision, on pénètre dans la collection et on la draine. Théoriquement, nous avons à craindre qu'un vaisseau ulcéré se mette à saigner. Mais, d'une part cette éventualité est heureusement très rare, d'autre part la pince que nous employons est si fine que le trajet se boucherait tout de suite ; on aurait largement le temps de reprendre le drainage par voie externe. La communication de l'abcès avec la cavité ne m'a jamais paru dans ces conditions avoir le moindre inconvénient, pas plus pour les abcès chauds que pour les abcès froids. Cette petite voie de drainage a suffi dans tous les cas que j'ai vus. On est toujours à temps d'y adjoindre, s'il y a lieu, la contre-ouverture transcutanée. Je suis loin, néanmoins, d'ériger, comme Truffert, le drainage par la voie cavitaire en indication impérative.

Les *abcès rétro-pharyngiens* par contre se développent dans une région où il n'y a pas à craindre la rencontre de vaisseaux ; ils sont adossés au plan vertébral. On les évacue facilement par les voies naturelles ; et qu'ils soient *chauds ou froids ils guérissent.* La communication avec le pharynx, je le répète, je ne l'ai jamais vue présenter le moindre inconvénient. Rejeter les voies naturelles, c'est opposer à cette petite intervention l'opération par incision derrière le sterno qui passe sous les vaisseaux, rejoint l'aponévrose latérale externe du pharynx, et à travers elle, cherche le pus ; elle ne semble pas indispensable. La pince coudée est nécessaire mais suffisante ; de même que pour la ponction des abcès amygdaliens et péri-amygdaliens, il faut proscrire le bistouri.

La crainte de la chute brusque du pus sur le larynx a donné naissance à la position opératoire,: tête en bas, position fortement déclive. Le véritable danger n'est pas là ; *il se trouve dans la présence d'œdème concomitant du larynx ; et, même avec un larynx libre, dans le risque de spasmes.* Mettre le malade dans cette position, c'est rendre plus difficile la respiration qu'il faut au contraire faciliter au maximum. C'est aussi rendre nécessaire l'éclairage au miroir ; c'est imposer à celui qui opère ainsi, de haut en bas, des manœuvres malaisées ; mais cela ne serait rien si le malade devait s'en trouver mieux ; or il est déjà assez mal en point, et il est inutile et dangereux de lui imposer cette position de supplice chinois.

Position opératoire optima et pessima. — Une position opératoire a sans doute pour but de réaliser l'attitude qui permettra de pratiquer le mieux possible l'intervention ; mais elle doit aussi, et surtout, représenter la position la moins défavorable au malade. Quand le *larynx et le cou, régions spasmophiles par excellence, sont en jeu,* il n'y a qu'une seule règle impérative : c'est de choisir *la « position respiratoire »*, celle dans laquelle le patient respirera le mieux tout le temps de l'acte chirurgical. Elle varie avec les cas ; seul *le maalde peut la trouver ; à nous de nous en accommoder.* C'est pourquoi, pour la trachéotomie, *opération spasmogène type*, je restreins au maximum l'extension forcée du cou classique, j'opère, le malade cou rectiligne ou en flexion, parfois en position assise. Le temps d'opérabilité est prolongé le plus qu'il est possible, et, en tout cas, si l'on est contraint de prendre la position pessima d'extension forcée classique, on profite le plus longtemps possible de la position optima (1).

Il ne fait aucun doute que pour le traitement de l'abcès rétro-pharyngien la position optima ne soit la position assise. Devant une fenêtre largement éclairée, ou avec un miroir frontal, on voit bien la collection. On déprime la langue, *doucement*, avec un abaisse-langue dont on pousse au contact de la poche *le bout large qui va faire écran.* D'un coup sec on ponctionne ; le pus se précipite dans la cuvette. La pince qu'on s'efforce de maintenir dans la perforation la dilate, cependant que l'abaisse-langue de bas en haut masse la tuméfaction et la vide. Si quelques gouttes de pus tombent dans le larynx, celui-ci, de ses réflexes si susceptibles, les expulse instantanément. Le danger est pour le visage de l'opérateur et de son entourage qui doivent se méfier. Il faut se méfier aussi d'une part de la cocaïnisation de la gorge qui par l'anesthésie diminue le réflexe de défense, et d'autre part de la *distension exagérée des mâchoires par l'ouvre-bouche qui est cause de beaucoup d'incidents asphyxiques ;* pour s'en convaincre, il suffit d'enlever ou de desserrer l'ouvre-bouche, la respiration reprend séance tenante.

Incision esthétique des phlegmons sous-maxillaires. — Pour les phlegmons sous-maxillaires, l'incision classique s'étend longuement sous le bord inférieur de l'os et à travers l'aponévrose cherche le pus autour

---

(1) H. Aboulker. La trachéotomie en position tête fléchie : in Algérie médicale, fév. 1935, in Phare médical, avril 1937.

La position la meilleure pour l'opérateur, tête en extension, position classique est la plus mauvaise pour le patient dont elle aggrave la gêne respiratoire. La position la meilleure pour l'opéré, tête en flexion, est détestable pour le chirurgien ; il faut s'efforcer cependant de s'en accommoder, tant que l'intervention sera faite pour le malade. Les chirurgiens généraux qui pour la plupart ne soupçonnent même pas la puissance du miroir frontal ne se rendent pas compte qu'il éclaire extraordinairement les cavités étroites jusqu'à 9 cm. de profondeur pour lesquelles le scyalitique n'a aucune valeur.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine**.

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

de la glande. Je fais le plus possible une incision discrète d'un centimètre et demi à deux centimètres, suffisante pour le passage d'un gros drain. Je plonge à travers les tissus une Kocher fermée qui cherche, sans danger, la collection ; il suffit de l'ouvrir lentement et largement : la collection ne peut pas échapper. Si le gonflement sous-maxillaire représente la partie sous-mylo-hyoïdienne d'un phlegmon du plancher je pousse la pince à travers le muscle, je l'ouvre largement et j'effondre la muqueuse. Cette technique esthétique est fort appréciée par nos compagnes ; elle ne laisse subsister, après la guérison, qu'une légère cicatrice déprimée. Se tirer d'affaires d'une angine de Ludwig au prix d'une petite fossette est appréciable.

S'efforcer d'éviter l'anesthésie générale, ce qui est toujours possible. — En ce qui concerne l'anesthésie je me suis si souvent expliqué sur la façon dont je la comprends que je n'ai pas à insister beaucoup. Toutes les interventions sur le cou, domaine du pneumogastrique, nerf d'une susceptibilité redoutable, exposent à des accidents dont certains sont imprévisibles. Si l'affection est grave pourquoi l'aggraver par une anesthésie dangereuse , Si la maladie n'est pas mortelle, comment ne pas s'efforcer d'éviter une anesthésie générale qui peut tuer ?

Dans tous les cas où l'on est assuré de réaliser l'objectif, le drainage de l'abcès, au moyen de l'anesthésie locale, c'est elle qu'il faut choisir, même si le larynx est libre et l'état général favorable. Je l'ai employée dans tous les cas sans exception que j'ai eu à traiter. A plus forte raison dans les cas où il y a œdème laryngé ou tendance marquée au spasme, je m'interdis formellement l'anesthésie générale. Depuis trente ans, je fais toutes ces interventions sous anesthésie par infiltration avec des résultats excellents, de même que la presque totalité de la chirurgie de la tête et du cou, et j'ai observé plus de deux cents malades opérés par mes collaborateurs ou moi-même. Y comprises les formes gangréneuses et septico-pyohémiques et pulmonaires du plancher et du cou, la mortalité n'atteint pas 5 p. 100.

LIVRES NOUVEAUX

Guide de biologie clinique pratique, par le docteur François Morel, 3e édition, in-8°, 72 pages, broché. Dépositaire : Librairie Le François. Prix : 15 fr.

Dans ce petit livre, absolument parfait de précision et de concision, l'auteur expose « tout l'indispensable, mais rien que l'indispensable » concernant les examens de laboratoire appliqués à la clinique courante. Techniques des prélèvements usuels, chiffres normaux, interprétation de leurs variations sont schématisés très clairement.

Ce Guide mérite d'être répandu parmi les praticiens et les étudiants.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. Weitz, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

XLVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

Deuxième question mise à l'ordre du jour :

Formes cliniques et traitement des septicémies à staphylocoques d'ordre chirurgical

Résumé du Rapport

de MM. Jean Patel (de Paris)
et Pierre Moiroud (de Marseille)

Cet intéressant rapport s'ouvre par un « prologue », où les auteurs soulignent le sens des expressions : bactériémies, septicémies et septico-pyohémie, qui seront toujours employées à bon escient au cours de leur travail. Quelques mots d' « historique » pour rappeler les recherches de Pasteur, Rodet, Calmette, Courmont, Lannelongue, Achard, Petit, Nicolle, Cesari et de tant d'autres.

Etude clinique

Les septicémies à staphylocoques ont le même aspect clinique que les septicémies dues à d'autres germes. Les unes et les autres revêtent les formes suraiguës, aiguës, subaiguës ou chroniques.

Ce qui les distingue surtout, c'est d'abord leur fréquence, puis leur tendance à s'accompagner de manifestations métastatiques, enfin la localisation toujours la même de la « porte d'entrée » dans l'organisme.

Cette porte d'entrée, c'est la peau ou la muqueuse des cavités naturelles.

A. — Les formes aiguës

Elles sont de deux sortes :

α. *Les unes prennent le masque d'une grande maladie infectieuse :* il n'y a pas de localisation nette ; tout l'organisme semble être touché. Ces formes sont vues surtout par le médecin. Après quelques prodromes, céphalée, asthénie, ou même sans avertissement, éclatent un frisson prolongé et une température à 40. On note parfois des vomissements et une grande courbature. A cela s'ajoutent souvent : l'hépatomégalie, la splénomégalie, le ballonnement du ventre, une diarrhée avec ou sans ictère. C'est à s'y méprendre l'aspect d'une typhoïde. Le laboratoire est seul capable d'établir un diagnostic.

β. *Les autres formes portent dès le début leur signature étiologique :* c'est le cas des staphylococcies malignes de la face, furoncle, anthrax, phlébite des veines faciales ou des sinus. Les signes généraux s'ajoutent à la symptomatologie locale et entraînent le plus fâcheux pronostic. D'autres fois, les manifestations métastatiques se montrent très précocement : collections sperficielles et profondes des téguments, gangrène en placards, érysipèle, localisations osseuses, endocardite.

On juge de l'importance dans ces conditions des examens de sang répétés : numération globulaire, taux de l'hémoglobine, dosage de l'urée et recherche de l'agent causal dans les bulles cutanées séro-purulentes, dans l'urine et le sang.

B. — Les formes subaiguës et chroniques

α. *Les formes subaiguës :* ce sont les plus fréquentes, 45 à 55 p. 100 (Arloing, Baillac, Desrosiers) ; ce sont celles aussi

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 86, du 26 oct., p. 1376, et n° 90, du 9 nov., p. 1439.

Administration de la FOLLICULINE
par voie percutanée.



PRURIT VULVAIRE

acné juvénile et de la ménopause, hypertrichose....

Une application matin et soir suivie d'un léger massage.

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO - PARIS - 16e

qui nécessitent le plus souvent une thérapeutique chirurgicale.

Les foyers sont toujours multiples, et il faut bien s'entendre sur ce caractère essentiel. Ils peuvent être successifs, mais aussi simultanés. Leur physionomie anatomo-clinique permet de les classer dans les 3 groupes que voici :

1. Au premier degré, il s'agit d'hyperémie, de congestion œdémateuse et d'épaississement des tissus ;

2. Au second degré, on note une infiltration péri-focale circonscrivant un abcès plus ou moins collecté ;

3. Au troisième degré, les lésions sont plus diffuses, plus étalées : ici, simplement congestives, là, nécrotiques, ailleurs purulentes ou exsudatives.

Enfin, l'évolution procède souvent par à coups. Il y a des rémissions et des reprises. Le tout peut durer des semaines, parfois deux ou trois mois.

Le début est d'ordinaire marqué par des phénomènes infectieux : frissons violents, température autour de 39, prostration, dyspnée, tachycardie, oligurie. Une ou deux semaines se passent sans changement dans la situation, exception faite de l'apparition de certains signes avertisseurs de foyers métastatiques.

Beaucoup plus rarement, le début est sournois, suivi d'une période d'accalmie, puis d'une reprise des signes d'infection. La fièvre notamment se reproduit ; le faciès devient terreux, l'amaigrissement s'accentue, une douleur apparaît, se localisant là, où dans les jours qui suivront se développera une collection suppurée.

Dans l'un et l'autre cas, deux ou trois semaines après le début, les accidents métastatiques se montrent au niveau des téguments avec une fréquence extrême, dans le squelette, dans les articulations, les muscles, l'appareil respiratoire, le rein, la prostate, l'épididyme.

On voit par cette énumération combien sont variées les localisations du germe causal. L'une disparaît et l'autre déjà s'annonce. C'est parfois au milieu d'une phase d'amélioration, alors que l'entourage se prend à espérer, que la mort arrive doucement.

β. *Les formes dites chroniques à évolution prolongée.* — C'est certainement la forme la plus rare de toutes les staphylococcies. Leur étude est cependant pleine d'intérêt, puisque aussi bien, elles sont la preuve palpable, en raison de leur « évolution qui n'en finit pas » de la tendance à la rechute des accidents pathologiques. Or, cette tendance à la rechute demeure la caractéristique quasi-essentielle de la staphylococcie.

Ordinairement, quelques semaines, deux ou trois mois après un épisode septicémique, les écarts plus marqués étant exceptionnels, se montre une lésion abcédée qu'accompagnent les prodromes : anorexie, malaises, douleurs locales et température.

Le staphylocoque responsable reste plus ou moins longtemps sans faire parler de lui. Puis, une nouvelle métastase apparaît, sous-cutanée, musculaire ou viscérale, dont on obtient la guérison.

Une période calme suit cette phase, après quoi plusieurs semaines plus tard, apparaissent d'autres manifestations similaires, du reste, aux précédentes.

*
* *

La question des septicémies à staphylocoques envisagée sous l'angle du laboratoire

Présentement, l'expression « septicémie » a perdu sa signification classique. Elle traduisait la pullulation des microbes dans le sang ; elle était comme la cause de la mort. Actuellement, cette pullulation est plutôt considérée comme la résultante du fléchissement de la défense de l'organisme.

Or, des septicémies s'acheminent vers la guérison avec chute marquée de la température, alors que la même pullulation microbienne dans le sang persiste sans aucun changement.

Septicémie et bactériémie sont dont loin d'être synonymes.

L'étude expérimentale de la septicémie due au staphylocoque a démontré définitivement qu'on ne pouvait conclure de l'animal à l'homme. Elle a eu pourtant le mérite d'avoir fixé certaines notions :

a. La voie de propagation est la voie veineuse. Il est courant de constater à peu de distance du foyer initial, des veines thrombosées. Le germe se montre abondant au delà de la lésion ; il est absent en amont de cette même lésion.

b. Partis du premier foyer, les germes colonisent sur la paroi de l'endoveine, et de là vont partir, après guérison du premier foyer, de nombreux staphylocoques responsables d'accidents futurs de suppuration.

c. Un staphylocoque n'a pas seulement la propriété de vivre et de coloniser l organisme. Il met en liberté un produit diffusible : la *toxine*, dont l'activité pathogène est connue et contrôlée depuis longtemps.

Les auteurs étudient le pouvoir « *lethal* » et le pouvoir « *lytique* » de cette toxine, ainsi que son pouvoir « *antigène* » intrinsèque.

*
* *

Etapes successives du parcours qu'effectue le germe migrateur

Il demeure établi que le staphylocoque ne fait que passer dans le torrent circulatoire. La « bactérie circulante » se fixe aux éléments figurés d'une part ; puis secondairement s'arrête au niveau d'un organe.

L'accouplement aux éléments figurés se fait surtout au contact des hématoblastes et des globules blancs.

Contrairement à l'opinion courante, le globule blanc protège le germe et loin de le détruire, le transporte en laissant intacte sa virulence.

Intimement lié au globule ou à la plaquette, le staphylocoque use d'un chemin qu'on imagine facilement ; il arrive au cœur droit qu'il franchit sans y laisser de tracas ; il chemine dans le poumon où il constitue souvent sa première métastase ; poursuivant sa route, il peut se fixer sur la valvule mitrale créant là de graves lésions d'endocardite, ou aller ensemencer quelques tissus d'élection.

Au cours de ces étapes multiples, le staphylocoque subit nombre d'influences, car il est en conflit permanent avec les moyens de défense de l'organisme.

Ces influences se traduisent par les phénomènes suivants :

I. — *L'agglutination.* — Celle-ci est mise généralement sur le compte d'une propriété spéciale du sérum, d'autant que le vieillissement ou le chauffage de ce sérum nuisent à la production du phénomène.

II. — *La phagocytose.* — Selon le cas on voit les globules blancs protéger et véhiculer les bactéries, ou les digérer par l'action de leurs ferments.

III. — *La fixation.* — C'est un pouvoir qui appartient aux éléments endothéliaux, lesquels peuvent également détruire et expulser les bactéries.

Mais d'autres actions qui ne sont pas d'ordre cellulaire concourent à limiter l'influence nocive des microbes ; ce sont surtout des phénomènes humoraux : création dans l'organisme d'*antitoxines* entraînant une immunité spécifique, grâce aux *opsonines* de Wrigt, aux *stimulines* de Metchnikoff, *aux leucoactivants* de Achard et Foix.

Enfin il convient de ne pas oublier le phénomène de la *bactériolyse* [Ewort, d'Hérelle, Bordet, Gratia, Bazy, Sauvé].

Une goutte de bactériophage portée au contact d'une culture sur bouillon produit un éclaircissement immédiat de ce milieu. Ce liquide est doué définitivement de ce pouvoir « *lytique* » qui s'accroît au cours des passages successifs.

Si l'accord est fait quant à la réalité du phénomène, il est loin d'en être de même quant à son interprétation.

Dans tous les cas, bien des auteurs pensent que la guérison de l'infection staphylococcique serait la conséquence d'une « bactériophagie » « in vivo ».

(A suivre.) E.-A. DARIAU.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC des OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS

(Occlusions post-opératoires exceptées) (1)

2) D'autres fois, l'existence d'une *tumeur abdominale* apporte des notions particulières.

L'impression clinique de tumeur peut être nette ; plus souvent, elle est indécise en raison du météorisme.

Et l'examen le plus minutieux complété par l'étude des antécédents n'arrive pas à préciser s'il s'agit d'une tumeur intestinale ,surtout colique, ou d'une tumeur extraintestinale (rénale, génitale, vésiculaire)...

On sait que nombre de ces tumeurs non intestinales peuvent déterminer au cours de leur évolution, ou se révéler par un épisode occlusif, mais en général, il régresse spontanément.

Il faut toujours penser à l'invagination et en rechercher les signes particuliers.

Exceptionnellement, on a pu sentir chez une femme maigre la tumeur calculeuse, dure, pierreuse, responsable de l'ileus hiliaire.

3) Il y a encore les constations faites par les *touchers rectal et vaginal.* Ce sont là manœuvres fondamentales et qui peuvent établir le diagnostic de cause.

— Soit qu'elles révèlent l'existence d'une lésion rectale :

Rétrécissement,

Fécalome,

Plus rarement néoplasme, qui est peu occlusif ;

— Soit d'une lésion déterminant une compression ou une masse d'adhérences :

Volumineux fibrome ou fibrome enclavé dans le petit bassin,

Annexite, surtout pyosalpynx, abcès pelvien, qui justifieraient dans certains cas une colpotomie évacuatrice.

Mais à côté de ces constatations directes, les touchers pelviens permettront de sentir au delà des parois rectales ou vaginales :

Parfois la tête d'un boudin d'invagination,

Plus souvent une masse haut située, peu mobile, dans la région du promontoire, et qui est un cancer du côlon pelvien.

A titre plus exceptionnel, le toucher peut réveiller sur la paroi antéro-latérale du bassin une douleur vive irradiant vers la face interne de la cuisse, et soulever l'hypothèse d'une hernie obturatrice étranglée.

4) Enfin la notion d'un *état fébrile* surajouté aux signes d'occlusion doit être prise en considération. C'est ainsi que chez le vieillard une appendicite à forme occlusive peut se révéler par l'existence d'une localisation douloureuse, et d'un certain degré de contracture pariétale.

— Mais, beaucoup plus souvent :

L'examen n'apporte AUCUNE ORIENTATION particulière. Les seuls arguments seront tirés : des caractères cliniques de l'occlusion, de l'allure évolutive des accidents, des antécédents, de l'âge, du sexe.

Il faut en revenir aux tableaux schématiques tracés à l'occasion du diagnostic de siège :

L'occlusion aiguë du jeune.

L'occlusion subaiguë du sujet âgé.

a) L'occlusion du premier type, avec sa douleur vive, ses vomissements précoces, abondants, son météorisme localisé, plus ou moins franchement médian, fait penser à une strangulation du grêle.

— Le siège épigastrique des symptômes peut être en rapport avec une hernie interne de l'hiatus de Winslow.

— Le météorisme médian, localisé avec douleur prévertébrale violente peut se rapporter à un volvulus du grêle.

— Un ballonnement médian très net peut faire penser au volvulus du cœcum.

On voit que ce n'est là qu'hypothèses, et l'intervention se charge bien souvent d'en infirmer la valeur.

Il faudrait d'ailleurs une longue énumération pour épuiser la variété des causes possibles :

Hernies étranglées rétro-cœcales.

Etranglement dans un orifice anormal (mésocôlon, ligament large).

Incarcération d'une anse grêle entre les ligaments ronds accolés par une ligamentopexie antérieure.

b) A l'opposé, s'il s'agit d'une occlusion lente chez un sujet âgé, c'est au côlon qu'il faut penser d'abord.

Sans doute, il peut s'agir d'une femme âgée, aux antécédents de lithiase biliaire. L'évolution spontanée, par à-coups suivis de rémissions des phénomènes occlusifs et des signes douloureux. les vomissements abondants précocement fécaloïdes, un météorisme localisé péristaltique, feront penser à l'ileus biliaire.

Mais le plus souvent, il s'agit d'une occlusion observée au bout de plusieurs jours, avec un gros météorisme, des vomissements tardivement apparus.

La discussion se limite à deux causes importantes :

« Le cancer du côlon, surtout du côlon pelvien, et le volvulus du côlon pelvien. »

Distinction d'autant plus importante à faire que la sanction opératoire est toute différente.

— Ces deux malades sont des constipés chroniques. L'un et l'autre ont présenté des crises de subocclusion. Les signes fonctionnels se ressemblent dans les deux cas. Les vomissements peuvent également faire défaut. Les signes généraux ne sont pas plus concluants. Enfin, les hémorragies peuvent manquer ou être méconnues dans le cancer — et les signes rectaux du volvulus (aspect de crise hémorroïdaire, intolérance au lavement) sont inconstants.

Il ne reste donc plus que l'étude du météorisme, et c'est là le seul argument différentiel de valeur.

Météorisme en cadre avec prédominance cœcale, avec péristaltisme franc dans le cancer.

Enorme météorisme oblique et asymétrique, tympanique et rénitent, habituellement immobile dans le volvulus.

Ce signe peut être formel. Il n'est pas absolu, et dès lors il ne reste rien pour guider l'intervention.

(A suivre.) J. REIGNER.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 88, du 2 nov., p. 1410 ; n° 90, du 9 nov., p. 1442.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 93. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Sanatoriums publics. — Mlle le docteur Raymond, médecin adjoint au sanatorium de Ponteils, non installée, est nommée médecin adjoint au sanatorium de Saint-Gobain (Aisne).

Inspection départementale d'hygiène. — Sont maintenus en fonction et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 août 1937 :

Inspecteurs départementaux : MM. Barbary (Alpes-Maritimes) ; Carnus (Aveyron) ; Carrère (Hautes-Pyrénées) ; Mallard (Côte-d'Or) ; Mornac (Puy-de-Dôme) ; Piétri (Basses-Alpes) ; Rauge (Cantal) ; Rouyer (Oise) ; Scherb (Hérault) ; Tuset (Finistère) ; Vaillant (Pas-de-Calais) ; Viette (Eure-et-Loir) ; Violette (Côtes-du-Nord).

Inspecteurs adjoints : MM. Placet (Seine-et-Oise) ; Procureur (Calvados) ; Renard (Seine-et-Oise) ; Rouchon (Haute-Garonne) ; Serries (Hérault).

Directeurs de bureaux d'hygiène : MM. Pelissier (Avignon) ; Roblin (Poitiers) ; Mlle Roussy (Saint-Quentin) ; MM. Tarnau (Livry-Gargan) ; Thouvenin (Épinal).

Distinctions honorifiques. — Le Chancelier du Reich protecteur de la Croix-Rouge allemande, a décerné au docteur Baumgartner et au docteur Paul, la décoration de 1re classe de l'insigne d'honneur de la Croix-Rouge allemande « en témoignage de reconnaissance pour les efforts éminents et remplis d'un haut esprit d'humanité accomplis au chevet du conseiller de légation Von Rath, victime d'un attentat criminel. »

Médaille des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été décernée à titre posthume à M. le docteur de Golibert, médecin chef de l'infirmerie de Demnal (Maroc), décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Guerre. — Le médecin général inspecteur Plisson, directeur du S. S. de la XIVe Région, est nommé inspecteur des services chirurgicaux de l'Armée à Paris.

— Le médecin général inspecteur Morvan est nommé inspecteur du matériel des établissements et de la prépération de la mobilisation du service de santé.

Académie des Sciences. — Dans sa séance du 14 novembre, l'Académie a élu membre titulaire dans la section d'anatomie et zoologie, M. le professeur Wintrebert. Il a obtenu au deuxième tour 34 voix contre 23 à M. Anthony, 2 à M. Rabaud. Le docteur Paul Wintrebert, ancien interne des hôpitaux de Paris, est professeur d'anatomie et physiologie comparée à la Sorbonne.

Assistance publique à Paris. — M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, a installé dans ses fonctions M. Serge Gas, directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, en remplacement du docteur Mourier admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Serge Gas a nommé :
Chef du Cabinet : M. Ivan Gaussen, docteur en droit.
Chef du Secrétariat particulier : Mme Durand-Debay.

Défense passive. — Le *Journal Officiel* du 15 novembre publie un décret relatif à la défense passive. Ce décret vise notamment les travaux immobiliers (caves, abris, renforcement, protection, travaux d'intercommunication entre caves voisines), et la protection individuelle contre les gaz de combat.

Vacances de Noël sur la Côte d'Azur. — Nous avons déjà annoncé le XVIe Voyage international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen, qui aura lieu, comme de coutume, durant six journées (26 décembre 1938 au 1er janvier 1939) de Cannes à Menton, avec un programme très attrayant.

Le voyage reviendra ensuite à Nice, et le 1er janvier, une excursion facultative aura lieu dans les Alpes, à Beuil et à Valberg (sports d'hiver), par les gorges de roches rouges de Cians et de Daluis. Des excursions en Corse seront aussi organisées à la suite du voyage, pour ceux qui en feront la demande.

Les membres de la famille des médecins et les étudiants en médecine seront admis. Pour tous renseignements complémentaires (conditions du voyage et inscription), s'adresser dès à présent, au Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

Une conférence sur *le langage comme forme de comportement humain* sera faite par Sir Richard Paget Bart., F. Inst. P., de Londres, le dimanche 27 novembre 1938, à 16 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (15e).

VARIÉTÉS

PERCY ET SA COLLECTION D'ARMES (1)

L'illustre chirurgien Percy fut victime, sous la Restauration, d'une mésaventure qui pourrait être classée parmi les *actualités* d'aujourd'hui.

« Un incident provoqué par l'espionnage, dont il (Percy) était l'objet, ridiculisa la police et les délateurs, et fit rire un moment tout Paris à une époque où l'on ne riait plus guère. Il avait, nous le savons, une collection d'armures et d'armes anciennes recueillie dans toute l'Europe pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire, et remarquable par la beauté et la valeur des objets qui la composaient. Tous les médecins militaires avaient travaillé à cette collection unique... Or, ce cabinet, célèbre dans le monde militaire et scientifique, connu et visité par les archéologues et les érudits de tous les pays, fut dénoncé comme un arsenal destiné à armer les émeutiers. On demanda l'arrestation de Percy : sa maison fut mise sous scellés. Il n'y eut qu'un cri à l'Institut et dans la société intelligente de Paris contre cette mesure. Le ministre de la police, Decaze, qui était un homme d'esprit, l'entendit et fut lui-même visiter le dangereux dépôt révolutionnaire dont Percy lui fit les honneurs. Il complimenta le vieux chirurgien sur son goût éclairé, son érudition, la richesse et la variété de ses collections d'armures et d'armes anciennes, et en le quittant l'assura qu'il ne serait plus inquiété. Le soir, il raconte son histoire à Louis XVIII ; le spirituel souverain rit beaucoup avec lui de la sottise des délateurs et ordonna qu'on laissât Percy tranquille. »

L. B.

(1) Cf. Paul Triaire. Napoléon et Larrey, Tours. 1902, in-8° p. 496-497.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR TROISIER

Le 15 novembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le professeur Jean Troisier prenait possession de la chaire de clinique de la tuberculose, fondée par la Ville de Paris. A cette leçon ingugurale assistaient le professeur Gustave Roussy, recteur de l'Académie de Paris, et M. de Fontenay, président du Conseil municipal ; le professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté. En grand nombre, pressés dans l'hémicycle, les maîtres de la Faculté et des hôpitaux entouraient le nouveau professeur, dont la vivacité accoutumée laissait pourtant transparaître une émotion contenue.

Après la cordiale présentation du doyen et soutenu par une atmosphère de sympathie chaudement manifestée, le professeur Troisier, suivant la tradition, dit d'abord à la Faculté le remerciement du nouvel élu ; ce fut ensuite l'hommage ému à la mémoire d'un père dont le nom demeure et qui fut son premier guide et son premier modèle ; l'éloge des maîtres d'autrefois entre lesquels dominent la prestigieuse figure de Chauffard et celle de Landouzy, l'un des initiateurs de la phtisiologie moderne ; l'éloge enfin, de ceux qui, les premiers, illustrèrent la chaire de l'hôpital Laennec : Léon Bernard et le professeur Fernand Bezançon.

Puis vient l'exquisse à larges traits des progrès qu'a faits la phtisiologie et de ceux qu'il est le plus urgent de réaliser désormais. Clinique, bactériologie, thérapeutique, immunologie, sociologie à la fois distinctes et inséparables y ont leur part.

Leçon d'une haute tenue oratoire où, de Léonard de Vinci à saint Thomas d'Aquin et à Salazar, les souvenirs qui témoignent de l'étendue des lectures et de la profondeur de la méditation viennent s'associer sans nuire à la grâce aisée et presque familière de la forme. R. LEVENT.

XLVIIIe Congrès français de Chirurgie (1939). — Le Congrès aura lieu du 9 au 14 octobre 1939. — Président du Congrès : M. Albert Mouchet (Paris) ; vice-président : M. de Fourmestraux (Chartres).

Questions mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° Traitement des troubles des fonctions thyroïdiennes. Rapporteurs : MM. Petit-Dutaillis (Paris), Peycelon (Lyon). — 2° Des anastomoses bilio-digestives. Résultats éloignés. Rapporteurs : MM. Soupault (Paris), Mallet-Guy (Lyon). — 3° Les endométriomes. Rapporteurs : MM. Pierre Brocq (Paris), Delannoy (Lille).

Question mise à l'ordre du jour pour 1940 *:* Embolies pulmonaires post-opératoires. Rapporteurs : MM. Redon (Paris), Fontaine (Strasbourg).

Mariage. — Le mariage de Mlle F. Le Sourd, fille de notre directeur et de Mme François Le Sourd, née Saint-Pierre, avec M. Michel Gros, fils de Mme Camille Gros, sera célébré le mercredi 23 novembre 1938, à midi, en l'église Saint-Thomas-d'Aquin.

Cet avis tient lieu de faire-part.

REVUE GENERALE

CALCULS DE L'AMPOULE DE VATER

Par B. Y. YOVANOVITCH,
chef de clinique chirurgicale à la Salpêtrière,

Le chapitre des calculs de l'ampoule de Vater est de nouveau à l'ordre du jour. Deux problèmes ont été tout spécialement étudiés :

— Problème diagnostique : les dimensions souvent minimes du calcul expliquent qu'il réalise fréquemment un syndrome clinique fruste ou bien qu'il reste latent pendant de longues années ; sa situation profonde, derrière le pancréas, fait comprendre qu'il passe souvent inaperçu lors d'une intervention sur les voies biliaires, d'où bien des échecs post-opératoires et bien des fistules après cholécystectomie ou cholédocotomie ; aussi plusieurs auteurs modernes insistent-ils sur l'importance capitale des rayons X après injection du lipiodol, dans le diagnostic des calculs vatériens.

— Problème thérapeutique : s'il est en général facile de mobiliser un calcul voyageur arrêté par le sphincter d'Oddi et de le faire remonter comme un ludion dans le cholédoque sus-duodénal dilaté, on rencontre parfois des calculs de l'ampoule de Vater que les efforts les plus patients ne peuvent déloger de leur situation embarrassante. Que faire de calculs ainsi enclavés ? Faut-il les extraire sur place à tout prix ? Vaut-il mieux commencer par drainer la vésicule ou le cholédoque, et enlever le calcul dans un second temps rendu ainsi moins grave ? Convient-il, au contraire, d'abandonner définitivement le calcul et de dériver dans le duodénum la bile du cholédoque obturé ?

A l'occasion de 42 cas colligés et dont 6 appartiennent à notre maître M. le Prof. Gosset et 2 à notre maître R. Leibovici, il nous a semblé d'actualité de reprendre ce point délicat du diagnostic et du traitement. Les progrès de ces dernières années dans l'angiocholégraphie, les améliorations dans l'anesthésie, la préparation et les soins post-opératoires sont autant de raisons d'individualiser ce chapitre difficile et grave de la chirurgie cholédocienne.

PROBLEME DIAGNOSTIQUE

Les calculs de l'ampoule de Vater peuvent se rencontrer dans trois sortes de circonstances :

1° *Au cours d'une opération pour cholécystite calculeuse.* — On intervient pour une lithiase vésiculaire, mais, avant même que d'attaquer la vésicule, le chirurgien a le devoir impérieux de s'assurer que la voie principale est libre de tout calcul.

Nous serons brefs sur certains signes cliniques qui, pouvant faire soupçonner une lithiase cholédocienne latente, doivent renforcer encore l'obligation d'explorer le cholédoque avant d'aller à la vésicule : douleur plus épigastrique, cycle de la colique hépatique moins réglé, poussées thermiques franches ou frustes avec sensation de « chair de poule », subictère fugace au décours des crises, présence de pigments biliaires dans les urines recueillies régulièrement pendant la crise.

Les constatations opératoires sont plus importantes pour découvrir un calcul de l'ampoule alors qu'on n'incriminait que la vésicule. Nous n'insisterons pas sur les calculs évidents qu'un aveuglement sans excuses pourrait seul négliger et que dénonce avec évidence leur nombre et leur volume. Nous voulons surtout étudier les calculs de l'ampoule de Vater difficiles à dépister, ceux qui risquent de passer inaperçus même à un opérateur attentif.

Un cholédoque dilaté, parfois considérablement élargi, à paroi tantôt mince et bleutée, tantôt épaisse et blanchâtre, est un témoin fréquent d'une obstruction calculeuse sous-jacente. Les soupçons se renforcent si le pancréas présente un noyau induré, même petit, sur le trajet du canal. Ces deux éléments imposent une exploration minutieuse du cholédoque. Les deux moyens dont on dispose sont le palper et le cathétérisme. Leur valeur est inégale et aucun n'est infaillible. En effet, la palpation extérieure est souvent insuffisante, même si on a mobilisé le duodéno-pancréas pour lui donner plus d'aisance. La région explorée est trop complexe pour laisser percevoir un calcul petit et souvent englobé dans un noyau de pancréatite. Le cathétérisme est moins infidèle que le palper mais, au demeurant, il faut en savoir les difficultés et les limites. Il est difficile souvent car le bas cholédoque est profond, le foie gênant, le duodénum malaisément fixé. Il peut tromper aussi si le calcul est friable et grumeleux ou petit et mobile, mais ces erreurs sont moins faciles que celles du palper isolé, et elles s'atténuent encore si précisément on le combine au palper.

Avec R. Leibovici nous croyons que la plupart des calculs de l'ampoule passés inaperçus au cours d'une cholécystectomie sont des calculs uniques, petits et voyageurs qui, pendant l'opération se cachent dans la terminaison du cholédoque et échappent au palper le plus attentif. Ils ont moins de chance d'échapper au cathétérisme. C'est pourquoi Gosset conseille, au moindre doute, d'ouvrir et de sonder le cholédoque jusqu'au duodénum, une cholédocotomie inutile étant moins grave qu'un calcul oublié. Pareille pratique ne peut être systématique, on le conçoit aisément, aussi arrivera-t-il toujours, même aux meilleurs, d'enlever une vésicule calculeuse sans s'apercevoir qu'il y a aussi un petit calcul de la terminaison du cholédoque.

2° *Au cours d'une intervention pour calcul du cholédoque.* — Ici, la situation est en principe tout autre. Le chirurgien a ouvert le cholédoque et il peut combiner le cathétérisme à la palpapion extérieure pour repérer et déloger tous les calculs, en amont comme en aval.

Pour le bout inférieur, sa libération serait sûre et évidente quand la sonde franchit l'ampoule et pénètre dans le duodénum. En réalité, l'exploration de ce bout inférieur est souvent trompeuse. Nous en avons déjà indiqué les difficultés matérielles liées à la profondeur du champ opératoire, à la brièveté du cholédoque, à sa direction, surtout du fait qu'on n'est pas

« à sa main ». Ajoutons qu'elles sont augmentées par l'ictère qui congestionne le foie et fait saigner le moindre vaisseau, et soulignons enfin que le chirurgien, qui sait que le malade est fragile, redoute de s'attarder. Si parfois le cathétère donne des renseignements précis, si parfois sans hésiter il butte net sur un calcul dur ou au contraire franchit sans retard l'ampoule de Vater, parfois aussi le chirurgien ne perçoit que des sensations vagues et imprécises. La sonde passe-t-elle à côté d'un calcul grumeleux et pulvérulent ou est-ce un cholédoque scléreux, un pancréas dur ? Si la sonde s'arrête sans donner un contact pierreux, est-ce un calcul mou, de la boue biliaire qui ensable le cholédoque, ou bien de la pancréatite sténosante, une papille étroite ? Tous les chirurgiens ayant quelque expérience de la chirurgie biliaire connaissent ces situations embarrassantes et notre maître B. Desplas a eu raison de redire, récemment, que l'exploration est le temps le moins satisfaisant des explorations sur les voies biliaires et qu'il était difficile pour les chirurgiens, quand ils arrêtaient l'exploration, d'être absolument tranquilles, matériellement sûrs que la route cholédocienne est libre. C'est aussi l'avis d'Allen et Wallace qui, à l'autopsie de malades ayant succombé après cholédocotomie, ont trouvé, dans un tiers des cas, des calculs que l'opération n'avait pas découverts et qui siégeaient le plus souvent au niveau de l'ampoule de Vater.

Pour le bout supérieur, l'oubli d'un calcul est à peine plus sûrement évitable, mais pour d'autres raisons. Le haut cholédoque, le canal hépatique et ses racines sont souvent considérablement dilatés et l'angiocholégraphie a non seulement objectivé cette énorme distension, mais elle a aussi montré qu'elle s'étendait jusqu'aux voies biliaires intra-hépatiques. Il n'est pas douteux que les calculs petits et mobiles peuvent voyager d'un bout à l'autre de la voie biliaire dilatée. La sonde qui explore le bout supérieur du cholédoque peut glisser à côté d'eux sans que le chirurgien s'en doute ou bien les refouler jusque dans le foie. La classique manœuvre de Kehr pour palper les origines du canal hépatique n'est pas infaillible, loin de là. Notre maître A. Gosset insiste sur le risque d'oublier un calcul haut situé et il conseille d'explorer patiemment les rameaux biliaires au-dessus de l'éperon de bifurcation, en aspirant au besoin avec une seringue ou avec un aspirateur électrique. Ces calculs sont d'autant plus pernicieux qu'ils sont mobiles et que, après l'intervention, ils peuvent descendre dans le cholédoque. A notre avis, nombre de calculs trouvés plus tard enclavés dans l'ampoule de Vater sont peut-être les calculs qui furent oubliés dans le canal hépatique ou dans ses branches.

Signalons enfin les inconvénients de l'écrasement accidentel des calculs qui peut ensemencer le cholédoque en calculins, les avantages de l'aspirateur électrique pour extraire la boue biliaire et les calculins, l'efficacité du drainage aspiratif par siphonnage qui évacue souvent les petits calculs (Gosset).

3° *Chez des opérés porteurs d'une fistule biliaire.* — Enfin, on peut rencontrer des calculs de l'ampoule de Vater chez des opérés porteurs d'une fistule biliaire.

Tantôt c'est une cholédocotomie pour lithiase dont le drainage cholédocien ne s'est jamais tari : on sait qu'une telle fistule doit aussitôt faire penser qu'on a oublié un calcul. Certaines fistules sont bien tolérées et les malades anictériques et apyrétiques. D'autres gardent une angiocholite entretenue par le calcul et font de la fièvre bilio-septique.

D'autres fois, la fistule biliaire est cholédocienne ou vésiculaire, mais volontaire parce que, de parti-pris, on a préféré opérer en deux temps des malades fatigués et fragiles.

Dans les deux cas, le calcul en cause est le plus souvent enclavé dans l'ampoule de Vater et, pour le mettre en évidence, il est à peine besoin de souligner l'importance du radio-diagnostic. Le chirurgien doit non seulement collaborer à l'examen radiologique de la fistule biliaire, mais il doit aussi bien connaître *les aspects radiologiques du calcul du cholédoque.* Ils sont aujourd'hui admirablement décrits et illustrés et nous ne les reprendrons ici que dans ce qu'ont de particulier les calculs de l'ampoule de Vater.

Il est rare que ces derniers donnent la tache transparente nette et isolée, propre aux gros calculs. Plus souvent le liquide de contraste s'arrête sur le pôle supérieur du calcul, dessinant son contour par une image « en cupule ». Signalons qu'un calcul très petit de l'ampoule de Vater donne plutôt un arrêt « en pointe tronquée » et qu'il faut un cliché finement détaillé pour reconnaître une ébauche de cupule. Plus rarement encore, des calculs de l'ampoule de Vater donne une image de « trainée effritée », discontinue et ténue, due à la filtration du liquide le long des calculs qu'elle dessine. Il faut qu'elle soit constante sur des clichés en série pour avoir une réelle valeur. Faute de discerner le calcul lui-même, on saura interpréter soit la dilatation considérable de la voie biliaire principale, constante dans les calculs enclavés, parfois monstrueuse, souvent étendue jusqu'aux ramifications lointaines des canaux intra-hépatiques, soit l'arrêt brusque du lipiodol au niveau de l'ampoule de Vater, avec parfois un reflux plus ou moins important dans le canal de Wirsung.

D'autres affections peuvent réaliser un syndrome radiologique identique.

Nous ne parlerons pas de la solution de continuité du cholédoque avec son image radiologique bien spéciale : le trajet fistuleux est nettement opaque, avec ses sinuosités, puis il se termine dans une petite cavité ; c'est la solution de continuité d'où partent deux petits filets de lipiodol, l'un montant vers le bout supérieur, l'autre descendant péniblement dans le bout inférieur. Nous ne parlerons pas, non plus, du rétrécissement par cholédocite qui donne un aspect radiologique caractéristique : au bout d'un certain temps, on constate au niveau de l'arrêt lipiodolé l'apparition d'un mince trajet qui descend péniblement, parfois s'arrête là, parfois au contraire chemine difficilement jusqu'au duodénum où un peu de lipiodol finit par arriver. En cas de pancréatite chronique, la colonne opaque est normale sur toute l'étendue du cholédoque, jusqu'au pancréas ; dès qu'elle arrive au niveau du bord supérieur de celui-ci, brusquement, sans transition, le trajet devient extrêmement fin jusqu'au duodénum.

Le diagnostic radiologique est beaucoup plus délicat avec le cancer de l'ampoule de Vater et le spasme du sphincter d'Oddi. Pour affirmer qu'il s'agit bien d'un spasme, il faut arriver à le faire cesser par une injection intra-veineuse de sulfate d'atropine. Le cancer de l'ampoule de Vater réalise une image radiologique absolument analogue à celle du calcul ; la présence du sang dans le liquide retiré par le tubage duodénal (Carnot), les radiographies du duodénum après repas opaque (image lacunaire au niveau de l'ampoule, sténose duodénale), aideront au diagnostic.

Tels sont les éléments cliniques, radiologiques et opératoires sur lesquels repose le diagnostic des calculs de l'ampoule de Vater.

PROBLEME THERAPEUTIQUE

Il semble qu'aujourd'hui on soit loin d'être d'accord sur le meilleur traitement des calculs enclavés dans l'ampoule de Vater. Les méthodes radicales et en particulier la cholédocotomie transduodénale, paraissait critiquées et même abandonnées par un grand nombre de chirurgiens qui préfèrent laisser le calcul en place et se contenter d'une anastomose bilio-digestive, en particulier d'une cholédoco-duodénostomie.

Avec notre maître R. Leibovici nous croyons que l'abandon de calculs dans la portion terminale du cholédoque n'est pas sans inconvénients, que l'anastomose cholédoco-duodénale n'est pas sans dangers et que la meilleure méthode thérapeutique reste l'ablation des calculs par la voie transduodénale. C'est en nous basant sur l'expérience de nos maîtres, A. Gosset et R. Leibovici, et sur la lecture des travaux récents que nous chercherons à montrer les avantages des méthodes radicales et les inconvénients des méthodes palliatives.

I. — Méthodes radicales

La cholédocotomie rétro-pancréatique et la cholédocotomie transduodénale représentent les deux méthodes radicales du traitement des calculs enclavés de l'ampoule de Vater. La lithoclasie avec dilatation forcée de l'ampoule de Vater, est plus récente. De chacune d'elles nous décrirons la technique, les avantages et les inconvénients.

1° *La cholédocotomie rétro-pancréatique* préconisée par Lane, Vautrin, Hartmann, Auvray, n'a été, à notre connaissance, exécutée que dans 17 cas.

Sa technique est simple. Après le décollement duodéno-pancréatique on renverse le duodéno-pancréas vers la gauche, on dégage le cholédoque, on l'incise, on extrait le calcul et on le cathétérise dans les deux sens. Reste le drainage. Au lieu d'introduire le drain en T dans la portion rétro-pancréatique du canal (Kraske), risquant la coudure du drain et la cellulite, Hartmann préfère fermer la première incision et en pratiquer une nouvelle cholédocotomie sus-duodénale de drainage. En somme, la taille est rétro-pancréatique, le drainage sus-pancréatique.

La voie rétro-pancréatique est considérée par Hartmann comme la méthode de choix. Elle mènerait droit au calcul. Le décollement du duodéno-pancréas se ferait avec facilité sans qu'on rencontre le moindre vaisseau. Tournant le duodénum à gauche on verrait le cholédoque dans presque toute son étendue. La traversée du tissu pancréatique saignerait peu et quelques points de suture au catgut suffiraient pour en assurer l'hémostase.

Malgré l'opinion d'Hartmann, il semble de plus en plus que la cholédocotomie rétro-pancréatique ne soit pas la meilleure opération. Elle est souvent difficile, longue, pénible et par conséquent choquante (Fink). Elle expose à blesser les arcades artérielles de Wiart et le canal pancréatique accessoire. La suture du cholédoque est souvent imparfaite exposant immédiatement à la cellulite (Fink), secondairement au rétrécissement (Heuler).

2° *La cholédocotomie transduodénale* comprend classiquement trois variantes dont les limites sont à la vérité un peu artificielles.

La lithectomie trans-duodénale ou opération de Collins consiste à décoller le duodéno-pancréas, ouvrir le duodénum, reconnaître la papille et « accoucher » le calcul avec une pince à dents qui, au besoin, aura préalablement dilaté le caroncule.

La papillotomie transduodénale ou opération de Mac Burney débride la lèvre supérieure de la papille sur un demi à un centimètre, pour permettre au calcul de sortir.

La cholédocotomie trans-duodénale proprement dite est l'opération de Kocher. Sur le calcul perceptible au doigt introduit dans le duodénum, on incise obliquement en bas et à droite la paroi duodénale postéro-interne dans toute son épaisseur, puis, toujours sur la saillie du calcul, on incise le cholédoque et on enlève le calcul.

Qu'il s'agisse de l'opération de Collins, de Mac Burney ou celle de Kocher, il importe de suturer très soigneusement l'incision duodénale antérieure et de drainer le cholédoque sus-duodénal.

La taille trans-duodénale a été considérée comme la meilleure méthode pour les calculs de l'ampoule de Vater pendant longtemps et par les meilleurs chirurgiens. Gosset, Tuffier, Kehr, Baumgarner et bien d'autres en ont souligné la facilité et la bénignité et, au Congrès de 1908, notre maître A. Gosset citait dans son rapport la statistique de Hancock (57 cas avec 5 morts), celle de Mayo Robson (5 % de mortalité), celle de Kehr (5 % de mortalité) et celle de W. Mayo (11 % de mortalité).

Par contre, depuis quelques années, sa faveur semble décroître surtout dans les pays de langue allemande et plusieurs chirurgiens insistent sur ses inconvénients. Le gros argument serait sa gravité. En réalité, la tendance de plus en plus grande d'opérer en deux temps les malades fatigués diminue considérablement la gravité immédiate de cette intervention. D'autre part, le décollement, s'il est limité au duodénum, se fait toujours aisément, sans choc et sans hémorragie, et il évite la cellulite rétro-pancréatique. La difficulté quasi constante de trouver la papille (Pribram, Villard, Pauchet) est le deuxième reproche ; disons tout de suite que certains artifices de technique peuvent tourner ces difficultés, extérioriser la papille et trouver aisément le calcul ; nous les détail-

lerons tout à l'heure. L'incision trans-duodénale du cholédoque exposerait, en blessant le pancréas, à des accidents d'auto-digestion, avec fistule duodénale, à la pancréatite hémorragique ; en fait, ces accidents assez fréquents dans la taille pancréatique sont rarissimes dans la cholédocotomie trans-duodénale puisque l'incision n'intéresse qu'à peine le pancréas ; d'autre part, dans les cas où le bistouri doit traverser une lame de tissus pancréatique, il ne s'agit que d'une mince couche glandulaire aux trois quarts sclérosés par l'inflammation chronique. La désunion de l'incision duodénale antérieure a été accusée d'exposer à une fistule ; en réalité elle est rare (2 cas sur 62 réunis par Hancock, aucun cas sur 42 que nous avons analysés) et d'autre part, une telle fistule duodénale, petite et latérale s'est presque toujours montrée bénigne (les 2 malades de Hancock ont guéri). On a dit aussi que l'incision duodénale ou cholédocienne risque de saigner, ce qui apporte un choc supplémentaire à ces malades cholémiques si aptes et si sensibles aux hémorragies ; mais chez eux tout saigne et une hémostase impeccable est évidemment essentielle. L'ablation du calcul enfin n'empêcherait pas l'apparition d'un rétrécissement inflammatoire du cholédoque ; mais ces rétrécissements, heureusement exceptionnels, se voient autant, sinon plus souvent, après la taille classique sus-duodénale.

3° *La lithoclasie avec dilatation forcée de l'ampoule de Vater* est la méthode la plus récente, proposée par Bakes et vivement recommandée par Allen, Wallaces, Judd, Marshall, Cheever et d'autres chirurgiens américains.

Une taille sus-duodénale permet d'introduire dans le canal une curette spéciale et après décollement duodéno-pancréatique, on essaie d'y engager le calcul. En cas d'échec, ce qui serait assez fréquent, on fait le broiement instrumental du calcul et on termine par une dilatation forcée de l'ampoule à l'aide d'une bougie de Bakes. On introduit d'abord le n° 10 et on passe successivement les numéros 12, 14, 16 et dans certains cas le 18 et le 20. On termine par un lavage du cholédoque qu'on referme sans drainage.

Cette méthode serait simple, rapide et non choquante. Elle permettrait d'enlever le calcul sans toucher au duodénum ni au pancréas. Surtout elle rendrait inutile le drainage du cholédoque dont elle éviterait tous les inconvénients. Elle éviterait à coup sûr les récidives dues soit à l'oubli des calculins dans l'ampoule, soit à l'impossibilité de leur extraction dans les petits canaux hépatiques.

Nous n'avons pas trouvé de statistique concernant spécialement la dilatation forcée de l'ampoule de Vater dans les calculs enclavés de la papille. A notre avis, poussée à ce degré extrême la dilatation du sphincter d'Oddi n'est pas sans dangers, tant immédiats qu'éloignés. On a publié des cas de mort par pancréatite hémorragique, par perforation méconnue du duodénum ou du cholédoque, par hémorragie due à la blessure du pancréas et surtout par angiocholite diffuse. Les effets de la dilatation sont-ils durables ? Pendant quelque temps, oui, puisque Bakès, sur 5 opérés qui ont succombé de 2 à 76 jours après la dilatation, a pu vérifier l'intégrité de l'ampoule et la persistance de la dilatation. Mais se prolonge-t-elle plus longtemps ? On peut se le demander. Enfin, cette dilatation forcée, véritable forage de l'ampoule de Vater, ne risque-t-elle pas d'entraîner un rétrécissement cicatriciel ? Les éraillures de la muqueuse, la distension des fibres musculaires, la rupture plus ou moins étendue du sphincter d'Oddi, ne risquent-elles pas de favoriser le développement ultérieur de sténoses cicatricielles ?

(A suivre.)

XLVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

Deuxième question mise à l'ordre du jour :

Formes cliniques et traitement des septicémies à staphylocoques d'ordre chirurgical

Résumé du Rapport
de MM. Jean PATEL (de Paris)
et Pierre MOIROUD (de Marseille)

(Suite)

Essai d'explication de la constitution et des particularités de la septicémie due au staphylocoque

Une remarque s'impose : pourquoi le passage dans la circulation du staphylocoque ne produit-il d'ordinaire qu'une bactériémie éphémère ? Pourquoi ce passage n'est-il qu'exceptionnellement suivi d'une septicémie vraie ?

Quelles explications pathogéniques convient-il de donner à l'heure actuelle des manifestations cliniques que l'on observe en pareils cas ?

A. — FACTEURS DONT IL FAUT ENVISAGER LE RÔLE DANS LA CONSTITUTION DE LA SEPTICÉMIE

En première ligne, les auteurs citent « le traumatisme intra-focal ». La manœuvre habituelle qui consiste à comprimer le furoncle pour en extraire le bourbillon est la cause la plus fréquente du passage du microbe dans le sang.

D'autres conditions tiennent au germe lui-même. Il est d'observation courante que tel germe qui se montre relativement peu nocif au laboratoire est susceptible d'entraîner la mort du sujet très rapidement. Dans ces cas, il semble bien que l'accentuation de la toxicité microbienne soit à mettre sur le compte de « l'adaptation du germe » au milieu qui l'héberge.

Un staphylocoque longtemps caché dans l'organisme du patient et paraissant inoffensif, sensibilise ce patient, et c'est là l'origine de la « surinfection ».

Mais alors, dira-t-on, pourquoi, ces conditions se trouvant chaque jour réalisées, n'assiste-t-on pas plus fréquemment à des états septicémiques ?

C'est que le « terrain » joue son rôle qui est primordial, capital. Parmi les déficiences du terrain qu'il importe de ne pas oublier, les auteurs distinguent :

a. Les conditions d'ordre général : anergie, prédisposition familiale, intoxications diverses (gravidité, erreurs de régimes, avitaminose), altérations du foie et du rein ; enfin atténuation sous l'influence du surmenage, du dynamisme leucocytaire individuel.

b. A ces conditions d'ordre général, il convient d'ajouter le rôle de certains facteurs biologiques : troubles du métabolisme des glucides, troubles de l'équilibre acide-base, propriétés antiphages du sérum.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 86, du 26 oct., p. 1376 ; n° 90, du 9 nov., p. 1439 ; n° 92, du 16 nov., p. 1470.

B. — SUR QUELQUES POINTS DE PATHOGÉNIE

Reprenant la question des aspects cliniques propres à la septicémie staphylococcique : rareté de la guérison complète, aptitude à la rechute, facilité de production des métastases, les rapporteurs se demandent auxquels des facteurs rassemblés dans cette enquête, il convient d'attribuer ces aspects originaux des staphylococcémies.

De leurs discussions biologiques, ils tirent des conclusions pleines d'intérêt sur lesquelles ils fondent les quatre grands chapitres de la thérapeutique ; à savoir :

1° L'arrêt de l'ensemencement de l'organisme ;
2° La lutte contre l'infection déclarée ;
3° La modification du milieu humoral ;
4° L'évacuation en temps opportun des collections.

Traitement

A. MÉTHODES PROPRES A ACCROÎTRE LA RÉSISTANCE ORGANIQUE

La transfusion. — On utilise le sang pur ou le sang citraté. La quantité à injecter varie entre 150 et 300 ccs. Les résultats sont souvent meilleurs après de petites transfusions répétées qu'après une transfusion massive. Sur 39 septicémies ainsi traitées, Waugh aurait observé 35 guérisons et 4 morts. Sur 29 septicémies laissées sans transfusion, le même auteur aurait observé 20 guérisons et 9 morts.

Les bons résultats coïncident souvent avec l'apparition d'abcès collectés et semblent devoir s'accompagner d'un phénomène de choc.

La méthode n'est pas sans inconvénient ; souvent le but est dépassé chez ces malades en état d'instabilité humorale constante. Le choc peut être grave ; aussi, quand une première réaction s'est montrée très vive, convient-il de procéder ultérieurement en deux temps : on injecte d'abord 25 ccs de sang ; une heure après, on complète la transfusion.

Il a semblé dans quelques cas exceptionnels que la transfusion avait aggravé l'état du malade par dissémination microbienne.

La médication de choc. — Les résultats sont souvent très heureux ; mais en matière de choc médicamenteux, il ne saurait exister une posologie et une conduite thérapeutique déterminées d'avance. Pourtant, si intéressante que soit la méthode (Lemierre), des cas mortels ont été observés.

Quoiqu'il en soit, nous ignorons vraiment le mode d'action de cette thérapeutique ; nous en sommes réduits aux hypothèses. Le choc s'observe dans la transfusion, dans l'emploi des métaux colloïdaux surtout.

L'abcès de fixation. — C'est une rénovation des anciennes pratiques de dérivation ; et au total il a connu de véritables succès. Cependant, on semble avouer que l'abcès de Fochier n'est pas particulièrement indiqué dans les septicémies à staphylocoques, où la présence des collections métastatiques « préparées » par la nature est de règle. Le procédé, pour d'aucuns aurait plutôt une valeur pronostique que thérapeutique.

Les injections intraveineuses de carbone. — Méthode relativement récente. C'est l'« anthracothérapie » de Lumière, Touraine, Menétrel, Saint-Jacques.

On noterait une augmentation de la leucocytose, une absorption des toxines microbiennes, une stimulation des cellules du système réticulo-endothélial. Les résultats ont paru très encourageants. « La méthode n'est toutefois pas une panacée universelle qui guérira tous nos infectés ». (Saint-Jacques).

L'hypovitaminose. — Cette thérapeutique est de date trop récente pour être jugée sainement. Tabaschi (1934) a montré expérimentalement que les animaux privés des vitamines A B C présentaient une résistance très diminuée à l'ostéomyélite infectieuse hématogène. Dans un cas clinique observé par Waschsmuth et Einrich (1938), une atteinte ostéomyélitique multiple aurait guéri à la suite d'un traitement par la vitamine C.

***

Quoiqu'il en soit de ces différentes méthodes, les résultats sont d'autant meilleurs qu'on a utilisé de préférence comme voie d'absorption, la voie intraveineuse.

B. — LA BACTÉRIOTHÉRAPIE (TRAITEMENTS BIOLOGIQUES) PAR PRODUITS D'ORIGINE BACTÉRIENNE

Les auteurs s'étendent longuement sur ces procédés et distinguent la vaccinothérapie, l'anatoxinothérapie et la phagothérapie. Ils exposent les résultats, le mécanisme physiologique de ces thérapeutiques et les réactions consécutives.

C. — LA CHIMIOTHÉRAPIE

Elle tend à réaliser une « antisepsie interne ». Le produit antiseptique employé emprunte soit la voie veineuse, soit la voie artérielle ; exceptionnellement la voie intra-cardiaque.

On utilise le mercurochrome, l'alcool, le novarsénobenzol, les dérivés de l'acridine.

Les mêmes produits peuvent être injectés dans le foyer d'infection.

Enfin, on peut recourir à la voie digestive : promosil, septazine et rubiazol.

D. — TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Suivant les cas, ils se proposent : l'arrêt de l'ensemencement de l'organisme par suppression du foyer initial ou obturation des voies de diffusion — ou l'évacuation des collections secondaires.

L'amputation à distance, en zone saine du foyer de départ peut être parfois une intervention importante. Il s'agit par exemple d'amputer un membre. La ligature des veines arrêtant toutes décharges microbiennes a donné des résultats.

On conçoit que le traitement est particulièrement délicat quand la lésion initiale siège à la face, et dans ces conditions, la radiothérapie est à essayer.

Dans les septicémies d'origine puerpérale, l'hystérectomie vaginale faite de très bonne heure a sauvé bien des existences.

La chirurgie associée à la sérothérapie est indiquée dans les localisations osseuses ; les résultats seront d'autant meilleurs que la trépanation aura été pratiquée plus tôt.

C'est encore au chirurgien qu'appartiendra le traitement des abcès métastatiques musculaires, rénaux, pulmonaires, hépatiques, génitaux. Mais dans tous les cas, en face de manifestations aussi graves, toutes les méthodes thérapeutiques devront être utilisées concurremment.

Discussion :

M. R. DEBRÉ (de Paris), invité du congrès, voudrait donner au mot « septicémie », dont on a abusé, son sens exact. Il y a septicémie, quand, au cours d'une infection, le pullulement des bactéries dans le sang est manifeste.

Trois éléments font ce diagnostic :

a) Du point de vue clinique, un ensemble de troubles revêtant les caractères les plus graves ;

b) Du point de vue anatomique, la multiplicité des localisations secondaires ;

c) Du point de vue bactériologique, la constance de l'abondance dans le milieu sanguin, du germe pathogène.

Sous cette triple condition, la septicémie à staphylocoque est une rareté. Bien des affections à staphylocoque très

graves demeurent en réalité des manifestations locales et ne méritent pas la dénomination de septicémies. « La staphylococcie maligne de la face », de pronostic si réservé, rentre dans ce groupe. La présence dans le sang de quelques germes rares ne permet pas de parler de septicémie. Il y a simplement « bactériémie ». De même, il conviendrait de s'entendre sur le sens exact de l'expression « germes de sortie » employée par Nicolle. Ceux-ci ne s'évadent pas de l'organisme par les émonctoires, mais en vérité sortent des cavités naturelles pour gagner cet organisme.

Au total, l'auteur reconnaît comme difficile, la distinction entre la simple bactériémie et la redoutable septicémie. C'est regrettable, car de cette différenciation, découle la thérapeutique.

Le staphylocoque fut considéré longtemps comme capable d'action purement locale. Des recherches récentes, il convient de conclure que ce germe secrète une toxine diffusible, susceptible d'être isolée et mesurée. D'où l'idée d'obtenir un jour un antitoxine et une thérapeutique spécifique.

Les résultats des recherches de laboratoire et l'expérimentation n'ont pas toujours été couronnés de succès, et présentement la lutte contre le staphylocoque exige l'emploi simultané des vaccins et des sérums. Encore, ces procédés doivent-ils s'adjoindre la thérapeutique chirurgicale locale : incisions, débridements, pansements, ligatures veineuses qui s'opposeront à la dissémination des germes.

M. Leveuf (de Paris) s'est intéressé spécialement à l'ostéomyélite, en collaboration avec le professeur Debré, s'efforçant d'établir une démarcation entre les septicémies d'une part, et les infections aiguës à bactériémies prolongées d'autre part.

En face d'une ostéomyélite aiguë au stade d'invasion avec bactériémie positive, on doit éviter toute intervention d'urgence intempestive. Il convient de se borner simplement à une immobilisation plâtrée. On note une disparition rapide et progressive des signes généraux, une amélioration des lésions locales. Tout se réduit à une suppuration osseuse qu'il faut inciser et drainer. 35 cas ont donné 34 succès ; encore l'échec fut-il une mort tardive chez un enfant porteur d'une suppuration du péricarde.

S'agit-il au contraire d'une septicémie authentique ? L'évolution est ici fatale. Sérum, antitoxine, bactériophage intra-veineux demeurent sans effet. Sur 13 malades, l'auteur a déploré 13 morts.

M. Cahen (de Bruxelles), a observé une septicémie à staphylocoque blanc d'origine génitale chez une femme, suivie pendant deux ans et revue dans la suite.

De nombreux examens bactériologiques ont confirmé l'origine microbienne et la variété du germe.

M. de Dziembovski (de Bydgoszcz), apporte aux débats deux observations pleines d'intérêt, de septicémies à staphylocoque également à point de départ génital (abcès de la prostate). L'évolution fut fatale les deux fois. L'auteur communique le procès-verbal nécropsique.

M. Leriche (de Strasbourg), pense que nous ignorons beaucoup des septicémies à staphylocoque sans localisation. Il ne saurait donc exister de thérapeutique réglée.

C'est une question d'expérience. Pour lui, il se laisse guider, au jour le jour et obéit aux événements et à ses impressions.

Le staphylocoque est tour à tour, un saprophyte inoffensif ou un microbe très dangereux, capable de tuer presque à coup sûr.

En examinant de plus près les faits cliniques, l'auteur en arrive à croire que la solution du problème est à chercher du côté du malade plutôt que du côté du microbe. Chacun réagit à sa façon, suivant ses possibilités biologiques.

M. Sauvé (de Paris), insiste sur l'importance de la courbe thermique, quant au diagnostic de la septicémie.

On doit user du thermomètre toutes les trois heures ou mieux toutes les heures. On voit dans ces conditions que les « clochers » évoluent suivant une courbe, et que le retour à la normale s'effectue progressivement après une série de véritables « éjaculations microbiennes ».

La recherche et l'identification du microbe doit se faire en pratiquant si possible le prélèvement au niveau du foyer initial.

La destruction de ce foyer est d'une importance capitale. Elle doit être réalisée à l'aide du bistouri électrique ou du thermo-cautère.

M. Ulrich (de Paris) use largement du traitement par le bactériophage sans débridement du thermo-cautère. L'autohémothérapie constitue un adjuvant utile qui sensibilise l'organisme à l'action salutaire du bactériophage.

M. Jeanneney (de Bordeaux) souligne l'importance du terrain et le rôle bactéricide du sang dans la lutte contre les infections en général, celle due au staphylocoque en particulier.

La mesure de ce pouvoir bactéricide du sang permet le pronostic de la maladie.

Les surmenés, les donneurs de sang soumis à des saignées trop rapprochées, les femmes enceintes se défendront mal.

Le fléchissement du pouvoir hématobactéricide entraîne le réveil du microbisme latent.

Un infecté grave, mais nanti d'un bon pouvoir hématobactéricide guérira plus facilement qu'un sujet moins touché, mais dont le PHB aura disparu.

(à suivre.)

E. A. DARIAU.

PRATIQUE MÉDICALE

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR UNE THÉRAPEUTIQUE RÉCENTE DES DÉFICIENCES ORGANIQUES ET SPÉCIALEMENT DE L'ANÉMIE (1)

par le docteur Mandillon
ancien interne des hôpitaux, docteur ès sciences naturelles

Pour lutter contre l'infection, le surmenage ou l'intoxication, l'organisme doit fournir une effort supplémentaire, le métabolisme va augmenter et la mobilisation des réserves va avoir lieu. Le travail du sang et de la lymphe va être intensifié et l'usure des globules rouges va, elle aussi, croître au point de voir apparaître une diminution de leur nombre et de leur valeur, d'où anémie par impossibilité de régénération suffisante. Est-il posible d'aider utilement l'organisme et de raccourcir cette période de régénération globulaire ? Oui, répondent les Professeurs Fontès et Thivolle qui ont propsé, avec le succès que l'on sait, la thérapeutique équilibrée et totale des anémies (comprimés de globinofer : acides aminés hématogènes, tryptophane et histidine, globine, fer, cuivre, manganèse).

La composition du globinofer correspond en tous points aux données du problème et grâce à lui on a pu obtenir une régénération globulaire bien supérieure à celle qu'on a pu déterminer avec la méthode de Whipple. Mais il est bien entendu que cette thérapeutique doit être poursuivie pendant un certain temps, même après le retour à la normale des hématies pour permettre à l'organisme de récupérer ses réserves initiales et l'auteur, à l'appui de ses conclusions, cite deux cas absolument typiques parmi les 20 malades qu'il a eu à soigner.

(1) *Rev. gén. de Méd. et de Chir. de l'Afrique du Nord et des Colonies Françaises*, n° 387, 20 février 1938.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 41. ALEXANDRE. — De la cholestérolémie chez les épileptiques.

59. BASKIN. — Contribution à l'étude des résections précoces sous-périostées au cours des ostéomyélites aiguës des adolescents.

44. BATIER. — De la conduite à tenir dans la lithiase réno-urétérale bilatérale.

6. BELFILS. — De la périodicité dans les maladies mentales.

19. BENSIMON. — Les crises génitales du tabès et des myélites syphilitiques chez la femme.

63. BERNET. — Contribution à l'étude du pneumothorax spontané récidivant.

56. BITSCHINÉ (Mlle). — Les formes graves et malignes de l'acrodynie infantile.

21. BLUM. — Les rhinites vaso-motrices chroniques.

47. BOULANGÉ. — La polypeptidorachie dans les états méningés aigus.

37. BRAUN. — L'histamine à petites doses dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux.

43. BROCARD. — Contribution à l'étude de l'insertion velamenteuse du cordon.

30. BUSSIENNE. — Contribution à l'étude du traitement des pyélites gravidiques.

64. CASTEL. — Contribution à l'étude de la maladie de Cushing.

23. CATTEAU. — Syndrome hépato-biliaire de l'aérophagie et son traitement.

17. CLOEZ. — Contribution à l'étude de la débilité motrice. La mesure de l'âge moteur au moyen des tests.

12. COUSIN. — Contribution à l'étude de la fonction glyco-régulatrice du bulbe rachidien.

7. COUSTENOBLE. — Contribution à l'étude de l'hypertension intra-cranienne d'origine syphilitique.

62. DEHOUCK. — Reins et hypertension.

42. DELERUE. — Syndromes douloureux hépato-biliaires et syndromes d'intolérance.

16. DELOUPY. — Le collège royal de chirurgie de Nancy (1771-1793).

57. DENIS. — Tuberculose rurale et tuberculose urbaine. Etude comparative dans le département de Meurthe-et-Moselle.

29. DESFONTAINES. — Contribution à l'étude des calcifications pleurales.

13. DESREUMAUX. — Inertie du moignon pulmonaire collabé. Echec du pneumothorax thérapeutique.

40. DUVERGER. — Tuberculose et lutte antituberculeuse en Tunisie.

50. FEUTRIE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des goîtres hyperthyroïdiens.

1. FLON. — Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse et des métrites deciduiformes.

22. FRANÇOIS. — Des occlusions intestinales précoces après appendicectomie à chaud.

36. FROMENT. — Contribution à l'étude du coup de chaleur.

49. GILLE. — Déformations maxillo-faciales consécutives au traitement orthopédique du mal de Pott cervical.

5. GŒPFERT. — Contribution à l'étude des kystes hématiques du grand épiploon.

39. GRILLOT. — De la paralysie faciale, unique manifestation de l'infection poliomyélitique.

20. JACSON. — L'urticaire à frigore ; forme pure, formes associées.

45. JOSEPH. — Contribution à l'étude de la calcification de la première molaire permanente.

27. KARCHER. — Les résultats de l'hystéro-salpingographie dans le diagnostic des métrorragies.

48. LOMBARD. — Essai thérapeutique d'un extrait hépato-gastrique injectable dans le traitement de différentes anémies.

55. LUGEZ. — Contribution à l'étude des lésions du disque intervertébral.

60. MAIRE. — Considérations sur les fractures du crâne chez l'enfant.

54. MARION (Mlle). — Maladies anaphylactiques en Egypte.

26. MARTIN. — Contribution à l'étude de la perforation des ulcères peptiques en péritoine libre.

3. MILLOT. — Contribution à l'étude des encéphalites psychosiques. Essais thérapeutiques.

38. PASTANT. — La dystocie coccygienne.

51. PIERRON. — Etude expérimentale de l'intoxication fluorée...

34. PROST. — Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques.

66. RAVAULT. — Contribution à l'étude du traitement des abcès de la prostate.

32. ROGEZ. — Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements cicatriciels de la voie biliaire principale.

58. ROLLET. — Abcès de l'utérus d'origine puerpérale.

15. ROTHGERBER. — Contribution à l'étude démographique-étiologique et pathogénique du cancer primitif du poumon.

10. RUYER. — Contribution à l'étude du sarcome primitif de l'ethmoïde et de son traitement.

2. TALLEU. — Contribution à l'étude de la forme calcifiée de la tuberculose salpingienne.

25. WAMBERGUE. — Contribution à l'étude la météoropathologie des hépato-biliaires.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 31. BERGER. — Anatomie radiographique de la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant avant un an.

53. BICKEL. — L'interférométrie endocrinienne. Méthode de Hirsch. Sa valeur en dermatologie.

4. BRUKERIS. — Du genu valgum et son traitement par l'ostéotomie sus-condylienne médiane.

33. BUZYN. — A propos d'une double torsion tubaire.

61. DAVIDSOHN. — Test oculaire pour le dépistage des états d'hypovitaminose A.

65. GLÜCK (Mme), née Spiwak. — La paralysie générale infantile et juvénile.

8. GOLDMANN. — Les hydronéphoses congénitales.

24. HAFTEL. — Le traitement des calculs de l'uretère.

72. HASSAN. — Etude sur les gros enfants nés à la Maternité de Nancy.

11. KOLEFF. — Contribution à l'étude des injections intracardiaques.

18. LUCET. — Les moyens de diagnostic de la tuberculose rénale.

71. PETKOFF. — L'adomantinome kystique uniloculaire.

9. PLOIN. — Contribution à l'étude des grossesses nerveuses.

70. RABINOWICZ (Mlle). — Allongement hypertrophique et prolapsus du col utérin pendant la grossesse.

69. RUBINSTEIN. — Les endométriomes utérins.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1938, *Thèses de Hanoï*, n° 68 du 24 août, p. 1074 ; *Thèses de Strasbourg*, n° 69 du 27 août, p. 1100 ; *Thèses de Lille*, n° 70, du 31 août, p. 1113 ; *Thèses de Marseille*, n° 71, du 3 sept., p. 1134 ; *Thèses d'Alger, Montpellier et Toulouse*, n° 78, du 28 sept., p. 1241 et 1243 ; *Thèses de Bordeaux*, n° 86, du 26 oct., p. 1374.

67. SCHAPIRA. — Contribution à l'étude de la pseudométrite hyperplasique.
14. SOBEL. — Les hernies inguinales géantes et leur traitement.
28. SZAJNIK. — Les tumeurs du bassinet.
68 SZWARCMAN. — De la résection du nerf présacré... dans les névralgies du cancer inopérable du col de l'utérus.
35. ULERT. — Pathogénie des aménorrhées primitives fonctionnelles.
52. WEINGARTEN. — Emploi des vaccins dans les tuberculoses urinaires.
46. WOJSKOWSKA (Mlle). — La néphrostomie prolongée ou définitive dans les lésions infectées du rein.

CORRESPONDANCE

UNE FORME FÉCONDE D'ENSEIGNEMENT

par le docteur L. POULIOT,
ancien interne des hôpitaux de Paris,
médecin de l'hôpital Léopold-Bellan.

L'enseignement *ex-cathedra* a ses vertus ; il a aussi ses défauts.

Au pied de leur chaire, des professeurs, éloquents comme Dieulafoy, ou spirituels comme Poirier, un dessinateur admirable comme Farabeuf, ont su retenir, attentifs et charmés, des auditeurs en rangs pressés.

D'aucuns, aussi savants — peut-être plus — sinon que Farabeuf, du moins que d'autres grands maîtres, n'ont à leur cours que des malheureux qui ne croient pas pouvoir « y couper ». Pourquoi ? C'est que les autres élèves, les malins, se sont méfiés. Ils ont craint, outre la perte sèche d'une heure, un accident autrement redoutable. Du haut de sa cathèdre, le professeur débitant des phrases solennelles et pesantes comme des *in folios*, risque, ici en effet, de les assommer dans tous les sens du mot.

L'enseignement au lit du malade, forcément plus terre à terre, ne comporte pas un pareil risque. Mais il est une autre raison, toute matérielle aussi, qui rend cet enseignement plus fécond, parce que plus familier.

On voit mal, en effet, un professeur revêtu, comme ses élèves, d'une blouse blanche, se livrer avec eux — j'allais dire : contre eux — à des effets oratoires.

A l'hôpital, le ton « bon enfant » est de rigueur, et, comme il est dans la tradition française et plus encore dans celle de l'internat, beaucoup de « patrons » y excellent.

Mais, il est possible de faire mieux encore. A l'enseignement même familier par le maître, il faut substituer la discussion entre auditeurs. Non point, certes, la discussion stérile comme celle qui sévit au Parlement, ou plus encore, si c'est possible, dans les réunions professionnelles ! Ce sont là, à vrai dire, des manifestations d'anarchie intellectuelle.

Mais, pour être féconde, une discussion ne doit être ni vagabonde ni acéphale. Celles auxquelles nous convions le public médical ne seront ni l'une ni l'autre, puisqu'elles seront dirigées alternativement par l'un ou l'autre des chefs de rubrique. A ceux-ci : le choix du sujet, la discipline de la séance, et la faculté de poser des questions aux auditeurs bénévoles ; à ces derniers, l'apport des idées, le choc des conceptions individuelles ; ce choc d'où jaillit l'étincelle, et parfois la lumière.

La maïeutique, que les initiateurs s'efforceront de faire, n'aura d'autre but que de provoquer immédiatement cette étincelle et d'allumer, si possible, une petite lumière. Le but final sera d'aller, si peu que ce soit, grossir le flambeau que se passent de l'un à l'autre les générations médicales.

A cette fin, j'ai proposé au docteur M. Ferrier d'utiliser les ressources de son beau service de l'Hôpital Léopold-Bellan.

Ce service, le seul service autonome d'Endocrinologie existant actuellement à Paris, ouvrira donc ses portes chaque vendredi matin, à tous les médecins qui s'intéressent aux dysfonctions des glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec les fonctions sexuelles de la femme, ou, mieux encore, à la Gynécologie considérée sous l'angle endocrinien.

Les auditeurs y seront cordialement invités à prendre part à de petites parlottes sans apprêt sur des sujets empruntés à ces deux spécialités.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Conférences d'anatomie descriptive. — M. le professeur Hovelacque a commencé ses conférences le mardi 15 novembre 1938, à 17 heures (grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : *Anatomie de l'abdomen et du membre inférieur.*

Clinique des maladies nerveuses. — M. le professeur Georges GUILLAIN a commencé son cours de clinique, le vendredi 18 novembre, à 10 h. 30, à l'Hospice de la Salpêtrière (Amphithéâtre de la Clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis à 10 heures (Policlinique à la salle des consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (Amphithéâtre de la clinique Charcot).

Clinique obstétricale (clinique Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — M. le professeur COUVELAIRE a repris son cours de clinique le vendredi 18 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : discussion d'observations cliniques.

Vendredi : présentation de malades.

Cours élémentaire de Sémiologie psychiatrique. (Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale. Professeur : M. Henri CLAUDE). — M. Lévy-Valensi, agrégé, commencera ce cours avec la collaboration de MM. Baruk, Borel, Ceillier, Cenac et Codet, anciens chefs de clinique, le dimanche 20 novembre, à 9 h. 15 (Asile Clinique, 1, rue Cabanis), et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Chaire de Bactériologie. — M. le professeur Robert DEBRÉ commencera son cours le mardi 22 novembre, à 17 heures, à la salle de cours du Laboratoire de Bactériologie et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Les Bactéries pathogènes pour l'homme.*

Ce cours est spécialement destiné aux étudiants de troisième année (nouveau régime) et de deuxième année (ancien régime).

Conférences du dimanche. — L'Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1938-1939, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

Nº 94. — MERCREDI 23 NOVEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le Nº 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Epreuve de dissection. Ont obtenu : MM. Huguier, 30; Judet, 28; Delinotte, 28.

Hôpital psychiatrique de Blois. — Un poste d'interne en médecine est vacant dans cet établissement.

Conditions à remplir :

1º Être de nationalité française et ne pas avoir plus de trente ans ;

2º Être titulaire de seize inscriptions validées, au minimum.

Pour la constitution du dossier, s'adresser d'urgence au directeur de l'Hôpital psychiatrique de Blois, 34, avenue Maunoury.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 décembre 1938.

Concours d'agrégation de médecine. — Un concours d'agrégation de médecine (facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie) s'ouvrira, à Paris, aux dates suivantes pour les sections ci-après, savoir :

Le mardi 16 mai 1939, pour la section de médecine générale.

Le mercredi 17 mai 1939, pour la section de chirurgie générale.

Le vendredi 19 mai 1939, pour les sections d'anatomie et organogenèse, d'histologie et embryologie, d'histoire naturelle médicale et parasitologie et de physiologie.

Le mardi 23 mai 1939, pour les sections de chimie médicale de physique médicale, d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Le jeudi 25 mai 1939, pour les sections d'obstétrique, de pharmacie, de chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Pour les sections ci-après de l'agrégation de médecine, les places ci-dessous désignées sont mises au concours dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie :

Section I. — *Anatomie et organogenèse.*

Paris : une place ; Nancy : une place.

Section II. — *Histologie et embryologie.*

Alger : une place.

Section III. — *Histoire naturelle médicale et parasitologie.*

Lyon : une place ; Montpellier : une place ; Strasbourg : une place.

Section IV. — *Physiologie.*

Bordeaux : une place ; Lille : une place ; Nancy : une place ; Toulouse : une place.

Section V. — *Chimie médicale.*

Paris : une place ; Alger : une place ; Lille : une place ; Montpellier : une place ; Toulouse : une place.

Section VI. — *Physique médicale.*

Bordeaux : une place ; Lille : une place ; Lyon : une place ; Toulouse : une place.

Section VIII. — *Médecine générale.*

Paris : option médecine générale : sept places ; option anatomie pathologique : deux places ; option bactériologie : une place ; option médecine légale : une place.

Marseille : option médecine générale : une place ; option anatomie pathologique : une place.

Alger : option médecine générale : une place.

Lille : option médecine générale : deux places ; option anatomie pathologique : une place.
Lyon : option médecine générale : deux places.
Montpellier : option médecine générale : deux places.
Nancy : option médecine générale : deux places.
Strasbourg : option médecine générale : une place ; option bactériologie : une place.
Toulouse : option médecine générale : une place.

Section IX. — *Chirurgie générale.*

Paris : option chirurgie générale : trois places ; option urologie : une place.
Marseille : option chirurgie générale : une place.
Alger : option chirurgie générale : deux places.
Lille : option chirurgie générale : une place.
Lyon : option chirurgie générale : deux places.
Montpellier : option urologie : une place.
Nancy : option chirurgie générale : une place.
Strasbourg : option chirurgie générale : une place.

Section X. — *Ophtalmologie.*

Nancy : une place ; Toulouse : une place.

Section XI. — *Oto-rhino-laryngologie.*

Lyon : une place.

Section XII. — *Obstétrique.*

Paris : deux places ; Marseille : une place ; Alger : une place ; Lyon : une place ; Nancy : une place.

Section XIV. — *Pharmacie.*

Marseille : une place ; Bordeaux : une place ; Lille : une place.

Section XV. — *Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.*

Marseille : une place ; Bordeaux : une place ; Toulouse : une place.

En sus des places énumérées, les places ci-dessous désignées sont également mises au concours dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie pour les sections ci-après :

Section II. — *Histologie et embryologie.*

Lyon : une place ; Strasbourg : une place.

Section III. — *Histoire naturelle médicale et parasitologie.*

Bordeaux : une place.

Section IV. — *Physiologie.*

Lyon : une place.

Section VI. — *Physique médicale.*

Paris : une place.

Section VIII. — *Médecine générale.*

Marseille : option médecine générale : une place.
Alger : option médecine générale : une place.
Bordeaux : option médecine générale : deux places.
Toulouse : option médecine générale : une place.

Section IX. — *Chirurgie générale.*

Marseille : option chirurgie générale : une place.
Bordeaux : option chirurgie générale : deux places.
Lille : option chirurgie générale : une place.
Toulouse : option chirurgie générale : une place.

Section XII. — *Obstétrique.*

Bordeaux : une place ; Lille : une place ; Montpellier : une place.

Section XIII. — *Histoire naturelle pharmaceutique.*

Bordeaux : une place.

Section XIV. — *Pharmacie.*

Bordeaux : une place.

Pour ces places, la nomination pourra être différée conformément aux dispositions prévues par l'arrêté du 14 août 1935.

Est également mise au concours une place dans la section de physiologie, à l'École supérieure de médecine et de pharmacie d'Hanoï.

Ministère de la Santé publique. — M. le professeur Troisier est nommé président de la Commission médicale instituée par l'article 4 du décret du 10 décembre 1929, relatif aux congés de longue durée pour tuberculose, en remplacement M. le professeur Bezançon.

Inauguration de la Semaine internationale contre le cancer. — Le mercredi 23 novembre 1938, à 20 h. 45, aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. Albert Lebrun, président de la République, de M. Jean Zay, ministre de l'Education nationale, de M. Rucart, ministre de la Santé publique, la séance inaugurale de la Semaine internationale contre le cancer.

Cette semaine est également consacrée à la commémoration internationale de la découverte du radium, des électrons, des rayons X et des ondes hertziennes.

Faculté de Droit. — Le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours de : *Psychiatrie médico-légale élémentaire* à la Faculté de Droit le jeudi 24 novembre 1938 à 11 heures, amphithéâtre N° 3 et le continuera tous les jeudis à la même heure.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Pierre Parisot, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Nancy, correspondant national de l'Académie de Médecine dans la section de médecine.

Nous adressons nos très sincères condoléances à son fils, le professeur Jacques Parisot, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, président du comité d'hygiène de la Société des Nations, correspondant national de l'Académie de Médecine dans la section hygiène.

— Le docteur Georges Bourgeois, ancien interne des hôpitaux de Paris, officier de la légion d'honneur, décédé rue Palatine, à Paris. Notre regretté collègue était le fils du président Léon Bourgeois.

— Le docteur Edmond Fournier, décédé à Marseille.

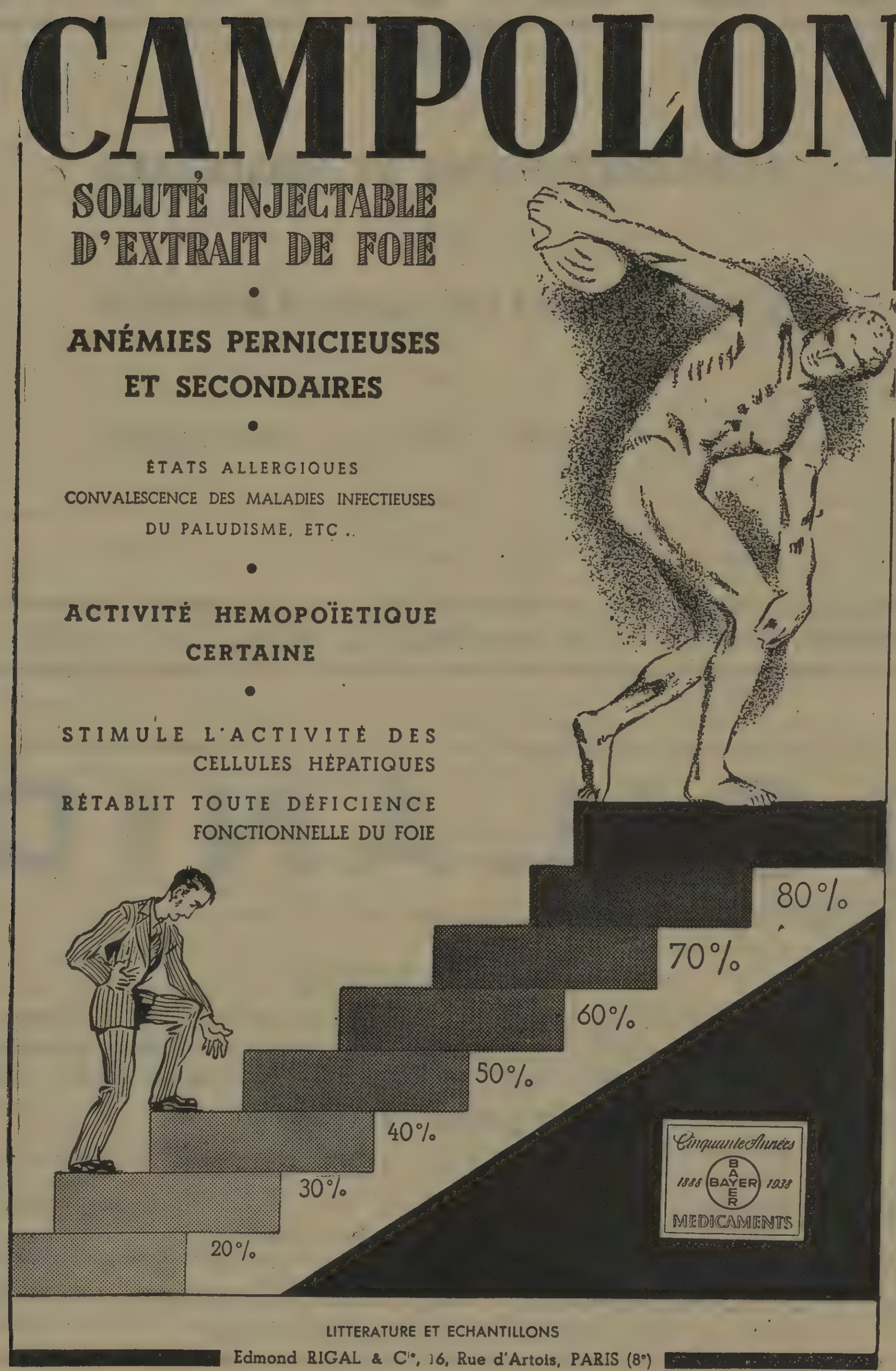
— Le docteur Jacques de Massary, médecin de l'hôpital Paul-Brousse, à Paris.

— Le docteur Frédéric Laporte, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Toulouse, médecin en chef des hôpitaux.

— Nous avons appris avec une vive peine, à l'âge de 64 ans, la mort de M. Max Delagrave, éditeur à Paris. Max Delagrave était un homme d'une très haute distinction qui ne comptait que des amis. Sa haute culture donnait plus de prix encore à ses relations.

La belle maison d'édition de la rue Soufflot, fondée autrefois boulevard Saint-Michel, par son grand-père M. Charles Delagrave, avait acquis avec son père M. Charles Delagrave et avec lui-même une réputation universelle bien justifiée.

Nous prions sa veuve, Mme Max Delagrave, son fils M. Hervé Delagrave, d'agréer l'expression très émue de notre sympathie.


CAMPOLON
SOLUTÉ INJECTABLE
D'EXTRAIT DE FOIE
ANÉMIES PERNICIEUSES
ET SECONDAIRES
ÉTATS ALLERGIQUES
CONVALESCENCE DES MALADIES INFECTIEUSES
DU PALUDISME, ETC..
ACTIVITÉ HEMOPOÏETIQUE
CERTAINE
STIMULE L'ACTIVITÉ DES
CELLULES HÉPATIQUES
RÉTABLIT TOUTE DÉFICIENCE
FONCTIONNELLE DU FOIE
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
Cinquante Années
1888 BAYER 1938
MEDICAMENTS
LITTERATURE ET ECHANTILLONS
Edmond RIGAL & Cie, 16, Rue d'Artois, PARIS (8e)

MENACES DE CATACLYSMES SOCIAUX ET PSYCHOPATHIES

Par M. E. GELMA (de Strasbourg)

Les cataclysmes de tout ordre sont des facteurs bien connus de troubles psychiques que l'on a dénommés, à cause de cela, psychoses réactives, psychoses psychogènes, psychoses affectives, etc... Les désordres cosmiques comme les tremblements de terre, les grands accidents industriels, etc..., renouvellent, chaque fois qu'ils se produisent, l'apparition de psychopathies assez diverses. L'émotion agit comme un traumatisme. Et, que ce soit le corps ou l'esprit, les tissus en général ou les fonctions psychologiques (ne disons pas la matière cérébrale) qui se trouvent atteints par des traumatismes physiques ou moraux, les accidents plus ou moins graves qui en résultent sont en rapport avec l'intensité des chocs et, naturellement, la réceptivité des sujets.

Les menaces de guerre, les mesures militaires qui y font suite, ont toujours occasionné des troubles mentaux que l'on a signalés en leur temps. Au moment de la guerre Russo-Japonaise, les observateurs avaient été impressionnés par le nombre considérable de cas de folie survenus pendant les hostilités. Dès le début d'août 1914 on faisait les mêmes constatations dans les centres où affluaient les premiers mobilisés ; mais à cette période les troubles psychiques avaient déjà apparu avant les premiers combats, rien que du fait des émotions plus ou moins intenses suivant les individus, dues au brusque changement d'existence, aux appréhensions de toute nature, et aussi du fait de l'alcoolisation qui prend toujours, à ces périodes de troubles, des proportions invraisemblables.

La production de ces accidents est chose commune à tous les pays et à tous les temps. Il suffit de rappeler, par exemple, les relations précautionneuses et discrètes des « Commentaires de César » à propos d'incidents intervenus dans l'intervalle des opérations, chez des hommes de troupe et même chez des gradés excessivement braves et éprouvés, marqués de glorieuses blessures, aguerris par maintes batailles (1).

(1) Livre Ier, chap. 39. — Sur la vague de tristesse avec pleurs, gémissements, marques de désespoir, qui sévit dans la plupart des légions concentrées à Besançon en vue d'opérations offensives sur le Rhin contre l'agresseur germanique de l'époque, et sur le bon effet produit chez tous ces déprimés par l'insufflation du cran, « l'invigoration psychologique » instituée par l'action personnelle de César, et l'exemple donné par la 10e Légion :

Caesar, *De Bello Gallico :* « Tantus subito timor omnem exercitum occupavit, ut *non mediocriter omnium mentes animosque perturbaret*... hi neque vultum fingere *neque interdum lacrimas tenere poterant*... milites centurionesque quiqui equitati preerant...

...Caesari nontiarant cum castra moveri ac signa ferre jussisset *non fore dicto audientes milites neque propter timorem signa laturos.* »

Et aussi, dans le même ouvrage, au livre VI, chap. 37, sur l'épouvante qui immobilisa sur place la cohorte de garde au camp d'Atuatuca, lors d'une soudaine irruption d'un parti de cavalerie ennemie, épouvante rendue plus grande encore par l'évocation superstitieuse du fameux désastre éprouvé, au lieu même et peu de temps auparavant, par les troupes de Q. Titurius Sabinus et de L. Aurunculeius Cotta : « tali timore omnibus *perterritis* ».

On a pu être également frappé de la fréquence de ces phénomènes dans les populations civiles, surtout dans les temps qui ont suivi les mesures militaires de sécurité et dont témoigne, pour une bonne part, l'extraordinaire répétition de drames de la route, la multiplicité des accidents d'automobiles, dont le nombre inusité ne peut être expliqué, en dehors naturellement des causes habituelles de sinistres, que par des troubles dans le jeu de l'automatisme psychologique et des fonctions d'inhibition sous l'influence d'un déséquilibre de l'émotivité.

***

Au moment des appels sous les armes dans les périodes de tension politique où les espoirs successifs d'arrangement sont tour à tour déçus, les troubles psychiques affectent plusieurs modes suivant les causes occasionnelles qui les font naître. Mais il paraît nécessaire de souligner, une fois de plus, que les psychopathies de guerre ne font éclosion que chez des prédisposés, surtout, semble-t-il, chez ceux qui affirment n'avoir jamais souffert d'anomalies mentales : hypocondriaques constitutionnels, cyclothymiques, névrotiques en puissance dont les symptômes n'avaient pas eu jusqu'ici l'occasion de devenir perceptibles ou de gêner l'activité professionnelle et les rapports sociaux.

La santé est un état morbide qui s'ignore, a dit le plus sérieusement du monde un humoriste qui ne se savait peut-être pas si près de la vérité, tout au moins dans le domaine des psychonévroses, où les forces compensatrices, les mécanismes de refoulement et de résistance laissent longtemps hors de la conscience toute intuition de désordre psychologique. C'est ce qui explique que la prédisposition est si souvent minimisée ou simplement niée par l'entourage ou le sujet lui-même.

Ces troubles sont surtout de deux ordres : ou bien ils appartiennent au groupe des états dépressifs et maniaques ; ou bien il s'agit de folies alcooliques.

Les psychopathies mélancoliques trouveraient, en s'en tenant aux apparences, une explication facile s'il s'agissait d'une réaction logique de tristesse liée au chagrin de quitter un foyer et aux craintes de toutes sortes que font surgir l'évocation des combats et des destructions. Mais c'est tout autre chose qui se passe. D'une part, les malades ne manifestent pas toujours des inquiétudes pour eux-mêmes, et les propos morbides qu'ils tiennent ne sont pas obligatoirement en rapport avec la situation présente. Quelques-uns se tuent avant même qu'il ne soit question pour eux d'affronter le danger. Ils émettent des idées délirantes de culpabilité, d'indignité. En faisant part de leur détresse, de leur irrésolution, ils se demandent s'ils n'ont pas eu tort d'avoir obéi à des ordres d'évacuation, ils se croient alors coupables de délits militaires et l'objet de soupçons, ou bien encore ils voient dans les événements qui se déroulent les conséquences de leurs fautes passées, une punition du ciel pour leurs propres infractions aux lois morales ou religieuses. Ils se comportent alors, non comme des personnes affligées d'un malheur réel, mais comme des malades

dont le ralentissement du pouls, la constipation devenue opiniâtre, l'abaissement de la tension vasculaire, la diminution des sécrétions, la suppression de l'appétit, l'insomnie, confirment l'état pathologique.

D'ailleurs l'affection continue sa marche évolutive même si un dénouement aussi heureux qu'imprévu met fin à la crise internationale et si le calme politique renaît. Cependant ces malades regagnent leurs foyers en y rapportant leur état mélancolique dont la morbidité s'imposera aux yeux des moins avertis, non pas tant à cause de leur douleur morale, susceptible de donner à des observateurs superficiels l'impression du chagrin ou de l'anxiété, que du fait de leurs idées délirantes dont l'absurdité n'échappera à personne.

D'autre part, cette réaction dépressive se trouve parfois remplacée par une explosion de gaîté, d'agitation, d'euphorie extrême avec logorrhée. On se rend bien vite compte que ce témoignage insolite de bonheur bruyant, si peu en rapport avec les circonstances, n'est que le début de l'excitation maniaque, car des symptômes comme l'alacrité de l'humeur, l'instabilité, la malignité des propos et des actes, surtout la direction particulière des associations des idées ainsi que des éléments d'ordre somatique ne tardent pas à devenir manifestes.

Il s'agit dans ces cas de phénomènes analogues à ceux décrits sous le nom de « deuil maniaque », qui consistent en explosions de rire inextinguible, en manifestations incoercibles de gaîté chez des personnes réellement affligées de la perte récente, quelquefois soudaine, d'un être cher, et dont les efforts de contention devant leur honte de pareilles réactions ne parviennent pas à endiguer cet état d'excitation psychologique susceptible d'être l'avant-coureur d'une manie franche. C'est ainsi qu'en août 1914 je recevais en traitement un officier d'une arme d'élite qui, au moment où parvenait un ordre général de retraite, fit soudainement une crise d'excitation maniaque où les symptômes consistaient surtout en attitudes moqueuses, en gaîté exubérante alliée à une extrême irritabilité. Il n'aurait jamais été mentalement malade d'après les indications de sa famille qui affirmait n'avoir pas eu l'occasion d'observer chez lui des bizarreries de la conduite ou des anomalies quelconques pouvant s'apparenter à la caractérologie de la psychose maniaque-dépressive, même fruste.

Les psychanalystes, on le sait, font des réactions dépressives et maniaques deux états qui expriment un phénomène de lutte du « moi » contre un même complexe : si le « moi » triomphe et dépasse un passé pénible, s'affranchit du « sur-moi » ou coïncide avec lui, c'est un état de satisfaction du « soi », c'est la « manie ». Si, au contraire, le « moi » succombe dans le conflit entre le « sur-moi » et le « moi » identifié à l'objet d'amour perdu diminué dans sa valeur morale, c'est la mélancolie. Manie et mélancolie deviennent le résultat d'une action traumatisante qui affaiblit ou ruine les forces de refoulement dont la tension est variable suivant les sujets.

Mais y a-t-il identité entre les états maniaco-dépressifs post-traumatiques et les psychopathies périodiques (psychose maniaque-dépressive, folies intermittentes) dont les accès, de l'un ou l'autre signe, surviennent sans cause extérieure saisissable. Il ne le semble pas pour tout le monde. En effet, dans les psychoses périodiques les accès relèveraient, suivant les auteurs, de modifications organiques sous forme d'oscillations biologiques et ne paraîtraient pas être sous la dépendance d'un élément moral traumatisant de production externe, puisque les vrais maniaques-dépressifs ne réagissent pas toujours par des accès aux émotions provoquées par les événements ambiants. Chez eux les crises déflagrent sans qu'il soit possible d'en saisir directement la cause, tandis qu'ils n'ont pas eu de récidive à l'occasion d'une déception, d'un deuil, d'une affliction quelconque. Aussi certains cliniciens se refusent-ils à comprendre dans la psychose maniaque-dépressive les formes maniaques et mélancoliques post-émotives, et en particulier les crises d'excitation et de dépression dues aux émotions de guerre où le trauma fait surgir de véritables accès maniaques ou mélancoliques sans qu'on puisse parler, dans ces cas, de récidive, autrement dit sans qu'il y ait jamais eu auparavant d'accidents similaires et, par conséquent, sans que l'on ait à redouter, en l'absence de nouvelles causes morales, de nouveaux accès ultérieurs. Dans ces états *à allure maniaque et mélancolique*, les désordres organiques ne doivent pas être interprétés comme l'origine de l'accès d'excitation ou de dépression, mais plutôt comme leurs conséquences. Pourtant, bien que des points particuliers aient été relevés dans la symptomatologie de chacun des deux états, on ne saurait dans la pratique décider qu'il s'agit ici de psychopathies réactives et là de manifestations de la folie manique-dépressive, rien que par les données de la clinique.

Je n'insisterai pas beaucoup sur les psychopathies alcooliques qui ne diffèrent de celles du temps de paix que par leur grande fréquence et aussi par leur terminaison si souvent fatale. Car en plus de l'intoxication il y a lieu de tenir compte de facteurs surajoutés et singulièrement aggravants, comme les émotions du moment, les fatigues dues à des déplacements assez longs dans des conditions d'inconfort que le temps de paix ne connaît pas, et, dans quelques cas, aux irrégularités du ravitaillement facilement explicables lors de circonstances dépassant toutes les prévisions. Quand il fait très chaud, comme cela a eu lieu aux premiers jours d'août 1914, les hommes subissent très facilement l'attraction des débits de boisson, étant donné le désœuvrement du séjour dans les dépôts. C'est pourquoi les autorités civiles feraient bien, en l'occurrence, de prendre toutes mesures restrictives afin de diminuer et même de supprimer les possibilités d'ivresse : prévision de foyers de mobilisés, création, aux lieux d'arrivée, de cantines où sont servies des boissons sans alcool ou très peu alcoolisées, etc...

Les formes d'éthylisme cérébral que l'on rencontre le plus fréquemment, en dehors des cas d'ivresse pathologique, sont l'alcoolisme subaigu « a potu nimio » sur un fond d'intoxication déjà chronique, et le delirium tremens avec issue fatale surtout par complications pulmonaires (apoplexie en masse, congestion suraiguë des poumons). On observe aussi des combinaisons, si fréquentes dans la clinique habi-

tuelle du temps de paix, d'éthylisme avec accès maniaque, soit que l'ivresse pathologique prenne l'allure d'une manie franche, soit qu'il s'agisse d'un état d'excitation maniaque banal post-émotif avec ivresse surajoutée (manie arrosée).

***

Il y a lieu de mentionner aussi l'éclosion, déjà dans cette période qui précède la guerre, de troubles mentaux de constatation courante aux moments des combats. Ce sont les formes confusionnelles post-émotives dont M. Milian fit dans « Paris-Médical », en fin 1914 je crois, une description sous le nom d' « *hypnose des batailles* ». Ici le choc émotif, associé sans doute à l'auto-intoxication (insolation, soif, privations) au surmenage, à l'insomnie, etc..., provoque toutes sortes de formes confusionnelles avec délires hallucinatoires (délire guerrier), avec activité automatique inconsciente suivie d'amnésie, dont Flaubert, chez ses combattants du Défilé de la Hache (1), a brossé un tableau si saisissant de vérité.

Il n'est pas toujours facile de séparer ces formes mentales des manifestations hystériques, puisque dans la confusion mentale comme dans les états schizophréniques et hystériques les phénomènes endopsychologiques fondamentaux sont, semble-t-il, la libération et l'évasion hors de la conscience d'automatismes figurant des résidus et des symboles de certains épisodes anciens et traumatisants qui vont se comporter, tout au moins dans l'hystérie si l'on en croit les psychanalistes, comme restituant aux organes autres que les organes génitaux leur valeur érogène archaïque. On ne s'étonnera donc pas de retrouver, à l'occasion d'émois provoqués par des événements cataclysmiques, de ces états qualifiés toujours de pithiatiques bien que l'auto-persuasion n'y soit pour rien (2). D'ailleurs les crises d'hystérie se voient fréquemment en temps de paix chez de jeunes soldats, peu de temps après leur incorporation, et les paroxysmes de ces « crisards » semblent bien liés aux chocs émotifs que constituent, chez des prédisposés, le changement de vie, la translation dans un autre milieu, l'appréhension d'une existence nouvelle, etc...

Des crises convulsives aux phénomènes de somnambulisme ou de vigilambulisme ou de confusion mentale avec les délires hallucinatoires de l' « hypnose des batailles » il n'y a pas loin, parce que la psychopathogenèse de ces états est, on vient de le voir, univoque.

Les névroses dites *de transfert* (phobies de l' « hystérie d'angoisse ») paraissent augmenter d'intensité à l'occasion des émotions précitées, et les malades, en voie de guérison au moment où surviennent les cataclysmes, récidivent ou voient s'intensifier et renaître des troubles améliorés ou disparus à la suite des traitements en cours.

Les psychopathies organiques n'échappent pas à ce phénomène de recrudescence des maladies mentales pendant les tourmentes, et il semble bien que la paralysie générale, par exemple, est, dans ces périodes, d'apparition plus fréquente, ou tout au moins entre plus rapidement dans sa phase clinique, les traumatismes moraux exerçant à cet égard le même rôle, chez de vieux syphilitiques, que les traumatismes matériels.

L'émotion traumatisante suffit en somme pour expliquer, dans le plus grand nombre de cas, l'augmentation du nombre de psychoses et de névroses observées au moment des cataclysmes sociaux, dont les formes varient suivant les individus, qu'il s'agisse de névropathies ou de psychopathies individuelles ou collectives, à forme dépressive ou stuporeuses, avec angoisse, avec suicide, quelquefois familial. Des complications organiques, habituelles aux états profondément dépressifs ou anxieux, provoquent en outre toutes sortes de désordres pathologiques qui aboutissent dans certains cas à la mort subite.

(1) G. FLAUBERT, *Salambô*, XIV.

(2) E. GELMA, *L'hystérie et le pithiatisme vus par un psychiatre*. Archives de Neurologie de Bucarest (du Professeur Paulian), numéro de janvier 1938.

XLVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

Troisième question mise à l'ordre du jour :

Sarcomes des muscles et des coulées conjonctives des membres

Résumé du Rapport
de MM. Pierre MOULONGUET (de Paris)
et Eugène POLLOSSON (de Lyon)

Les tumeurs que les auteurs se proposent d'étudier se développent dans l'intimité même des muscles de la vie de relation ou dans les espaces celluleux qui séparent ces muscles.

Il s'agit donc, dans l'un et l'autre cas de tumeurs des « parties molles » qu'il est aisé d'opposer aux tumeurs du squelette. Mais il importe de différencier parmi le groupe très étendu des néoplasmes des parties molles, les néoplasmes très particuliers que les auteurs considèrent seulement.

La distinction est donc à faire, avec :

a) Les sarcomes cutanés ;

b) Les tumeurs conjonctives des gaines synoviales et des tendons ;

c) Les tumeurs des bourses séreuses ;

d) Les tumeurs primitives des ganglions laymphatiques ;

e) Les tumeurs des nerfs et des vaisseaux ;

f) Les tumeurs des aponévroses d'enveloppe et du tissu cellulaire sous-cutané.

Fréquence. — Etiologie

Ce ne sont pas des tumeurs d'observation courante. Les auteurs ont pu réunir 119 cas, se divisant comme suit :

37 concernent des tumeurs des muscles ;

43 des tumeurs des coulées conjonctives ;

Dans 39 autres cas, il n'a pas été possible de préciser le point de départ.

Histologiquement, elles se classent de la manière suivante :

Sarcomes à cellules mésenchymateuses primitives	8
— fibroblastiques	38
— lipoblastiques	33
— rhabdoblastiques	13
— ostéoblastiques	5
— angioblastiques	16
— à cellules monstrueuses	6
	119

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 86, du 26 oct., p. 1376 ; n° 90, du 9 nov., p. 1430; n° 92, du 16 nov., p. 1470; n° 93. du 19 nov., p. 1484.

Neck trouve 7 fois la tumeur au membre supérieur, contre 13 fois au membre inférieur. Dans ce dernier cas, la cuisse est atteinte 5 fois, la jambe 2 fois et le pied 6 fois.

Les deux sexes sont touchés sensiblement avec une même fréquence. C'est entre 40 et 60 ans que ces sarcomes s'observent surtout ; mais aucun âge n'est à l'abri. Quelques cas [Mouchet, Bérard, Guilleminet, Ducuing] concernent de tout jeunes enfants, voire des nourrissons.

La syphilis joue peut-être un rôle de prédisposition, mais elle est sans influence quant à l'évolution de ces tumeurs.

L'action des traumatismes n'est pas démontrée, pourtant bon nombre d'auteurs l'affirment.

Les tumeurs conjonctives bénignes sont-elles susceptibles de se transformer en sarcome ? Les rapporteurs sont loin d'en être convaincus. Certes, nombreuses sont les observations, où des tumeurs portées pendant de longues années se sont mises brusquement à évoluer, à brûler les étapes, à prendre une allure d'évolution rapide. Mais il est vraisemblable que de telles tumeurs étaient méchantes d'emblée.

Anatomie pathologique macroscopique

Les sarcomes des muscles se montrent avec les localisations les plus diverses ; cependant, on les rencontre surtout au niveau des adducteurs, du quadriceps fémoral, des jumeaux, du triceps brachial et du deltoïde. Les sarcomes des coulées conjonctives peuvent se voir partout où il y a du tissu conjonctif ; leur siège de prédilection, est : au membre inférieur le voisinage des vaisseaux fémoraux et du sciatique, le creux poplité ; au membre supérieur, l'aisselle, la coulée humérale, la loge antérieure de l'avant-bras et la paume de la main.

A. — Sarcomes des coulées conjonctives

a) La tumeur est à son début.

Elle est rarement observée à ce stade, parce que peu gênante et d'évolution insidieuse. Elle revêt la forme d'une petite masse arrondie mobile sur les plans voisins, lisse, *encapsulée*. Souvent, tout auprès d'elle, on perçoit une ou deux minuscules tumeurs présentant des caractères identiques. A la coupe, le tissu est ferme, blanc rosé, parfois jaunâtre et de densité égale. A cette époque, l'ablation est excessivement simple et se réalise sous anesthésie locale. Le tout donne au chirurgien l'impression d'une tumeur certainement bénigne, d'un lipome profond, mais banal. Souvent même, l'examen histologique n'est pas demandé, et c'est la récidive qui vient révéler la nature vraie du néoplasme.

b) La tumeur a évolué.

Son volume est plus considérable ; on la compare successivement à une orange, à une tête fœtale, à une tête d'adulte. Sa forme moins arrondie, se prolonge plutôt suivant l'axe du membre. La peau n'est jamais envahie par le néoplasme.

Après incision des téguments et de l'aponévrose d'enveloppe, on tombe directement sur la capsule. Cette dernière est formée aux dépens d'une membrane fibreuse lisse et peu résistante. Elle ne constitue en aucun cas une barrière de protection suffisante, et les récidives « in situ » s'expliquent justement par la présence d'éléments microscopiques infiltrant cette *capsule*, et qu'on retrouve en dehors d'elle.

Cette capsule donne au chirurgien une sensation de fausse sécurité, parce qu'elle offre d'excellents plans de clivage. L'ablation se poursuit aisément ; le clivage s'exécute au doigt, sans qu'il faille recourir à aucun instrument tranchant. Malgré cela, la récidive locale est de règle, car, en dehors de ce sac siègent des éléments sarcomateux microscopiques.

Rapports extrinsèques de la tumeur

Elle demeure en général isolée du squelette, parfois réunie à lui par un pédicule. On peut observer de frêles formations périostiques sous forme de petites spicules osseuses traduisant une réaction de défense à la compression tumorale, mais il n'y a pas d'envahissement vrai.

Les rapports avec les vaisseaux et les nerfs sont plus importants.

Le plus souvent ces vaisseaux sont déviés ou soulevés par la masse. On peut noter un écartement plus ou moins accusé de l'artère et de la veine correspondante. Les collatérales sont tendues à l'extrême et de ce fait, peuvent être facilement lésées au cours de l'intervention.

Des thromboses ont été observées au voisinage du sarcome et il est permis de penser que par cette voie, la tumeur peut s'infiltrer et envahir le courant sanguin.

L'intimité du néoplasme et des nerfs est parfois très marquée.

Les vaisseaux propres à la tumeur sont grêles ; la plaie saigne peu. Jamais on ne trouve un pédicule vasculaire en rapport avec le volume du sarcome.

Le plus souvent, les territoires ganglionnaires tributaires ne sont pas envahis. C'est là une notion classique que confirme la presque totalité des observations. Pourtant, les rapporteurs ont noté deux fois des ganglions axillaires et inguinaux envahis par métastases.

Une erreur d'interprétation est toujours possible. Une tuméfaction peut siéger dans la région inguinale par exemple et en imposer cliniquement pour une propagation lymphatique, mais sa structure histologique reproduira celle de la tumeur initiale, sans qu'aucun tissu lymphoïde n'y puisse être décelé.

Une conclusion pratique est à tirer de ces constatations : l'irradiation préventive des régions lymphatiques est inutile.

Les auteurs considèrent rapidement les différents aspects macroscopiques de la tumeur, puis les modifications de ces aspects en fonction des localisations à l'aisselle, à la paume de la main, au cou-de-pied. A côté des sarcomes vrais des coulées conjonctives, présentant un siège identique existent des tumeurs toutes différentes histologiquement. Ce sont des *angio-endothéliomes* des gaines vasculaires.

Les rapporteurs donnent de précieuses directives concernant l'ablation de ces tumeurs.

B. — Sarcomes des muscles

On peut schématiquement les ranger en deux groupes :

a) Les sarcomes musculaires infiltrants d'emblée qu'il est impossible de séparer par clivage des tissus voisins ;

b) Les sarcomes musculaires encapsulés rappelant les sarcomes encapsulés des coulées conjonctives.

Là encore, la capsule ne représente en aucun cas une zone de défense du muscle, mais au contraire une zone d'envahissement.

Histologiquement, le sarcome des muscles présente des variétés d'image fort différentes. On ne saurait déduire le type microscopique de la forme macroscopique infiltrante ou encapsulée.

C. — Sarcomes ostéoblastiques des parties molles

Cette forme est souvent prise pour un sarcome d'origine osseuse. Le fait de trouver au sein d'une tumeur sarcomateuse des muscles du tissu squelettique ne saurait entraîner la moindre conviction quant à l'origine osseuse de cette tumeur. Leriche et Policard n'ont-ils pas montré le mécanisme qui préside au dépôt de matières calcaires et à la formation d'os vrai au sein de tous les tissus dérivés du mésenchyme ?

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 15 novembre 1938

Recherches sur la transmission des antitoxines formées au niveau des pattes d'un lapin à un congénère perfuseur de ces pattes. — M. Hugounenq présente une note de MM. P. Sédallian, F. Jourdan, Mme Ch. Clavel, auxquels des expériences préalables ont permis de suivre de 4 heures en 4 heures l'ascension du taux antitoxique sanguin de lapins soumis à une injection de rappel et étudiés du 4e au 6e jour après celle-ci. Les trains postérieurs de lapins placés dans ces conditions d'augment antitoxique sont greffés au cou d'un perfuseur d'immunité homologue, mais non soumis à des injections de rappel. La greffe est assurée par des anastomoses vasculaires permettant la réapparition des réflexes dans les pattes perfusées. Lorsque la perfusion dure assez longtemps on peut assister à l'augment antitoxique du perfuseur.

La sonorité angulaire pré-hépatique. Signe de périviscérite du carrefour supérieur. — M. F. Trémolières. — A l'examen physique, la matité hépatique est assez souvent interrompue, entre la ligne mamelonnaire et la ligne axillaire, par une zone de sonorité angulaire à sommet supérieur. L'examen radiologique révèle que cette zone sonore est fournie par un segment côlique, d'ordinaire l'angle côlique droit, interposé au foie et au diaphragme doublant la paroi costale.

Cet examen décèle encore des indices d'adhérences entre les organes du carrefour supérieur, dont l'intervention chirurgicale permet de contrôler l'existence. Ces adhérences sont provoquées par un ulcus pylorique ou duodénal, une cholécystite ou une appendicite chronique.

La péri-viscérite sous-hépatique est la cause nécessaire de cette sonorité angulaire. Il faut y ajouter l'allongement des mésos et l'existence d'un météorisme intestinal.

La sonorité angulaire pré-hépatique, symptôme physique révélateur de la péri-viscérite du carrefour supérieur, aide au diagnostic et apporte au traitement une indication de haute valeur.

Trois points importants dans l'histoire de la découverte de la transmission de la fièvre jaune par le moustique. — M Francisco Dominguez, de Cuba : 1° rappelle que Finlay était cubain ; 2° précise le rôle joué par la Commission de la fièvre jaune et les recherches de R. Stokes et de ses collaborateurs ; 3° montre que C. Finlay a décrit le premier la forme inapparente de la maladie.

Il appartenait à M. Dominguez, à qui l'on doit d'avoir fait rendre justice à Finlay, de préciser une fois de plus ce que l'humanité doit à son illustre compatriote.

Les effets physio-thérapeutiques des inhalations de carboxygène et d'air carbonique dans les pneumopathies anoxémiantes aiguës. — MM. Héderer et André.

Rapport concernant les travaux sur l'hygiène et les maladies contagieuses. — M. Tanon. — L'état sanitaire de la France reste satisfaisant ; il serait toutefois à souhaiter que la diphtérie et la fièvre typhoïde deviennent encore moins fréquentes, grâce à l'emploi des vaccins et à l'adduction d'eaux potables.

Pour les Colonies, il est à remarquer que le typhus exanthématique sévit, au Maroc, exclusivement chez les indigènes, mais grâce aux moyens classiques de prophylaxie l'épidémie est en voie de disparition.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 18 octobre 1938

Méningite séreuse d'origine otique. Trépanation décompressive. Guérison après un état grave et prolongé de dénutrition. — MM. Grenet et Isaac-Georges présentent un enfant atteint à l'âge de 10 mois, d'une otite bilatérale très rapidement compliquée, malgré une paracentèse précoce de convulsions et de réaction méningée. Le diagnostic d'abcès du cerveau fut envisagé, mais lors d'une trépanation décompressive, on mit en évidence une volumineuse méningite séreuse externe. A la suite de l'intervention se développa un état de dénutrition tel qu'à l'âge de 14 mois, l'enfant ne pesait que 5 kilogs ; il fit de plus des abcès sous-cutanés multiples et plusieurs poussées de colibacillurie. Malgré tous ces incidents auxquels il faut ajouter une rechute de méningite séreuse, l'enfant finit par guérir, mais il doit encore être l'objet actuellement, à l'âge de deux ans et demi, d'une surveillance attentive.

Condensation pulmonaire étendue et persistante non tuberculeuse chez un enfant de 14 ans. — MM. Armand-Delille et Imbona présentent un garçon entré dans leur service à la suite de deux hémoptysies et présentant à l'auscultation des signes de condensation du sommet gauche. Une série de radiographies montre l'existence d'une ombre presque uniforme occupant la totalité de l'hémithorax gauche. Cependant, l'état général est excellent ; le malade est apyrétique. Le bacille de Koch n'a été décelé ni dans le liquide gastrique, ni dans le pus extrait par aspiration bronchique. Les auteurs concluent à l'existence d'une suppuration pulmonaire sans image radiologique caractéristique.

Myxœdème atypique. — M. Denoyelle rapporte l'observation d'un enfant atteint d'hypertrophie musculaire généralisée avec hypertonie et présentant d'autre part un faciès myxœdémateux et un retard intellectuel. Le traitement thyroïdien à haute dose fit disparaître à la fois les signes évidents de myxœdème et les troubles musculaires.

Influence de la rubéole sur l'allergie tuberculinique. — MM. Blechmann et François rapportent l'histoire d'une enfant chez laquelle une intradermoréaction pratiquée pendant l'incubation d'une rubéole, ne devint positive que deux semaines plus tard, alors que la malade une fois guérie, cette réaction était positive en 48 heures. Ils en déduisent l'existence d'une anergie rubéolique.

Latence d'un abcès résiduel du poumon chez un nourrisson. — MM. Cayla, Mlles Delon et Corcelle ont cru pendant 10 mois à la guérison d'un abcès multiloculaire qu'ils avaient suivi pendant 6 mois chez un nourrisson. Une broncho-pneumonie banale intercurrente ayant déterminé la mort, l'autopsie révéla un petit abcès résiduel d'une base, sans qu'il y ait ni dilatation des bronches, ni kyste congénital.

Pleurésies purulentes streptococciques dans la première enfance. Guérison par le 1162 F. — MM. Marquézy, Cl. Launay, Perrot et Mlle Nage rapportent deux observations de pleurésies purulentes streptococciques de la première enfance, toutes deux guéries à la suite d'une injection intrapleurale de 1162 F associée dans un cas à l'ingestion de ce même médicament per os durant plusieurs semaines.

Deux observations de coma alcoolique chez l'enfant. — MM. R. Debré, M. Lamy et S. Kaplan précisent à propos de deux cas récemment observés, les principaux caractères de cette intoxication, résultant le plus souvent de l'absorption d'une quantité massive de vin, et plus rarement d'une erreur ou d'une thérapeutique inconsidérée.

Le début est dramatique par un coma profond, parfois accompagné de troubles respiratoires ; il n'y a aucune

odeur alcoolique de l'haleine. Le pronostic est assez grave et la mort peut survenir toutes les fois que la dose ingérée atteint 6 à 7 cc. par kilog de poids. Enfin le diagnostic est particulièrement difficile en l'absence de commémoratifs.

Deux cas d'œdème infectieux subaigu du nourrisson. — MM. R. Debré, Milhit, M. Lamy et Hanaut ont vu évoluer un œdème pulmonaire chez deux nourrissons âgés de quelques semaines, caractérisé dans les deux cas par une dyspnée bruyante avec cyanose et par une toux quinteuse. L'auscultation permettait d'entendre dans les deux poumons de nombreux râles fins. La radiographie montre des images micronodulaires sans caractères particuliers. L'apyrexie est de règle.

Un de ces enfants a guéri au bout de 4 mois, tandis que le second succombait au bout de plusieurs semaines d'une broncho-pneumonie surajoutée.

Insuffisance rénale et maladie du col vésical chez un adolescent. — MM. Rouèche et Sabourin rapportent l'histoire d'un jeune homme de 18 ans déjà opéré d'ectopie testiculaire, qui présentait depuis son jeune âge des signes d'incontinence d'urine et une azotémie à 0 gr. 90, une hypertension artérielle et des urines purulentes. L'épreuve de Volhard était nettement défavorable.

Après mise en place d'une sonde à demeure jusqu'à ce que l'urée soit descendue à 0 gr. 50, on fit une cystoscopie qui confirma le diagnostic d'hypertrophie du col et on fit une électrocoagulation du col. Cette dernière influa peu sur les lésions rénales, mais a guéri les troubles urinaires, énurésie et stase vésicale.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC des OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS

(Occlusions post-opératoires exceptées) [1]

Le problème diagnostique ne se limite pas à ces trois causes : ileus biliaire, cancer colique et volvulus du côlon pelvien.

Au risque d'une énumération incomplète, nous ne ferons que signaler les cas fréquents.

L'étude des antécédents peut apprendre l'existence antérieure d'un syndrome de Kœnig franc et permettre ainsi le diagnostic d'une lésion sténosante, souvent tuberculeuse, du grêle ou de la région iléo-cœcale.

Notons la fréquence des occlusions par bride, qui revêtent les aspects cliniques les plus variés.

Il faut enfin savoir que la laparotomie décidée pour une lésion organique n'observe parfois aucune lésion occlusive manifeste, mais seulement un état d'atonie, de distension intestinale, ou un spasme segmentaire qu'une intervention palliative suffit à guérir.

On voit combien l'examen clinique est source d'erreurs. L'insuffisance des symptômes, leur aspect si souvent trompeur commandent de recourir à l'examen radiologique.

V. Examen radiologique. — Il est permis d'en attendre aujourd'hui plus d'une rectification du diagnostic clinique, et plus d'une indication opératoire justifiée.

Il peut confirmer le diagnostic d'un syndrome fruste,

Localiser le siège de l'obstacle,

Déterminer parfois sa nature,

Et guider en toutes circonstances l'acte opératoire.

On a souvent insisté sur la valeur de la radiographie sans préparation.

Elle est peut-être d'interprétation difficile, mais son utilisation devenant plus fréquente permettra de connaître plus parfaitement les images d'occlusion et les lésions qu'elles traduisent.

Elle offre indiscutablement l'avantage d'être une traduction exacte des lésions, alors que les clichés après lavement baryté revêtent parfois des aspects tompeurs en cas d'occlusion colique, et ne renseignent que par élimination dans le cas d'une occlusion du grêle.

Il faut donc recourir d'abord :

A la radiographie sans préparation — et prendre des clichés de face en position verticale (malade assis ou debout) ; de profil (malade en décubitus dorsal).

Recourir ensuite, si besoin, au lavement baryté, qui semble n'avoir pas d'inconvénient pour le malade.

Les images de la distension du grêle sont des images hydro-aériques multiples, de petit diamètre, et discontinues, visibles à des niveaux différents.

De plus, ces images coexistent parfois avec les images coliques qui, par exclusion, permettent de les identifier.

Les images hydroaériques du côlon ont un plus grand diamètre et surtout elles sont continues ou subcontinues, dessinant complètement ou incomplètement le cadre colique avec la lumière transversale à grande courbure du transverse.

Il faut préciser que la tache claire d'une anse distendue isolée, dans l'hypocondre gauche, appartient à une anse grêle, dont c'est une localisation fréquente.

Mais, à côté des renseignements directs que donne la radiographie sur le siège, parfois la nature, et même la cause de l'occlusion, cet examen peut encore montrer :

Soit l'existence d'un pneumopéritoine en rapport avec une lésion perforative de l'intestin, d'où l'infection péritonéale et l'ileus paralytique consécutifs.

Soit un corps étranger intestinal, ou extra-intestinal, voire même extra-péritonéal, calcul de l'uretère par exemple, déterminant une parésie colique réflexe.

Ainsi, à côté du diagnostic d'occlusion, la radiographie permet parfois de nier l'occlusion et d'éviter une laparotomie inutile ou dangereuse.

On voit que dans l'ensemble la radiographie éclaire les indications opératoires. Elle peut en préciser le moment opportun. A côté des images impératives d'occlusion sur le grêle, qui décident de l'intervention d'urgence, la radiographie révèle d'autres images qui commandent ou l'expectative armée, ou la colostomie, ou d'autres traitements non chirurgicaux, telles ces images d'occlusion colique dont la cause ne revêt pas toujours un caractère d'urgence.

On sait enfin que dans certains cas d'invagination intestinale aiguë du nourrison, le lavement baryté sous écran est un moyen thérapeutique auquel il faut recourir d'abord.

En conclusion, il paraît vraisemblable d'espérer que, les moyens d'investigation se perfectionnant et se complétant peu à peu, le diagnostic des occlusions intestinales aiguës ne sera plus seulement l'affirmation clinique d'un syndrome sanctionné par une intervention de hasard, mais un diagnostic progressif, précis, posant pour chaque cas l'indication particulière justifiée.

J. REIGNER.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 88, du 2 nov., p. 1410 ; n° 90, du 9 nov., p. 1442 ; n° 92, du 16 nov., p. 1474.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René Vincent

N° 95. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Séance du 19 novembre 1938.

I. *Epreuve de dissection extemporanée.* — Ont obtenu : MM. Delinotte, 30 ; Judet, 30 ; Huguier, 29.

II. *Classement des candidats.* — MM. Judet, 160 points ; Huguier, 159 ; Delinotte, 154.

Sont proposés : MM. Judet, Huguier.

Faculté de Médecine de Lyon. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Tixier, professeur de clinique chirurgicale.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Bizard, assistant, est chargé des fonctions d'agrégé et chargé de l'enseignement de la physiologie.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Monnier, chef de travail, est chargé en outre des fonctions d'agrégé.

Faculté de Médecine de Nancy. — La chaire de clinique d'oto-rhino-laryngologie ayant été récemment transformée, au moment de la retraite du professeur Jacques, la Faculté de Médecine de Nancy a décidé d'ouvrir un *concours pour l'attribution d'une charge de cours de clinique complémentaire d'oto-rhino-laryngologie.*

Le candidat auquel sera attribuée cette charge de cours aura la direction effective de la clinique d'enseignement de le Commission administrative des Hospices.

Les épreuves sont fixées de la façon suivante :

1° Une épreuve de titres et travaux (quinze minutes) ;

2° Leçon orale de clinique oto-rhino-laryngologique (demi-heure après trois heures de préparation sans livres ni documents) ;

3° Examen de deux malades (exposé oral de quinze minutes pour chaque malade).

La date du concours est fixée au vendredi 20 janvier 1939.

Le jury comprendra : trois professeurs ou agrégés de la Faculté de Médecine de Nancy et deux professeurs de clinique oto-rhino-laryngologique ou oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

La liste d'inscription sera close le samedi 7 janvier à 16 heures.

Les candidats sont priés de déposer, au Secrétariat de la Faculté de Médecine, pour cette date, une demande d'inscription sur papier timbré et l'exposé de leurs titres et travaux.

— M. Drouet, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1938, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Nancy. (Dernier titulaire : M. Simonin.)

École de Médecine de Nantes. — M. le docteur Legrand est institué pour neuf ans professeur suppléant de clinique ophtalmologique.

Guerre. — Le médecin-général Épaulard, directeur du Service de Santé du 19e Corps d'Armée, à Alger, est placé dans la 2e Section (réserve) du cadre du Corps de Santé militaire.

Ministère de la Santé publique. — M. Stirn, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène au Ministère de la Santé publique,

est nommé conseiller d'Etat en service extraordinaire, en remplacement de M. Serge Gas, qui est nommé directeur général de l'Assistance publique à Paris.

XIXe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires. — Le Salon des Médecins aura lieu du 19 février au 5 mars 1939, en « La Nouvelle Galerie de Paris », 214, faubourg Saint-Honoré.

Créée en 1909, cette manifestation a maintenant sa clientèle d'exposants et de visiteurs.

On connaît le succès de ses sections de peinture, sculpture, art décoratif, photographique et appliqué.

La clôture des inscriptions est fixée au 30 décembre 1938. Pour tout renseignement, s'adresser : au Secrétariat général, docteur Pierre Bernard Mallet, 67, avenue Pierre-Larousse, Malakoff. Alésia : 07-09.

Les voix latines. — Conférences de l'U.M.F.I.A. — Le jeudi 1er décembre 1938, à 21 heures précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, à Paris, M. le professeur Pierre MAURIAC, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, fera, sous la haute présidence de S. E. l'ambassadeur d'Italie à Paris, une conférence sur *Montaigne et l'Italie*.

XXVe Congrès d'hygiène. — Le Congrès d'hygiène, organisé par la Société de Médecine publique et de Génie sanitaire s'ouvrira à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, le lundi 28 novembre 1938, à 10 heures.

Séance solennelle de la Société Française d'Hématologie. — La séance solennelle de la Société française d'Hématologie aura lieu le jeudi 15 décembre 1938 à 9 h. 15, à l'amphithéâtre Widal. Clinique médicale du professeur M. Labbé, à l'hôpital Cochin.

9 h. 15 : Conférence de M. le professeur Roskam (de Liége). Étude physiologique et pharmacodynamique de l'hémostase spontanée.

10 h. 15 : Conférence de M. le docteur Pehu (de Lyon). Les érythroblastoses infantiles.

CHRONIQUE

LE XXVe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Marseille, 10, 11 et 12 novembre 1938)

Le XXVe Congrès français de Médecine s'est ouvert à Marseille le jeudi 10 novembre à 9 h. 30, au Palais du Pharo, sous la présidence de M. le Recteur Gau, entouré par : MM. le professeur Olmer, président du Congrès ; le professeur H. Roger, secrétaire général ; le doyen Cornil, et la plupart des personnalités militaires et civiles de la ville. M. le professeur Bezançon, président de l'Académie de Médecine, représentait M. le ministre de l'Education nationale. Dans un discours très remarqué le professeur Olmer a montré les progrès réalisés dans ces dernières années par la science médicale et a insisté sur le rôle de l'école clinique marseillaise dans l'étude de certaines maladies méditerranéennes. Il a conclu en citant une phrase de Bergson : « Il faut agir en homme de pensée et penser en homme d'action. » MM. Gau, Roger et Cornil ont pris successivement la parole pour indiquer la portée du Congrès et souhaiter la bienvenue à nos hôtes. En dehors des séances de travail qui se sont succédé pendant les trois journées qu'a duré le Congrès, les Congressistes ont pu admirer les beautés de la ville. Ils ont été reçus le jeudi soir par le président du Congrès qui a offert, aux salons Massilia, une soirée musicale des plus réussies, suivie par un excellent lunch. Le vendredi 11 novembre, les membres universitaires du Congrès ont été invités par le doyen et les professeurs de la Faculté de Médecine à un déjeuner chez Basso, où la traditionnelle bouillabaisse a été dégustée en face de l'inoubliable spectacle offert par le vieux port inondé de lumière et chamarré, dans toutes les embarcations qu'il abritait, d'une profusion d'oriflammes pour fêter la date de l'armistice. Le soir de ce jour, une soirée à l'Opéra, offerte par le Congrès, permit d'applaudir *Les Contes d'Hoffmann*. Le samedi 12 novembre, la séance de clôture, présidée par M. Bezançon, fut l'occasion de nouveaux et brillants discours, qui ont tous souligné le succès du XXVe Congrès, et le soir même, un banquet aux salons Massilia, présidé par MM. Bezançon et Olmer, permettait aux Congressistes et à leurs femmes, de se retrouver autour d'un délicat menu et d'applaudir les toasts heureux de MM. Olmer, Arloing, Brulé et Bezançon.

Le Congrès de Médecine était pratiquement terminé. Mais, grâce à l'aimable attention de la Société des Thermes Sextius d'Aix-en-Provence, les Congressistes sont allés passer la journée du dimanche 13 novembre dans l'ancienne capitale de la Provence. Ils s'étaient joints aux membres du Ier Congrès national néo-hippocratique qui se tenait à Marseille le matin de ce jour et à Aix l'après-midi. Après un très bon déjeuner offert à l'établissement thermal, une visite trop rapide de la vieille ville et de ses beaux monuments prolongea dans l'esprit de nos hôtes, nous voulons l'espérer, l'excellente impression qu'ils emportaient de leur séjour dans notre région provençale. R. P.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de clinique chirurgicale (Hospice de la Salpêtrière). — M. le professeur A. GOSSET a commencé son Cours de Clinique chirurgicale, le jeudi 10 novembre 1938, à 11 h. 15 et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours le lundi 21 novembre 1938, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine et continuera ce cours les lundis suivants à la même heure, 28 novembre, 5, 12 et 19 décembre, 9, 16, 23 et 30 janvier 1939, 6, 13 et 27 février.

Pathologie médicale. — M. L. DE GENNES, agrégé, a commencé ses leçons le jeudi 24 novembre 1938, à 16 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Maladies des glandes endocrines.*

REVUE GENERALE

CALCULS DE L'AMPOULE DE VATER (1)

Par B. Y. YOVANOVITCH,
chef de clinique chirurgicale à la Salpêtrière,

II. — Méthodes palliatives

Les inconvénients des méthodes radicales font qu'actuellement beaucoup de chirurgiens, surtout ceux des pays de la langue allemande, préconisent une conduite tout autre : *l'abandon du calcul et l'anastomose cholédoco-duodénale* (Sasse, Jurass, Flörcken, Finsterer).

En voici la technique. Il faut établir l'anastomose au point où le cholédoque aborde la face postérieure du duodénum. On libère le bord supérieur de ce dernier et on fait sur le cholédoque, à ce niveau, une incision longitudinale de un à deux centimètres. En face, sur le duodénum, on pratique une incision transversale de même étendue. Les bords de deux ouvertures sont alors réunis par quelques points de catgut prenant toute l'épaisseur de la paroi. Par-dessus, on place quelques points de soie fine ne prenant que les couches superficielles des parois. L'anastomose terminée est recouverte par le petit épiploon.

La cholédoco-duodénostomie serait l'opération de choix dans les calculs de l'ampoule de Vater et elle devrait être mise en parallèle avec la gastro-entérostomie dans les cas d'obstacle pylorique (Flörcken). La technique de l'opération serait facile, simple, bien réglée et si le cholédoque est dilaté et épaissi, la suture de l'anastomose serait presque aussi facile à faire que dans une gastro-entérostomie (Finsterer). Le grand avantage de la cholédoco-duodénostomie serait le fait que toute la bile est conservée pour l'organisme, tandis que le drainage externe en détourne une grande partie ; beaucoup de malades supportent mal la perte d'autant de bile et certains font des hémorragies secondaires diffuses, si graves chez les cholémiques (Grekow, Finsterer). Un autre avantage de l'opération serait que la bile s'écoule dans le duodénum à un niveau à peu près normal et qu'elle peut ainsi jouer son rôle digestif physiologique. La stase et la rétention biliaires deviendraient impossibles. En outre, les calculs qui, au cours de l'opération, ont pu être laissés dans la partie supérieure des canaux hépatiques, trouveraient une voie facile d'expulsion dans l'intestin ; on éviterait donc les récidives vraies ou fausses, de la lithiase biliaire. Enfin, par cette opération on éviterait tous les inconvénients dus à la présence du drain.

Tels sont les arguments des auteurs allemands de la dérivation biliaire. Sont-ils décisifs. Nous ne le croyons pas. Avec notre maître R. Leibovici, nous croyons que la cholédoco-duodénostomie a trop d'inconvénients pour s'imposer comme l'opération de choix à appliquer systématiquement aux calculs de l'ampoule de Vater. Outre ces difficultés techniques et sa gravité immédiate, son avenir éloigné reste encore lourdement hypothéqué par la menace de l'infection pancréatique, de la pancréatite hémorragique et surtout de l'angiocholite ascendante. A la faveur des discussions récentes, nous pouvons envisager avec plus de précision chacun de ces éléments.

La gravité immédiate de la cholédoco-duodénostomie est indéniable. L'opération est grave et contre-indiquée, Flörcken lui-même l'avoue, lorsque les malades sont obèses, lorsque le cholédoque n'est pas dilaté, lorsqu'il y a de l'atrophie hépatique, et enfin lorsqu'il y a une infection marquée de la voie biliaire principale (Soupault). Plusieurs de ses partisans avouent, et c'est bien l'évidence même, que la cholédoco-duodénostomie peut être beaucoup plus difficile et plus compliquée qu'on ne le dit habituellement (Heyrovsky, Soupault). La péritonite n'est pas très rare dans les suites opératoires (Flörcken). La fistule cholédocienne totale ou partielle, transitoire ou définitive, n'est pas non plus exceptionnelle (Sasse). La bouche est souvent minime, pas toujours béante, le drainage biliaire médiocre (Heyrovsky). En conclusion, chez des malades ictériques et infectés — et ce sont des cas fréquents dans les calculs de l'ampoule de Vater — la cholédoco-duodénostomie est une opération insuffisante et dangereuse. Contre la rétention biliaire, et encore plus contre l'infection, la dérivation externe est une supériorité incontestable qui en contre-balance largement les inconvénients. En est-il autrement du reste dans les occlusions du gros intestin où l'anus contre nature l'emporte de beaucoup sur les dérivations internes ?

L'infection pancréatique est aussi à craindre après une cholédoco-duodénostomie. On sait combien souvent la pancréatite chronique accompagne la lithiase cholédocienne et le meilleur moyen de la guérir, c'est l'ablation des calculs et le drainage des voies biliaires. Or, la cholédoco-duodénostomie laisse le calcul en place et draine mal la voie biliaire principale. Elle laisse surtout, entre l'anastomose et le calcul, un cul-de-sac cholédocien rétro-pancréatique toujours infecté. Elle peut ainsi favoriser l'accroissement du calcul ou même la formation de nouveaux, elle aggrave la pancréatite chronique, elle peut provoquer une pancréatite aiguë, suppurée ou hémorragique (Desplas).

La menace de la *pancréatite hémorragique* est, en effet, loin d'être illusoire. L'anastomose bilio-digestive y constitue une prédisposition certaine et cela pour trois raisons : elle laisse le calcul en place, elle favorise la stase duodénale, elle accentue l'infection des voies biliaires. Le calcul laissé dans l'ampoule de Vater oblige souvent la bile à refluer dans le canal de Virsung, réalisant cliniquement ce que Brocq et Binet ont fait dans leurs injections qui déclanchent à tout coup une pancréatite hémorragique. Notre maître B. Desplas rapporte trois cas de pancréatite hémorragique après anastomose bilio-digestive et conclut : « Il est certain que se trouve réalisée l'expérience fondamentale de Claude Bernard, pénétration de bile infectée, au moment de la digestion, dans le canal de Wirsung ».

L'angiocholite ascendante semble, à la lumière de l'expérience, devenir l'inconvénient majeur et peut-

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 93, du 19 nov., p. 1479.

être rédhibitoire de la cholédoco-duodénostomie, et des observations récemment publiées en ont souligné la fréquence et la gravité. Déjà Lecène et d'Allaines disaient que « le point noir de l'anastomose, c'est le rétrécissement ultérieur et l'infection biliaire ascendante ». « Les résultats de la cholédoco-duodénostomie, écrit Soupault, sont inconstants, grevés entre autres du risque principal d'angiocholite secondaire ». Lecène réclamait, pour juger, des observations longtemps suivies. Comme toujours, elles sont rares. Mallet-Guy et Robert ont cependant colligé 118 cas d'anastomose de la voie biliaire principale et, sur 28 seulement, examiné les résultats éloignés qui se classent en trois groupes : parfaits, 12 cas ; compliqués de poussées fugaces d'ictère avec légers phénomènes angiocholitiques, 8 cas ; angiocholite ascendante mortelle, 8 cas, soit 8 morts sur 28 malades suivis assez longtemps. De tels faits confirment que l'angiocholite ascendante, dans les suites éloignées de la cholédoco-duodénostomie, représente un risque extrêmement sérieux, dont il faut tenir compte. Quelle est la cause de cette infection ascendante ? L'expérience montre qu'elle survient après toute cholédoco-duodénostomie, quelle que soit l'affection qui l'a nécessités. C'est donc l'anastomose elle-même qui infecte l'appareil biliaire (Mallet-Guy), peut-être par la sténose secondaire de la bouche (Soupault), surtout par le reflux quasi constant dans le cholédoque, l'hépatique et même les petits canaux intra-hépatiques. Les recherches de Bernhardt sont formelles à cet égard : sur 15 cas de cholédoco-duodénostomie, la pénétration du contenu duodénal dans le cholédoque a pu être mise en évidence 8 fois, avec 5 angiocholites mortelles. « L'intensité et les symptômes de l'angiocholite sont d'autant plus marqués que le cholédoque se vide plus lentement » (Bernhardt). « On est en principe, autorisé à penser qu'avec une bouche anastomotique petite et bien placée, le reflux du duodénum dans le cholédoque a peu de chance de se produire » (Soupault). Malheureusement, il est impossible d'imiter la nature et de munir l'anastomose d'un sphincter comme l'ont tenté Shrafe, Ivy et Morgan. On ne peut donc pas éviter à coup sûr le reflux duodénal dans le cholédoque.

III. — Choix de la meilleure méthode

Telles sont les différentes méthodes opératoires proposées jusqu'ici dans le traitement des calculs de l'ampoule de Vater. Les chirurgiens allemands trouvent la cholédoco-duodénostomie fréquemment indiquée, bénigne, facile et efficace. Les auteurs français l'ont démontrée souvent délicate et grave, toujours menacée par l'angiocholite. Avec notre maître R. Leibovici, nous croyons qu'on peut, pour le présent, *tenir l'ablation du calcul comme l'idéal et la dérivation biliaire comme un pis-aller à ne pas méconnaître*. Nous croyons aussi que la pratique de la chirurgie biliaire en deux temps mérite plus de faveur et, qu'entre autres avantages, elle doit restreindre de plus en plus le recours à la cholédoco-duodénostomie en permettant de réaliser l'ablation des calculs vatériens dans les meilleures conditions. En définitive, chaque cas sera traité après une juste appréciation pré-opératoire, mais peut-être peut-on schématiser la conduite à tenir selon les diverses éventualités rencontrées, étant bien entendu que notre schéma n'est qu'une idée directrice que chacun suivra selon ses goûts et ses moyens.

Dans les cas favorables, chez les malades anictériques et apyrétiques, chez les malades opérés « à blanc et à froid », la taille trans-duodénale est l'opération de choix et on a tout à gagner à en étendre les indications lorsque les conditions locales sont favorables : malade maigre et bien préparé, cholédoque peu distendu, pancréas peu induré. L'ablation du calcul, pratiquée selon la technique bien réglée, est logique et efficace, et on conçoit mal qu'on puisse proposer de la remplacer par une cholédoco-duodénostomie, qui non seulement conserverait un calcul dangereusement situé, mais vouerait à l'angiocholite la plus grave des voies biliaires à peine infectées.

Dans les cas défavorables, chez les malades ictériques et fébriles, amaigris et profondément infectés, avec un foie gros, dur et douloureux, avec un pouls mou, tension basse et cœur fatigués, avec un grave déséquilibre de la crase sanguine, chez ces malades en occlusion biliaire aiguë et septiques, il est sage de « faire le minimum », c'est-à-dire de faire un « anus biliaire » sans chercher à débloquer la voie principale (Cotte, Moulonguet, R. Leibovici). Si la vésicule est distendue par de la bile, on fera une cholécystostomie sous anesthésie locale, qui aura toutes chances de drainer efficacement les voies biliaires. Le drainage vésiculaire s'impose encore plus dans les cas où l'occlusion aiguë septique du cholédoque provoque une cholécystite aiguë suppurée, et ce serait une faute de drainer le cholédoque plutôt que la vésicule (R. Leibovici). En cas de vésicule exclue transformée en hydrocholécystite, en cas de vésicule rétractée, malade, minuscule, scléro-atrophique, c'est le cholédoque qu'il faut drainer et non la vésicule, mais ce n'est déjà plus la cholécystostomie « à minima ». L'intervention devient d'autant plus choquante et plus grave qu'on risque de se laisser entraîner à tenter l'extraction du calcul. Il faut savoir s'arrêter au drainage de la voie biliaire et s'astreindre à remettre l'extraction du calcul à une opération ultérieure, faite à froid, et dans des conditions meilleures.

Entre ces extrêmes, les uns favorables, les autres très graves, il y a *toute la gamme des cas les plus divers*. Certains malades sont sans ictère et sans fièvre mais ils sont obèses, leur cœur est faible, leur sang coagule mal. D'autres paraissent en bon état, mais l'intervention découvre un carrefour sous-hépatique bloqué par des adhérences, un pédicule biliaire cartonné, un pancréas gros et induré. Bref, pour une raison, pour une autre, la découverte et l'extirpation du calcul s'avèrent longues, laborieuses et graves. Là encore, il faut savoir s'arrêter à temps et se contenter d'un simple anus biliaire. Ce n'est pas un aveu d'impuissance que de laisser momentanément un calcul dans l'ampoule et de se contenter d'une simple fistule biliaire. C'est un acte de prudence et de sécurité, et l'extirpation secondaire du calcul, grâce au radio-diagnostic, y gagnera en simplicité et en bénignité.

La voie biliaire drainée et le calcul repéré, faut-il

d'emblée intervenir ou peut-on essayer de débloquer l'ampoule par les *moyens médicaux ?* Deux sont à retenir, sur lesquels on a récemment insisté.

Le procédé de Pribram consiste à instiller quelques cc. d'éther dans la fistule. L'éther diffuse rapidement et arrive au contact du calcul. Son but n'est pas, comme y insiste Pribram, de le dissoudre entièrement « au sens physico-chimique du mot », mais de le ramollir par dissolution de la cholestérine s'il en contient. Il reste ainsi une boue molle qui peut passer par la papille. Pribram rapporte six cas avec six succès ; l'analyse de ces observations montre qu'il s'agissait plutôt de petits calculs mobiles, ou bien de boue biliaire. Il en est probablement de même dans l'observation de Basset. Tels sont les sept succès qui inaugurèrent la pratique de cette méthode. Il ne semble pas qu'ils se renouvelèrent beaucoup. Tout au contraire, plusieurs auteurs soulignent que comme seule la cholestérine peut se dissoudre, la méthode est absolument inefficace dans les calculs les plus fréquents, c'est-à-dire les mixtes et dans ceux à prédominance calcaire. Il faut également insister sur les dangers de la méthode. D'une part l'injection d'éther est régulièrement suivie de douleurs violentes et d'accès syncopaux impressionnants (Quivry). D'autre part, un accès fébrile en clocher, parfois élevé, survient presque toujours le lendemain de l'injection et le danger d'angiocholite est beaucoup plus grand ici qu'après injection de lipiodol (Mencière). Nous croyons donc que la méthode de Pribram est presque toujours inefficace, brutale, dangereuse, donc à rejeter. Ses échecs sont si nombreux, si évidents, qu'on ne les publie même plus.

L'épreuve de Meltzer-Lyon doit être préférée car plus physiologique. Elle donne toujours une forte chasse biliaire et, comme le dit Soupault, il est juste que l'on puisse l'appliquer au traitement des fistules biliaires et en particulier à l'expulsion d'un petit calcul enclavé de l'ampoule de Vater. L'analyse des observations publiées (Lyon, Soupault, Hillebrand) montre que, si cette épreuve peut supprimer le spasme, elle a toutes chances d'être incapable de chasser un calcul, s'il est réellement enclavé. D'autre part, elle est pénible et souvent refusée par les malades (R. Leibovici).

Nous croyons donc qu'en présence d'un calcul enclavé de l'ampoule de Vater *il est inutile de s'attarder outre mesure aux moyens médicaux et il est indispensable de faire l'ablation chirurgicale du calcul.* Au bout de combien de temps ? Il y a, bien entendu, lieu de faire varier le délai suivant l'intensité de l'atteinte de la cellule hépatique et la gravité de l'infection de la voie principale. Plus l'état du malade était sérieux lors de la première intervention plus la seconde devra être différée. Nous avons dit qu'il fallait attendre pour opérer « à blanc et à froid ». La déperdition prolongée de la bile peut dans certains cas provoquer des troubles sérieux, des hémorragies (Grekow) et dans ces cas notre maître R. Leibovici conseille l'administration de la propre bile du malade en lavement et goutte à goutte rectale.

Les soins pré-opératoires doivent, bien entendu, préparer au maximum le malade. L'insuffisance hépatique est particulièrement à craindre chez les malades chez qui la fistule ramène de la bile blanche. La médication soufrée (Gosset) et la gymnastique rythmique de la cellule hépatique (Pribram) sont les moyens médicaux les plus efficaces pour obtenir une amélioration rapide du fonctionnement hépatique. D'autre part, il faut penser au cœur, car ces malades sont très souvent porteurs d'une myocardite toxique latente et, comme l'enseigne notre maître A. Gosset, si les estomacs meurent par le poumon, les foies meurent par le cœur ; il est donc indispensable d'administrer la digitaline avant et l'adrénaline après l'intervention.

IV. — Quelques détails de technique opératoire de la taille trans-duodénale

Nous n'avons pas l'intention de reprendre la question de l'anesthésie des voies d'abord, de l'exposition de la loge sous-hépatique, de l'exploration des voies biliaires, du duodénum et du pancréas, de la conduite à tenir vis-à-vis de la vésicule — tout cela a été minutieusement décrit dans une série des travaux connus de notre maître A. Gosset. Nous n'insisterons pas sur l'utilité de l'anesthésie au cyclopropane et nous ne reviendrons pas sur les avantages de l'incision médiane, actuellement universalement adoptée.

Seuls quelques points particuliers à la cholédocotomie trans-duodénale nous intéresseront ici.

Faut-il faire le décollement duodéno-pancréatique, comme le préconisent presque tous les chirurgiens ? Comme l'enseigne notre maître R. Leibovici, le décollement étendu au pancréas est une manœuvre inutile, parfois dangereuse (choc, hémorragie, cellulite), et il faut savoir se contenter du *décollement duodénal.* Ce dernier doit à peine porter le nom de décollement car on récline plus que l'on décolle. Quoi qu'il en soit, c'est une manœuvre facile, sans danger, efficace, permettant d'explorer minutieusement le cholédoque juxta-duodénal. Le duodénum décollé, il faut essayer de remonter le calcul vers l'incision sus-duodénale. Souvent on réussit et la cholédocotomie restera supra-duodénale. Mais parfois le calcul est petit, enchassé, peu saillant, sans prise et dans ces cas il est indispensable de l'enlever par la taille trans-duodénale.

Comment ouvrir le duodénum ? On peut l'ouvrir soit transversalement, soit mieux longitudinalement. Les partisans de l'incision transversale invoquent en sa faveur ce qu'elle ménage les vaisseaux, qu'elle donne un jour suffisant et que sa suture n'expose pas au rétrécissement de l'intestin. Il arrive, en réalité, assez souvent que le chirurgien fait l'incision trop haut ou trop bas, ce qui a fait méconnaître à Albée une tumeur de l'ampoule de Vater, ce qui a obligé Ohl à adjoindre à l'incision transversale un débridement vertical. Aussi avec R. Leibovici, nous préférons *l'incision longitudinale* qui peut être allongée en haut ou en bas et qui suturée perpendiculairement à sa direction, suivant une ligne horizontale, non seulement ne rétrécit pas l'intestin, mais élargit son calibre. Il est, bien entendu, nécessaire de protéger la cavité péritonéale contre l'issue du couteau duodénal soit à l'aide de l'aspirateur électrique (Gosset), soit en

plaçant deux tampons au-dessus et au-dessous de l'ampoule de Vater (Kirschner).

Faut-il rechercher l'ampoule de Vater par la muqueuse ? On ne la voit jamais (Villard), on ne la trouve jamais (Pauchet). Avec R. Leibovici, nous croyons que cette recherche est toujours vaine et inutile, et *il est infiniment préférable de se servir d'une sonde intra-cholédocienne pour « extérioriser l'ampoule dans la lumière duodénale »*. Cette extériorisation de l'ampoule à l'aide de la sonde intra-cholédocienne est la manœuvre fondamentale. Elle « superficialise » l'ampoule et la région opératoire. Elle rend les gestes faciles et l'opération claire. Elle transforme une opération difficile et pénible en une opération aisée, facile, agréable. Avant de rechercher l'ampoule il faut commencer par introduire une sonde dans le cholédoque sus-duodénal, il faut la diriger par l'ouverture duodénale, en refoulant la paroi duodénale postérieure avec la papille et le calcul et en la présentant au bistouri.

Quant à la façon d'enlever le calcul, nous ne séparons pas trop les calculs de l'ampoule des calculs de la terminaison rétropancréatique. Selon les cas, on l'accouche ou on débride verticalement un capuchon muqueux ou une mince lamelle duodéno-pancréatique. Ce débridement se fait *sans hémorragie* et notre maître A. Gosset a été, une seule fois sur 6 cas, obligé de placer quelques ligatures sur les artérioles qui « donnaient ». Dans aucune des observations de R. Leibovici on n'a pas été gêné par l'hémorragie.

Comment traiter l'incision de la papille ou celle du cholédoque rétro-pancréatique ? « Si on fait la simple papillotomie, il faut laisser l'ampoule largement ouverte dans le duodénum et l'écoulement de la bile n'en serait que plus aisé » (Gosset). Vouloir à tout prix suturer l'ampoule incisée, c'est, à notre avis, s'exposer au danger d'un rétrécissement cicatriciel rapide et au danger de lier le canal de Wirsung. Si on fait la cholédocotomie trans-duodéno-pancréatique, R. Leibovici établit à l'exemple de Moskovicz, une anastomose cholédoco-duodénale bas-située, c'est-à-dire une véritable cholédoco-duodénostomie interne, en suturant par plusieurs points le pourtour de la muqueuse cholédocienne et de la muqueuse duodénale. L'établissement de cette anastomose peut parfois être gênée par une hémorragie en nappe, dans ce cas il suffit, comme le conseille Moskovicz, d'injecter quelques gouttes d'adrénaline au niveau de l'incision cholédoco-duodénale pour voir l'hémorragie cesser.

L'opération est terminée par une bonne suture de la paroi duodénale antérieure et le drainage du cholédoque sus-duodénal.

Grâce à ces détails de technique on transforme une opération difficile, pénible et grave en une opération « courte, facile et par là ayant toutes chances d'être bénigne » (R. Leibovici).

***

Le traitement post-opératoire, négligé par les classiques, nous paraît capital. *La pancréatite hémorragique* étant la complication la plus redoutée, il faut prendre toutes les précautions contre elle. En effet, on a opéré en pleine zone réflexogène, l'œdème pancréatique peut mener à l'apoplexie, l'œdème de la papille peut causer le reflux de la bile dans le Wirsung. En s'inspirant de la physiologie on peut instituer un traitement prophylactique certainement efficace.

Il faut freiner la sécrétion pancrétaique. Les lavages de l'estomac avec une solution saline, bicarbonate de soude par exemple, en neutralisant l'HCl du suc gastrique, diminue ou arrête la sécrétion pancréatique (Dolinski). On peut la freiner également en ajoutant 10 % de peptone de Witte à une solution d'HCl à 4 % (Frouin). D'autres auteurs préfèrent de grands lavages intestinaux (Walzel) ou des petites doses de belladone ou d'atropine.

Il faut surtout s'opposer à l'activation des ferments pancréatiques et avant tout de la trypsine, par l'administration des sels alcalins à forte concentration (Delezenne), d'éphédrine (Böshammer), d'insuline (P. Duval).

***

Quels sont les *résultats immédiats* et éloignés de la cholédocotomie transduodénale pour calcul de l'ampoule de Vater ?

Nous avons pu réunir et analyser 42 observations récentes (Gosset, 6 cas ; R. Leibovici 2 cas ; Robinson, 8 cas ; Walzel, 7 cas ; Fink, 3 cas ; Hartmann, 2 cas ; Villard, 3 cas ; Köhler, 4 cas ; Baumgartner, 1 cas ; Tuffier, 1 cas ; Souligoux, 1 cas ; Viannay, 1 cas ; Lehucher, 1 cas ; Pauchet, 1 cas ; Williams, 1 cas).

Sur 42 cas publiés, il y a eu 2 morts (Gosset, Fink), soit une mortalité opératoire de 5 %. Dans les 2 cas il s'agissait d'une forme grave de lithiase ampullaire avec ictère très intense et angiocholite. Dans les 2 cas on avait fait la cholédocotomie transduodénale en un seul temps. Nous avons suffisamment insisté sur l'utilité de la chirurgie cholédocienne en deux temps.

Sur 40 cas restants, 25 fois ont été précisées les suites éloignées ; dans tous les cas, la guérison a été parfaite, 15 fois au bout de 3 ans, 7 fois au bout de 5 ans, 3 fois au bout de 10 ans. Ces résultats éloignés excellents s'expliquent fort bien par l'absence de l'angiocholite secondaire et du reflux du contenu duodénal dans le cholédoque. Les recherches de Köhler sont formelles à cet égard : le reflux duodénal ne se voit que dans 25 % des cas ; il s'agit d'un reflux de courte durée, n'intéressant jamais les canalicules intra-hépatiques. Ainsi s'expliquent les bons résultats éloignés de la cholédocotomie transduodénale et les mauvais résultats éloignés de la cholédoco-duodénostomie (1).

(1) Pour les observations et la bibliographie voir : R. Leibovici et B. Y. Yovanovitch. Traitement chirurgical des calculs enclavés de la terminaison du cholédoque, Journal de Chirurgie (sous presse).

Rapports sur la valeur alimentaire des conserves et les garanties données aux consommateurs de conserves, publié à l'occasion du 1er Congrès international de la conserve, Paris, octobre 1937, par le Comité interprofessionnel de la conserve de France. 1 vol. grand in-8 de 183 pages. Pierre Peissi, 25, rue du Général-Foy, Paris (8e), 1938.

L'angine de poitrine, par Vital LASSANCE (de Bains-les-Bains). Un vol. de 204 pages illustré avec une préface du professeur R. LERICHE. Maloine, éditeur, 1938. Prix : 30 fr.

XLVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (1)

Troisième question mise à l'ordre du jour :

Sarcomes des muscles et des coulées conjonctives des membres

Résumé du Rapport
de MM. Pierre MOULONGUET (de Paris)
et Eugène POLLOSSON (de Lyon)

(Suite)

Soulignons la présence relativement fréquente de cartilage dans ces variétés de tumeur.

On a voulu voir dans la présence d'éléments osseux ou cartilagineux, un signe pronostique favorable. Il n'en est rien. Les cinq observations de ce genre rapportées par les auteurs, se sont toutes terminées plus ou moins rapidement par la mort.

D. — TUMEURS DE RÉCIDIVE OU DE CONTINUATION

La récidive sur place des sarcomes des coulées ou des muscles, est de règle. Les tumeurs récidivées présentent des caractères spéciaux, conséquences sans doute du traumatisme opératoire « in situ ».

Elles sont plus superficielles que la lésion initiale ; elles ont une tendance manifeste à distendre la cicatrice, à créer sur les téguments des fistules, voire des éclatements ; elles aboutissent à l'ulcération.

Elles sont moins facilement clivables. La capsule, du reste, n'existe pas toujours et l'ablation du néoplasme, si l'on juge opportun de la tenter, exige qu'on passe très au large des tissus malades. Même dans ces conditions, l'impression de l'opérateur est presque toujours déplorable.

E. — LES MÉTASTASES

Elles sont très fréquentes et se présentent parfois, alors que la tumeur paraît guérie. Leur siège le plus habituel est la plèvre et le poumon.

Les noyaux pleuro-pulmonaires se voient dans le tissu cellulaire sous-pleural, dans le parenchyme, sous forme de greffes superficielles ou profondes.

Les métastases sont également fréquentes dans le tissu cellulo-graisseux sous-mammaire. Elles sont plus rares dans l'abdomen ; mais on les trouve parfois dans le foie et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Les localisations osseuses sont possibles. Exceptionnellement, on assiste à de véritables explosions de métastases disséminées dans tout l'organisme.

Certaines tumeurs conjonctives bénignes sont signalées dans ce travail, en dépit de leur bénignité, parce qu'à l'œil nu, ces tumeurs ne sont pas reconnaissables du sarcome et qu'au microscope, leur identification demeure très difficile.

Ce sont des « *fibrocytomes mycoïdes* ». Ces tumeurs siègent dans le tissu cellulaire des membres, du membre inférieur en particulier, et de préférence dans les muscles. Elles affectent l'aspect d'une gelée gluante rappelant la gelée de pomme ou la gelée de groseille claire.

A côté de ces néoplasmes toujours bénins, il faut ranger les tumeurs à myéloplaxes, ou « *xanthogranulomes* » si facilement prises pour des sarcomes.

Pour les unes et les autres, il convient d'avouer que ni la localisation, ni l'aspect, ni la consistance, ni la couleur n'autorisent à affirmer la nature de ces tumeurs et à préjuger de leur évolution.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 86, du 26 oct., p. 1376 ; n° 90, du 9 nov., p. 1430; n° 92, du 16 nov., p. 1470; n° 93. du 19 nov., p. 1484 ; n° 94, du 23 nov., p. 1501.

Anatomie pathologique microscopique

Avec beaucoup de compétence, les auteurs traitent ce chapitre, en considérant successivement : les sarcomes à cellules mésenchymateuses primitives, les sarcomes fibroblastiques, les sarcomes lipoblastiques, les tumeurs rhabdoblastiques, les sarcomes ostéoblastiques, les sarcomes angioblastiques.

Un alinéa est spécialement consacré aux fausses tumeurs ties molles : des xanthogranulomes.

On conçoit que cette partie capitale du rapport se prête mal à l'analyse. Il faut tout lire dans le texte qu'éclairent des parties molles : les xanthogranulomes.

Etude clinique

LES SYMPTÔMES

A. — Les sarcomes des coulées conjonctives :

Les auteurs choisissent comme type de leur description le cas le plus fréquemment observé. Il s'agit d'un sarcome de la cuisse.

Au début, la tumeur passe inaperçue. Son évolution ne présente aucun caractère saillant. C'est du reste, par hasard que le malade ou son entourage perçoivent l'augmentation de volume du membre. Cette augmentation s'est faire rapidement, parfois à l'occasion d'un traumatisme. A partir de ce moment, l'élément caractéristique du tableau clinique, c'est la tumeur.

Celle-ci se montre généralement arrondie, quelquefois lobulée. Elle donne l'impression, tantôt de pénétration, tantôt de résistance nettement accusée.

Après un temps, la tumeur tend à faire saillie à l'extérieur et distend considérablement la peau. Aucun signe fonctionnel ; quelques douleurs sourdes et vagues seulement sont à considérer.

Rarement, on note des troubles compressifs au niveau des vaisseaux et des nerfs.

L'intégrité des régions lymphatiques tributaires est de règle. Au total, la clinique ne fait que refléter les notions anatomiques déjà exposées ; ce sont les caractères des tumeurs encapsulées.

La radiographie ne révèle aucune modification du squelette. L'état général demeure satisfaisant. Il n'y a pas de fièvre.

La recherche des métastases au niveau du poumon est d'une grande importance diagnostique ; la découverte fortuite d'une métastase pulmonaire a permis souvent le diagnostic rétrospectif d'un sarcome jusqu'alors méconnu.

B. — LES SARCOMES DES MUSCLES

Ici la symptomatologie est un peu différente, tout au moins au début. La localisation intra-musculaire du sarcome attire l'attention plus précocement. C'est ainsi qu'une déchirure musculaire au voisinage de la tumeur entraîne des douleurs et des ecchymoses commandant un examen approfondi.

La tuméfaction est toujours indolente, mobile, indépendante des organes voisins, en apparence tout au moins. Mais si l'on provoque une contraction musculaire, on voit la masse s'immobiliser, devenir à la fois plus dure et plus petite. Par ce procédé, on arrive très aisément à différencier le muscle porteur de la tumeur. Des crampes douloureuses se manifestent précocement.

C. — TUMEURS DE RÉCIDIVE OU DE CONTINUATION

La récidive est caractéristique de l'évolution de ces tumeurs. Quand elle se produit, c'est sous forme de petites masses arrondies conservant l'aspect du néoplasme initial. Comme lui, elles demeurent clivables et extirpables. Elles

sont modifiées dans leur aspect du fait du traumatisme opératoire et des délabrements qui l'ont suivi. La cicatrice est étalée, amincie, violacée, la peau aux alentours est chaude ; la circulation veineuse s'y montre particulièrement développée. La tumeur récidivée est toujours superficielle et diffuse.

D. — Sarcomes superficiels

Ceux-ci ont à s'y méprendre, l'aspect des tumeurs récidivées.

Evolution et diagnostic

Si l'on veut bien mettre à part les observations concernant les sarcomes superficiels [10 observations avec 4 morts et 6 guérisons], on est obligé de conclure avec les rapporteurs que 77 morts de leurs statistique s'opposent à 15 guérisons seulement.

C'est là le résultat d'une statistique minutieusement dressée et ne se rapportant qu'aux cas traités. Quel est l'avenir des malades non soignés ?

Il est pénible de penser que les métastases s'observent surtout quand le sujet a été opéré. C'est la vérification brutale, mais vraie de la loi de l'athrepsie d'Ehrlich, suivant laquelle l'ablation d'une tumeur maligne primitive entraîne le développement rapide de métastases jusque-là inhibées justement par la présence de la tumeur primitive.

Cette fatalité dans l'évolution paraît dépendre de l'âge, du siège de la tumeur et de l'image histologique. Les rapporteurs ont dressé des tableaux récapitulatifs fort instructifs, que le lecteur doit consulter.

« L'impression générale qui se dégage en conclusion est de toute évidence très pessimiste. C'est une histoire très sombre. Il y a des cas exceptionnels de guérison. Il y a aussi des tumeurs à malignité atténuée, à évolution ralentie qui permettent une lutte thérapeutique acharnée. »

Mais ces années de survie se passent dans l'angoisse des opérations successives. « Et tous sont morts ! »

Diagnostic

Toutes les fois où le clinicien se trouve en présence d'un sarcome des parties molles, étant donné la gravité du pronostic et l'importance de la thérapeutique, il doit épuiser toutes les hypothèses de bénignité, avant de se résoudre à la triste réalité.

La biopsie, quelle que soit sa modalité, n'est jamais sans danger. Mieux vaut peut-être enlever la tumeur en totalité.

Le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs cutanées et sous-cutanées, avec les affections squelettiques, la syphilis et la tuberculose musculaires, les myosites, les lésions parasitaires, les tumeurs bénignes des parties molles [lipomes profonds, angiomes musculaires, tumeurs bénignes des nerfs, névromes plexiformes, tumeurs des tendons, des gaines synoviales et des bourses séreuses, etc.

Les tumeurs bénignes étant ainsi éliminées, reste à différencier les sarcomes des coulées et des muscles de tous les néoplasmes malins.

Il est difficile de résumer un chapitre aussi complet, de l'aveu même des rapporteurs. Mais il importe de souligner le rôle des examens histologiques.

Les progrès réalisés à ce point de vue sont considérables et le terme de « faux sarcomes » doit disparaître de la nomenclature. Il reste cependant fort à faire pour distinguer les différentes néoplasies, et pour fixer leur pronostic.

Les raisons d'espérer résident dans la collaboration du chirurgien et de l'histopathologiste.

Traitement

Il est d'abord prophylactique : toute tumeur conjonctive manifestement bénigne doit être extirpée.

En présence d'une tumeur reconnue maligne, la thérapeutique relève, soit de la chirurgie, soit des méthodes physiothérapiques.

Le chirurgien peut procéder à l'*énucléation*. Celle-ci n'a qu'un avantage : sa facilité d'exécution. Elle demeure condamnable, étant connue l'émigration des cellules sarcomateuses.

L'*ablation large* seule est de mise. Sa modalité habituelle est la myomectomie. On sait que les exérèses musculaires même étendues sont bénignes et n'entraînent pas de troubles graves, à condition d'être réalisées au grand jour.

Les amputations et les *désarticulations* constitueront des sacrifices souvent nécessaires.

Le traitement par les rayons filtrés et champs croisés et par le radium ne sont pas sans inconvénients, mais rendent parfois de précieux services. En cas d'insuccès, le malade relève sans retard du chirurgien.

Des tableaux synoptiques donnent les résultats thérapeutiques. De leur lecture, il ressort nettement que le plus souvent, le traitement doit être chirurgical et toujours très mutilant : désarticulations inter-scapulo-thoraciques, interilio-abdominales, par exemple.

A ce prix seulement, quelques rares guérisons seront possibles.

Discussion :

M. Gordon Taylor (de Londres), invité du Congrès, relate 62 cas des tumeurs étudiées par les rapporteurs ; 19 cas constituent des observations personnelles ; 43 sont des observations empruntées à des collègues anglais.

S'appuyant sur cette statistique, l'auteur insiste sur les erreurs de diagnostic fréquentes.

Le grand problème de l'apparition des tumeurs, à la suite d'un traumatisme, mérite d'être étudié avec soin.

Les possibilités thérapeutiques du radium ne doivent pas être niées, mais sous certaines conditions.

L'auteur confirme l'opinion émise par les rapporteurs : dans l'état actuel de nos connaissances, le meilleur traitement est d'ordre chirurgical.

Une série d'intéressantes projections appuie les affirmations de l'auteur, quant à ces différents problèmes.

M. Tixier (de Lyon) s'est montré pendant de longues années, d'un optimisme très relatif.

Comme tous les chirurgiens, il avait été souvent favorablement impressionné par la facilité de l'acte opératoire. Mais il n'a pas oublié les suites parfois tragiques, après une intervention au total satisfaisante, pratiquée dans de bonnes conditions et de bonne heure.

Présentement, il approuve les conclusions des rapporteurs : la gravité des sarcomes, des coulées conjonctives et des muscles impose une chirurgie radicale d'emblée.

M. Béclère (de Paris), est d'avis que les irradiations pénétrantes ont indiquées dans le traitement de tous les sarcomes. 30 p. 100 d'entre eux sont radio-sensibles, et sur ces 30 p. 100, 10 p. 100 restent guéris après trois ans.

Il est difficile de diagnostiquer cette radio-sensibilité ; d'où la conclusion de l'auteur d'irradier toutes ces tumeurs.

Si ce traitement amène une régression, on a évité une mutilation grave. Sinon, l'opération quelque peu retardée, reste toujours indiquée.

MM. Hainaut et Grimault (de Nancy-Algrange) présentent deux observations de sarcomes des coulées conjonctives. Il s'agit .

1° D'un angiome à évolution rapide, récidivé deux mois après l'ablation ;

2° D'un sarcome fuso-cellulaire se maintenant guéri depuis quatre ans.

Ce sarcome avait évolué en deux phases. D'abord, petite tumeur indolore, il augmenta brusquement de volume. Les auteurs voient, dans ces conditions cliniques un signe plutôt favorable, quant au pronostic Ils soulignent que ces tumeurs sont radio-sensibles et citent un cas jugé inopérable, où la tumeur a disparu sous l'action des rayons et dont la guérison se poursuit depuis dix-huit mois.

Grâce à une intervention précoce et au traitement radiothérapique bien conduit, il est permis d'espérer que le pronostic de ces sarcomes ira en s'améliorant ; mais des progrès ont à réaliser dans la technique chirurgicale et radiothérapique.

E.-A. DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1938

A propos du procès-verbal M. Michon rapporte une observation relatant des accidents intestinaux liés à la présence d'une pince de Péan qui avait pénétré en partie dans l'intestin grêle. Une résection intestinale est nécessaire et permet d'obtenir la guérison.

Anthrax de la lèvre supérieure compliqué de thrombophlébite du sinus caverneux, par MM. J. Gosset et L. Léger.

A propos des anthrax de la lèvre supérieure compliqués thrombo-phlébite du sinus caverneux, par M. Charbonnier.

M. Toupet résume tout d'abord les 3 observations de M. Charbonnier qui sont des anthrax de la lèvre supérieure sans thrombose véritable du sinus caverneux.

Il n'en était pas de même dans l'observation de MM. J. Gosset et L. Léger bien que comme le montrent les auteurs, il n'y ait aucun signe pathognomonique de la thrombo-phlébite du sinus caverneux. Dans les cas observés par M. Terrasse et dont il a fait les autopsies, il y avait cliniquement un syndrome typique ; anatomiquement on n'a trouvé de thrombo-phlébite du sinus caverneux que dans la moitié des cas. M. J. Gosset n'a relevé dans la littérature que 9 cas guéris de thrombo-phlébite du sinus caverneux.

M. Lardennois ne croit pas en effet que l'on puisse se baser sur les signes oculaires pour porter le diagnostic d'une thrombo-phlébite du sinus caverneux ; les accidents locaux pourraient s'expliquer par l'inflammation de tout le tissu cellulaire de la cavité oculaire. Il en cite deux exemples observés par lui.

M. Béclère souligne l'action de la radiothérapie sur ces lésions cutanées de la face et l'intérêt de commencer rapidement ce traitement.

M. Gatellier croit que lorsque l'anthrax est nettement déclaré, la radiothérapie présente peut-être quelque inconvénient.

M. Moulonguet rapporte une observation dans laquelle il y aurait eu échec de la radiothérapie.

Kyste du grand épiploon. — M. Fèvre rapporte cette observation due à M. Antonio Dias. Il s'agirait d'un lymphangiome kystique opéré chez une fillette.

Cette lésion ne paraît pas très fréquente, l'évolution est lente, dominée d'abord par l'augmentation de volume de l'abdomen et tardivement par une atteinte de l'état général et des douleurs abdominales. L'extirpation est en règle facile, à moins que le kyste n'ait déjà contracté des adhérences importantes.

Artérite aiguë des deux membres inférieurs au cours d'une dysenterie bacillaire. — Observation de MM. Du Bourguet et Perrignon De Troyes, rapportée par M. Sauvé.

Fracture transcotyloïdienne du bassin avec luxation pelvienne de la tête fémorale. — M. Cadenat fait un rapport sur cette observation de M. Gandy. Il semble d'ailleurs qu'il se soit agit d'une fausse luxation intra-pelvienne de la tête, l'auvent cotyloïdien et la tête étant restés en place ; seul le fond cotyloïdien a pénétré dans le bassin.

M. Leveuf croit qu'il faut préciser les termes employés ; il n'y a pas luxation de la tête fémorale, mais pénétration dans le bassin.

Opération de Coffey dans l'extrophie vésicale. — M. Fèvre a pratiqué cinq fois cette opération, 3 opérés ayant subi les deux implantations de l'uretère dans le colon sigmoïde, deux autres étant encore en cours de traitement.

A la suite des implantations, on observe presque toujours une poussée de pyélonéphrite qui cède plus ou moins rapidement aux traitements antiinfectieux.

M. Fèvre souligne que le premier temps n'a jamais donné d'ennuis ; pour le deuxième temps un décès sur 3 cas opérés des deux côtés.

M. Chevassu se demande si l'on peut réaliser chez l'enfant la technique de Coffey n° 3 ; même chez l'adulte il n'est pas commode de réaliser une traversée transmusculeuse correcte.

A propos d'un cas de torsion des annexes saines. — M. Basset rapporte l'observation d'une jeune fille qui présentait des crises douloureuses abdominales très intenses. L'intervention confirme le diagnostic clinique en montrant une torsion autour de la trompe et du pédicule utéro-ovarien. Ablation des annexes, guérison.

Présentation d'une petite fille opérée en 1936 d'une tumeur maligne du rein droit. — La néphrectomie fut suivie de plusieurs séances de télécuriethérapie. — M. Martin attribue la survie prolongée du fait que la tumeur a été enlevée très précocement.

Séance du 2 novembre 1938

Sur 2.157 cas d'anesthésie à l'Evipan. — M. Lardennois rapporte ce travail de M. Laquière qui n'a jamais eu qu'à se louer de cet anesthésique ; dans seulement 18 cas il a été nécessaire de compléter l'injection d'évipan par un autre anesthésique.

Actinomycose pulmonaire à forme d'abcès chaud. — M. Moulonguet rapporte cette observation qui ne présentait nullement l'aspect habituel des mycoses pulmonaires. Chez un homme de 65 ans, on fait le diagnostic de pleurésie purulente qui est évacuée par pleurotomie. Secondairement on est amené à faire une pneumotomie pour évacuer une collection intra-pulmonaire. Les examens histologiques viennent montrer qu'il s'agit d'une actinomycose et le traitement iodo-ioduré amène seul la guérison de la fistule secondaire à la pneumotomie.

M. Moulonguet cite quelques observations rapportées, mais dans lesquelles il y avait une autre manifestation due au champignon (gommes, etc...).

M. Monod rappelle deux cas dans lesquels il a observé l'association de mycose pulmonaire et d'un néoplasme du poumon.

Le fonctionnement de la bouche après gastrectomie horizontale et anse iso-péristaltique. — MM. MOURE, ORSONI et BONCOUR sont satisfaits de cette technique ; la section horizontale permet d'enlever une portion plus importante de la grande courbure sur laquelle se prolonge la zone acide de l'estomac ; M. Moure insiste d'autre part sur la nécessité d'un dépouillement vasculo-nerveux minutieux de la petite courbure.

M. Moure présente un certain nombre de clichés montrant la qualité du fonctionnement de l'anastomose.

M. Lardennois reproche au procédé de M. Moure l'insuffisance de la résection gastrique effectuée dans ces conditions.

M. J.-Ch. Bloch n'utilise plus les anastomoses à anse iso péristaltique, toute anastomose faite de cette façon modifie la direction de la première anse jéjunale et entraîne de ce fait une gêne à l'évacuation.

M. Desplas croit qu'il faut faire l'anastomose le plus près de l'angle duodéno-jéjunal. Il rejette d'autre part l'emploi de clans au cours de l'intervention.

M. Sénèque estime que ce sont les contractions de l'intestin grêle qui entraîne l'apparition des contractions au niveau du bas fond gastrique. Il a constaté l'existence d'un léger reflux duodénal dans 8 à 10 % des cas.

La résection modelante du rebord cotyloïdien dans les arthrites sèches de la hanche. — M. SORREL repoche à la résection arthroplastique sa gravité, ce qui fait éliminer les sujets dont l'état général et l'âge ne le permettent pas ; il a donc utilisé l'intervention défendue par Smith Petersen : résection du bord supérieur du cotyle qu'on agrandit et qu'on creuse ; la tête fémorale déformée retrouve une bonne mobilité indolente. L'opération est bénigne et la marche peut être reprise au bout de 15 jours environ.

M. Sorrel a opéré six cas avec résultats immédiats excellents et Smith Petersen considère que les résultats se maintiennent.

M. Mathieu estime que la cheilectomie ne peut être mise en parallèle avec l'opération de Whitmann ; elle n'est justifiable sans doute que dans des cas limités.

Présentations de malades opérés par artériectomie pour syndrome de Volkmaun, par MM. LEVEUF et FUNCK-BRENTANO. — M. Leveuf souligne que l'artériectomie ne saurait agir sur la rétraction vraie qui ne s'installe qu'environ au 30e jour ; d'autre part, il n'y a pas de parallélisme entre le syndrome vasculaire et le syndrome nerveux.

Présentation d'une malade : **Désarticulation de la hanche pour ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur datant de 18 mois.** — M. SORREL.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1938

Etude du pouvoir broncho-constricteur des dérivés de la choline. — MM. L. BINET et M. BURSTEIN présentent une nouvelle technique expérimentale facilitant l'étude de la broncho-motricité.

Ils soulignent le pouvoir broncho-constricteur des dérivés de la choline, et en particulier, celui de la carbamylcholine.

Toxoplasmose spontanée du chimpanzé. — MM. L. KOPCIOWSKA et S. NICOLAU ont trouvé un chimpanzé atteint de toxoplasmose spontanée à localisation encéphalique. L'infection paraissait chronique, la maladie datant probablement de longtemps.

Neuroinfection autostérilisée à virus de la maladie d'Aujesky chez le chimpanzé. — MM. S. NICOLAU, L. CRUVEILHIER, C. TRUCHE, L. KOPCIOWSKA et C. VIALA ont infecté un chimpanzé par voie intracérébrale, avec le virus de la maladie d'Aujeszky. L'animal a fait une maladie légère traduite par des oscillations thermiques, des tremblements et par de l'inappétence. Cette maladie a guéri par la suite, du fait d'une autostérilisation, laissant sur place quelques vestiges, tels qu'altérations des neurones et des cellules gliales, infiltrations parenchymateuses, processus de périvascularite.

Sur l'histaminémie plasmatique et globulaire. Son évolution au cours du choc peptonique du chien. — MM. TINEL, G. UNGAR et J.-L. PARROT ont constaté que l'histamine contenue dans les globules sanguins reste au même taux dans les cas où l'histamine du plasma subit des variations importantes. Il en est ainsi, en particulier, dans le choc peptonique, où l'on assiste à une forte augmentation de l'histaminémie plasmatique, proportionnelle à la baisse de la pression artérielle.

Etude des variations du glutathion hépatique du rat albinos en fonction de la croissance. — MM. TURPIN, J. SERANE et J. VALLETTA. Le taux du glutathion hépatique, total et réduit, du rat albinos diminue à mesure que le développement de l'animal se poursuit, de la naissance à l'âge adulte. Cette chute est plus rapide de la naissance à 3 mois que de 3 mois à 6 mois. A partir du 6e mois, elle s'arrête et les dosages donnent des résultats très stables. Les variations du glutathion total et celles du glutathion réduit sont à peu près parallèles. Quand on enrichit artificiellement en glutathion le foie du rat albinos par des injections d'allylthiourée, la limite atteinte varie néanmoins avec l'âge, elle est plus élevée chez le nouveau-né que chez l'adulte.

La diminution observée à l'état normal, de la naissance à l'âge adulte est solidaire de la croissance, et les facteurs ambiants ne semblent pouvoir agir que dans les limites tracées par l'âge.

Variations de la charge électrique des germes au cours du développement de leurs cultures. — M. R. SEIGNEURIN montre que dans le cas des bacilles d'Eberth et Paratyphiques B, la charge électrique positive affecte électivement les éléments des cultures jeunes. Leur vieillissement, au contraire, entraîne une négativation des charges. Mais vers la neuvième heure de culture environ, il constate que les bacilles redeviennent électropositifs. Or, il y a parallélisme entre les courbes de variations en fonction du temps, de la charge électrique et du nombre des germes. C'est donc entre les périodes de latence du développement des cultures ou à leur fin, c'est-à-dire pendant (au début ou à la fin) des premières phases de croissance, que se manifeste la charge positive maxima.

De la nature de l'immunité spécifique vis-à-vis du sarcome de Rous. — MM. A. BESREDKA et L. GROSS. Chez les poules hyperimmunisées pour le sarcome de Rous, le sérum ne renferme pas d'anticorps, leur immunisation s'effectue sans participation de ces derniers, bref l'immunité antisarcomateuse est de nature uniquement cellulaire.

Titrage des sérums anti-œdématiens. — MM. WEINBERG et GUILLAUMIE ont montré que la méthode classique de titrage des sérums antitoxiques ne donne pas de résultats précis, comparables, lorsqu'elle est appliquée à l'étude des sérums anti-*perfringens*. Cela tient à ce que la dose-test de toxine, établie avec un même sérum standard, varie

non seulement avec les toxines du *B. perfringens* utilisées, mais aussi avec les échantillons de toxine préparés avec une même souche microbienne, mais à des dates différentes.

Les auteurs ont proposé, afin d'obtenir des résultats plus précis, d'utiliser non seulement un même sérum standard, mais aussi un même échantillon de toxine *perfringens*.

Ils ont obtenu pour le sérum anti-histolytique des chiffres qui diffèrent au plus de 13 p. 100. Des différences analogues (de 15 à 22 p. 100) ont été notées pour le sérum *anti-œdematiens*.

La méthode des injections intraveineuses donne, dans le titrage des sérums *anti-œdematiens*, une précision aussi grande que celle des injections sous-cutanées. Ils pensent donc qu'il serait logique en vue d'unifier les méthodes de titrage de tous les sérums anti-gangréneux, d'adopter la voie intraveineuse pour les sérums *anti-œdematiens*.

Action de divers agents pharmacodynamiques sur les changements du volume du rein après excitations urétéro-pyéliques. — MM. Bariéty et Mlle D. Kohler tirent de leurs expériences les conclusions suivantes : l'ésérine, qui renforce les effets de l'excitation des nerfs cholinergiques, augmente considérablement la réponse volumétrique du rein à diverses excitations urétéro-pyéliques, mais à condition que l'innervation rénale soit intacte. Il en est de même, quoique à un degré moindre, de l'atropine. L'yohimbine, qui, indirectement, par suppression de l'action antagoniste, agit dans le même sens que l'ésérine, augmente la réponse volumétrique du rein, que celui-ci soit intact ou énervé. Au contraire, la cocaïne ne la modifie guère.

Sur les gonoblastes de la vipère. — M. A. Peyron expose dans une note préliminaire les premiers résultats concernant l'étude des cellules génitales chez l'embryon de vipère et en particulier leur migration dans les vaisseaux qui ne s'observe en général pas chez les amphibiens.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 octobre 1938

Forme ganglionnaire pure de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. Jean Troisier et Ortholan. Femme de 45 ans présentant une adénopathie cervicale et axillaire. A la radio, lésions pulmonaires micro-nodulaires et réticulaires diffuses, latentes cliniquement ; réaction à la tuberculine négative, inoculations expérimentales sans résultats. L'évolution régressive vers la guérison permit d'admettre le diagnostic de Besnier-Bœck-Schaumann. M. Bezançon, M. Weill-Hallé estiment que rien dans l'examen radiologique, ne rappelle la tuberculose, et M. Flandin estime qu'en pareil cas, on doit penser à la lèpre.

Un cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme ganglio-pulmonaire. — MM. Lejard et Canetti. Jeune homme atteint d'une adénopathie inguinale et médiastinale, demeurant stationnaire pendant six mois ; survint une dissémination granulique, sans aucun signe général et qui régresse en cinq mois. Le diagnostic de la maladie en question est démontré par la coexistence d'un iritis, le résultat négatif des inoculations et la négativité des réactions tuberculiniques. Les auteurs signalent l'importance des manifestations ganglio-pulmonaires dans la lymphogranulomatose bénigne.

Action de la sulfamido-pyridine (693) sur le pneumocoque. — M. Benda. L'auteur estime que la sulfamido-pyridine est moins toxique que la sulfamide et plus efficace dans le traitement des pneumococcies pures. Il se croit donc autorisé à parler de l'action quasi-élective du 693 sur le pneumocoque et surtout à en recommander l'emploi, de préférence à la sulfamide, dans tous les cas où le pneumocoque est en cause.

Traitement de la pneumonie par les sérums antipneumococciques. — M. SUAREZ (Chili). L'auteur relate les succès qu'il a obtenus par l'emploi des sérums antipneumococciques pécifiques. Après avoir identifié le pneumocoque, on injecte le sérum par voie veineuse à la dose de 200 300 cm^3 par jour. Améliorations très rapides, même dans les cas graves. Cette méthode permet de voir tomber la mortalité de 28 p. 100 à moins de 2 p. 100.

M. Troisier insiste également sur les très heureux résultats de la sérothérapie antipneumococcique et sur l'intérêt de l'identification systématique des pneumocoques en cause.

A propos du cancer du poumon. — M. BÉCLÈRE constate que l'on met heureusement en évidence l'origine presque toujours bronchique du cancer du poumon ; il pense que la substitution du terme de cancer bronchique à celui de cancer du poumon, aura l'avantage d'inciter les médecins à recourir souvent à la bronchoscopie.

Dissociation auriculo-ventriculaire isorythmique au cours du rhumatisme articulaire aigu. — MM. RIVOALEN, GALLOIS, GUILLERMIN et RICHE. Cinq cas de dissociations observés au début de la maladie de Bouillaud. Il s'agirait pour les auteurs d'un cas assez fréquent, mais rarement bien mis en évidence ; ce qui tient sans doute à la fugacité des troubles, qui ne résistent pas au traitement salicylé et qui se terminent par un bloc fruste résistant à la thérapeutique.

Pour M. Lenègre, ces troubles décèlent l'atteinte du cœur, alors que les signes cliniques sont muets et pathogéniquement, ils démontrent l'existence de pertubations non organiques du système Hisien.

LIVRES NOUVEAUX

La bufothérapie, Une médication nouvelle par le venin de crapaud. Docteur Robert CORNILLEAU, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 broché. Prix : 10 fr. (Librairie médicale Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Ce curieux petit livre s'ouvre par une citation de Shakespeare et un historique de la place que tenait le crapaud dans la médecine ancienne. La bufothérapie est l'utilisation médicale du venin de crapaud d'après ses propriétés physiologiques (toni-cardiaque, vaso-constrictive, hypersecrétante, hémostatique) nettement établies par de nombreux travaux modernes. Il y a là une médication nouvelle et puissante, dont l'action biologique fait sentir ses effets sur tout l'organisme, par l'intermédiaire du sympathique et des glandes endocrines.

L'auteur apporte loyalement les résultats d'une expérimentation personnelle. Dans certains cancers, non généralisés, notamment dans les cancers de l'utérus, de la vessie et du rectum, la bufothérapie a permis d'enregistrer des succès remarquables.

Introduction à la chirurgie digestive, par E.-E. LAUWERS. Préface du professeur P. DUVAL. Un volume de 224 pages, 38 fr. — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'introduction à la chirurgie digestive vient à la suite d'autres « Introductions » dans lesquelles l'auteur a présenté les diverses branches de la chirurgie.

« Celle-ci est bien une introduction », écrit le professeur P. Duval dans sa préface : elle est aussi bien une conclusion. Elle montre aux débutants tous les problèmes généraux de cette chirurgie particulière, elle est pour ceux qui l'ont pratiquée une belle synthèse.

La « chirurgie digestive » se présente aujourd'hui comme la déduction de connaissances multiples et diverses, anatomie normale, physiologie normale et pathologique, chimie organique, biologie générale et organique. Toute sa technique doit être dominée par la recherche du rétablissement fonctionnel, par le souci de ne pas créer une « maladie opératoire ».

Ces notions fondamentales sont à la base même de ce travail.

« C'est pourquoi ce livre s'adresse aussi bien aux débutants qu'aux chirurgiens expérimentés. A tous, dans la véritable brousse des données actuelles de la pathologie du tube digestif, il montre les grandes voies qu'il faut prendre pour s'initier à la « chirurgie digestive » mais auxquelles, aussi, il faut toujours revenir comme axes de direction, lorsque, expérimenté, on s'engage dans les terrains peu défrichés de la découverte. »

Vient de paraître :

Le **Dictionnaire de Spécialités pharmaceutiques**, par Louis VIDAL (XXe Édition, 1939).

L'ouvrage de 2.192 pages (10,5 × 16,5), de maniement commode, luxueusement relié, comprend trois parties :

1° Le Dictionnaire proprement dit, où sont groupés de nombreuses documentations nouvelles ; des textes anciens souvent remaniés et complétés ; une sélection rigoureuse permettant les prescriptions aux assurés sociaux.

2° La Nomenclature nominale des Spécialités pharmaceutiques avec adresse des fabricants a également été mise à jour, ainsi que :

3° La Nomenclature des Spécialités, classées par laboratoires, qui permet de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le Dictionnaire de Spécialités pharmaceutiques, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, reste pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera, comme par le passé, à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé. — Office de vulgarisation pharmaceutique, 11, rue Quentin-Bauchart, Paris (8e).

PRATIQUE MÉDICALE

Au sujet du diagnostic et du traitement des tuberculoses rénales larvées (1), par MM. le prof. R. DARGET et M. BOILEAU (Bordeaux) :

Les auteurs insistent sur la nécessité d'un diagnostic très précoce de la tuberculose rénale, avant la constitution des lésions. De l'étude d'un nombre assez considérable de malades venus à leur consultation, ils ont dégagé la notion suivante : le stade de début de la tuberculose peut être soupçonné, lorsqu'il existe dans l'urine des sujets présentant des troubles de cystite, en l'absence de tout autre germe, en même temps qu'une réaction polynucléaire indiscutable, soit un sédiment de mucus hyalin avec formes acido-résistantes anormales, où la microculture jusqu'ici a été négative, soit un sédiment de polynucléaires avec les mêmes formes acido-résistantes anormales, où la microculture a pu, parfois, être obtenue, soit enfin un sédiment avec pyurie légère et très rares bacilles de Koch typiques, mais où le déficit du rein reste inappréciable. Ces cas paraissent justiciables d'un traitement médical, dans lequel l'Allergine de Jousset joue un grand rôle.

(1) *Journal d'Urologie*, novembre 1937.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.


BULGARINE
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 96. — MERCREDI 30 NOVEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Externat des hôpitaux.* — Jury : MM. les docteurs Moussoir, Kaplan, Worms, Delay, Mouchet, Patel, Merle d'Aubigné, Seillé.

Spécialiste désigné par le sort : M. le docteur Sureau.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Mondor, agrégé, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Patel est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. Cotte est nommé professeur de clinique gynécologique.

Légion d'honneur. — INTÉRIEUR (ALGÉRIE). — *Officier :* le docteur Borderes, à Saint-Cloud-Oran.

Chevalier : le docteur Mathieu, à Alger.

Chevalier : M. Rougy, médecin-chef de la clinique mutualiste des Bouches-du-Rhône.

Inspection départementale d'hygiène. — M. le docteur Leconte, inspecteur départemental d'hygiène de la Haute-Savoie, a été affecté, sur sa demande, dans le département des Hautes-Alpes.

M. le docteur Olieu, inspecteur départemental d'hygiène des Hautes-Alpes, a été affecté, sur sa demande. dans le département de la Haute-Savoie.

Enfants assistés de la Seine. — Une Commission spéciale se réunira à l'Administration générale de l'Assistance publique, dans le courant du mois de décembre en vue de procéder au classement des candidats déclarés aptes aux fonctions de médecins des consultations départementales de nourrissons de la Seine.

Les docteurs en médecine désireux de faire acte de candidature devront se faire inscrire à l'Administration centrale 3, avenue Victoria, Service des Enfants secourus et de la Protection du premier âge, jusqu'au 14 décembre 1938, dernier délai. Ils devront justifier de la qualité de Français et produire, à l'appui de leur inscription, leur diplôme de doctorat, un exposé de titres rédigé par leurs soins, ainsi que tous certificats émanant des chefs de services d'enfants ou de consultattions de nourrissons auxquels ils ont été attachés. Ces certificats devront mentionner la durée des fonctions et l'appréciation des chefs de services.

Prix de la Société médicale des hôpitaux de Paris. —1° Prix Gingeot (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « *Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépatobiliaires* ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° Prix Paul Le Gendre (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : « *Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical* ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être

déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

IXe Congrès national de la Tuberculose. — Le IXe Congrès national de la Tuberculose, organisé par le Comité national de Défense contre la Tuberculose, l'Office d'Hygiène sociale du département du Nord et la Ligue du Nord contre la Tuberculose, se tiendra à Lille, les 11, 12 et 13 avril 1939.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. *Question biologique :* Caractères distinctifs et rôle des divers types bacillaires autres que le bacille humain dans l'infection tuberculeuse de l'homme.

II. *Question clinique :* Les exsudats puriformes et purulents du pneumothorax thérapeutique et leur traitement.

III. *Question médico-sociale :* La prophylaxie antituberculeuse par les examens systématiques des collectivités.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE A RÉUNI LA PRESSE POLITIQUE ET MÉDICALE

Le 21 novembre, le docteur Boëlle, président du Syndicat des Médecins de la Seine, a convoqué les représentants des grands journaux parisiens et de la presse médicale *pour leur exposer les revendications des praticiens contre l'état présent de l'exercice de la médecine dans la région parisienne.*

Il peut paraître surprenant que quinze jours après le meeting des Sociétés Savantes, il ait fallu refaire le même exposé pour des journalistes qui étaient cependant venus nombreux y assister. C'est à peine si 3 ou 4 journaux politiques avaient cru devoir mentionner le mécontentement de la corporation médicale manifesté publiquement ce jour-là. D'autres confrères enfin avaient sous-estimé ou condamné le meeting.

C'est à leur intention que, pendant deux heures, MM. Boëlle et Heim de Balzac ont montré à une équipe de journalistes attentifs et studieux, *pourquoi la situation du praticien parisien était devenue si difficile,* celui-ci ayant pour concurrents tous les hôpitaux publics et privés, ainsi que les dispensaires. M. Boëlle en particulier, montra comment ces hôpitaux et ces dispensaires *dont le rôle devrait se borner à soigner les indigents et les économiquement faibles,* admettent aujourd'hui, et *de plus en plus,* des malades aisés qui pourraient payer de leurs deniers leur médecin ou la maison de santé.

Heim de Balzac, dans un exposé précis, prouve que cette situation coûte cher à l'Etat. Ce que versent les hospitalisés payants est loin de correspondre aux frais qu'ils imposent à l'Assistance publique. *Le libre exercice de notre art,* a proclamé une fois de plus l'orateur, pour tous ceux qui ne veulent pas entendre, *ne procure plus le minimum vital nécessaire pour que le médecin vive, élève ses enfants et assure ses vieux jours.* Les progrès de la science exigeant beaucoup plus d'examens médicaux qu'autrefois, devraient procurer du travail aux médecins. Or il n'en est rien, parce qu'on a organisé les examens en série, sorte de *médecine à la chaîne,* qui permettent à un seul praticien de voir rapidement des masses de malades.

C'est le mal qu'il faut dénoncer dans l'intérêt de la science, du médecin et du malade : la presse dûment avertie et maintenant bien informée, s'y emploiera.

Le corps médical a demandé :

a) Que les *hôpitaux* reviennent à leur but primitif, c'est-à-dire aux soins des indigents ou économiquement faibles ;

b) Que les dispensaires distributeurs de soins à titre onéreux soient *passibles d'impôts* sur les bénéfices professionnel, et *ne puissent plus recevoir des subventions et des legs.*

c) Que les Caisses d'assurances sociales *se cantonnent dans leur rôle d'assureur,* sans donner des soins, soit par elles-mêmes, soit par organismes interposés.

Il existe en Seine 857 *dispensaires :* l'énormité de ce chiffre devrait sans autre explication suffire à faire comprendre aux « jaunes » de la profession médicale, qu'il est urgent pour eux de changer de camp.

La médecine sera aux médecins ou elle ne sera pas !

MAURICE MORDAGNE.

P. S. — Le S. M. S. va s'attaquer aux autres dangers qui menacent les médecins :

La pléthore de plus en plus croissante ;
Les surabondantes naturalisations ;
L'exercice illégal protégé.

M. M.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Pélissier (de Lyon).
— Le docteur Marcel Petit (à Briançon).
— Le docteur Lhoste (à Aix-en-Provence).
— Le docteur Vacher (à Saint-Laurent-de-Mure).
— Le docteur Gérard Willot, ancien interne des hôpitaux de Paris.
— Le docteur Henri Lerat, chirurgien des hôpitaux de Nantes, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Nantes.
— Le docteur Abel Deval, ancien directeur du théâtre de l'Athénée, à Paris.
— Le docteur Hollande, député de Saint-Quentin.
— Le docteur Lagrée (à Redon).
— Le professeur Pierre Parisot, professeur d'hygiène et de médecine sociale à la Faculté de Médecine de Nancy.

RENSEIGNEMENTS

Notions d'hygiène et d'administration du service de santé, par le médecin lieutenant-colonel PRAT. Prix : 30 fr. Chez Lavauzelle, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Livre très utile à consulter actuellement et donnant une idée nette de l'organisation du service de santé sur le territoire et aux armées. 1140

Travail du Service chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Chartres

LA VOIE ARTÉRIELLE EN THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Par J. DE FOURMESTRAUX et M. FREDET

Depuis quatre ans nous avons utilisé la voie artérielle pour introduire dans l'organisme un agent thérapeutique, sérum ou antiseptique.

Sans vouloir apporter des conclusions hâtives, et nous basant seulement sur les résultats de 160 injections intra-artérielles, il nous semble que cette méthode, riche en promesses fécondes, peut avoir sa place à côté de l'artériographie et peut-être de l'artério-anesthésie.

L'anesthésie par voie artérielle obtenue par Goyanes lui suggéra l'idée d'employer cette technique alors nouvelle dans un but thérapeutique ; essais de traitement des lésions tuberculeuses des membres qui ne furent pas encourageants (1).

En France, Paul Fiolle, en avril 1914 dans un article publié en collaboration avec Jean Fiolle (2) et basé sur des données expérimentales partant du même principe conseillait l'introduction d'oxygène dans les artères, comme traitement possible de la gangrène gazeuse. P. et J. Fiolle indiquaient dans le même travail que d'autres médicaments pouvaient être utilisés de la même façon : sels d'argent, de mercure, composés iodurés. Paul Fiolle fut tué à la bataille de la Somme en juillet 1916.

Leriche avant la guerre, sur les conseils de Courmont, avait injecté du sérum antitétanique dans la carotide. Il avait depuis lors, à diverses reprises utilisé la voie artérielle. Etendant les données de la méthode, dont Reynaldo dos Santos s'était fait l'ardent défenseur, il fit depuis lors de nombreuses injections antiseptiques en utilisant surtout le mercurochrome. En partant du même principe, il injecta du sérum dans des gangrènes gazeuses encore localisées avec de bons résultats.

Dans les lésions infectées des membres nécessitant une amputation, l'injection préopératoire de mercurochrome ou de violet de gentiane lui permit de limiter les dégâts et de faire porter l'exérèse en tissus non infectés.

C'est là un fait précis que nous avons nous-même constaté à diverses reprises.

R. dos Santos relate en 1929 à la Société des Sciences Médicales de Lisbonne, l'histoire clinique de ses premiers résultats encourageants en considérant que la voie artérielle constitue le chemin le plus direct pour lutter contre l'infection dans l'intimité des tissus. Il élargit du reste plus tard fort loin ses indications et conclut dans un travail récent, que l'injection dans l'aorte de solutions antiseptiques à haute concentration, ou de sérum, permet d'atteindre directement les infections abdomino-pelviennes ; appendicites sévères, hépatites, infections hématogènes du rein, colites, etc..., avec une efficacité que la voie veineuse ne saurait réaliser.

(1) A. CUNHA-LAMAS, *Thérapeutique par voie artérielle*, 42e Congrès français de chirurgie, 1933, p. 385.

(2) P. et J. FIOLLE, *Essais d'hématose et d'angéiothérapie artérielle*. Société de Chirurgie de Marseille, avril 1914. *Marseille Médical*, 1er sept. 1914.

Un millier d'injections aortiques pratiquées par lui dans un but thérapeutique, ou dans un but diagnostic (aortographie) n'auraient entre ses mains donné lieu à aucun incident (1).

Au Congrès français de Chirurgie, Cunha Lamas présentait en 1933 sa statistique d'injections faites uniquement dans un but thérapeutique comportant 82 malades à laquelle il ajoutait 38 observations appartenant à son élève Ramos, portant sur les affections des membres et les infections abdominales. L'un de nous a publié en partie les résultats obtenus dans le Service de l'hôpital de Chartres, au Congrès de Chirurgie 1935 et 1937.

A l'Académie de Chirurgie, Ricard (Lyon) dans un rapport de Huet, relatait l'histoire clinique de quatre malades traités en suivant un procédé analogue, l'une d'elle, voie d'apport iliaque, est tout à fait intéressante. Il est probable qu'un nombre important de résultats obtenus n'ont pas été publiés.

Dans l'ordre médical les Américains ont utilisé la voie carotidienne dans le traitement des méningites : Mac Mahon 1930, Crawford (Clinique Mayo) 1931, Mendel 1932, méningites staphylo et streptococciques. Leriche, Fontaine, Jung, dans le traitement si décevant du rhumatisme chronique, ont eu des résultats heureux mais transitoires en utilisant la novocaïne, dans la fémorale ou l'humérale. Leriche, puis Arnaud, dans les endocardites malignes, ont en partant d'une idée fort logique injecté du sérum ou un agent médicamenteux directement dans le ventricule gauche.

Technique opératoire. — L'injection peut être faite dans toute artère dont le calibre permet la pénétration d'une aiguille de 6/10e de millimètre. Dans un cas récent nous avons pu sans grande difficulté injecter 40 centimètres cubes de sérum anti-tétanique dans la vertébrale.

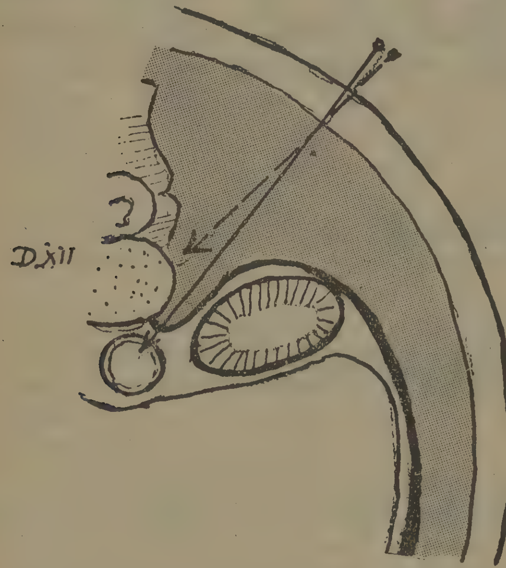
Deux procédés : l'aiguille peut être introduite directement dans le vaisseau intéressé sans découverte chirurgicale. Cette ponction est parfois facile et R. Fontaine (2), dans un mémoire paru il y a quelques mois, demandait que le chirurgien s'entraîne à la pratique de l'abord de l'artère par ponction transcutanée, comme autrefois les médecins ont dû apprendre la pratique des injections intra-veineuses. Sur un malade maigre ou athéromateux, c'est là une manœuvre de petite chirurgie ; mais il arrive souvent que l'on se trouve en présence d'une réaction inflammatoire locale importante. L'adénite et la périadénite surtout au niveau du triangle de Scarpa, rendent difficile le repérage au doigt et parfois même la découverte chirurgicale rapide.

Il y a, d'autre part, des artères qu'on ne saurait ainsi atteindre par ponction. Nous n'en voulons de meilleur exemple que celui d'une de nos dernières

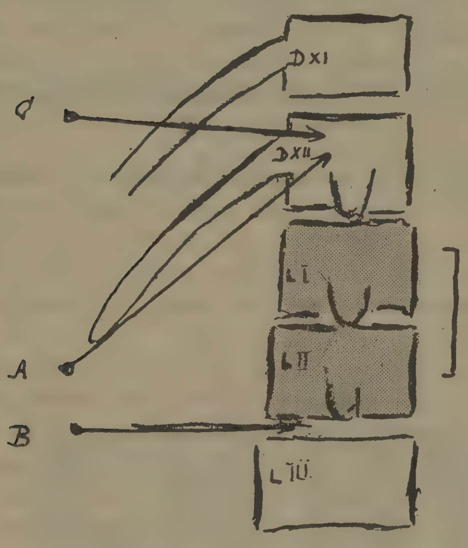
(1) Reynaldo dos SANTOS (Lisbonne), *Technique de l'aortographie*. Journal international de chirurgie 1937, n° 6, p. 609.

(2) René FONTAINE, *L'artériographie des membres*. Journal international de Chirurgie, décembre 1937, n° 6, p. 561.

observations : une malade, réséqué gastrique pour ulcère perforé, présenta au dixième jour une parotidite sévère avec très mauvais état général, l'un de nous lui injecta, après découverte classique, dix centimètres cubes de mercurochrome dans la carotide externe. Il est très évident ici que la ponction transcutanée aurait été vraiment impossible.



Ponction de l'aorte. A quatre doigts de la ligne médiane. L'aiguille va d'abord buter contre le corps vertébral. Après l'avoir retirée un peu, on corrige la direction en rasant la vertèbre. On arrive directement sur l'aorte.



Les trois variétés de ponction de l'aorte.

A. Ponction haute parallèle à la 12e côte.
B. Ponction basse vers la pointe de l'apophyse épineuse de la L 2
C, Ponction haute.
E, *Zone à éviter* ; émergence des artères rénales.

Ponction de l'aorte, d'après les schémas de Reynaldo dos Santos — *Technique de l'aortographie.* Journal international de Chirurgie T. II, n° 6, page 609.

Nous pensons que le plus souvent l'artère doit être mise à jour après découverte chirurgicale. Pas d'instrumentation spéciale. L'ingénieux appareil de Santos sera réservé pour l'artériographie. A l'aide d'une seringue à laquelle s'adapte une aiguille de 6/10e, le liquide est doucement poussé. Quand nous pensons devoir répéter l'injection, une petite mèche est laissée au contact du vaisseau et permet, s'il est besoin, de faire des injections itératives.

L'aorte peut être abordée après laparotomie, mais il est beaucoup plus simple de pratiquer l'injection par voie postérieure et transcutanée.

R. Santos a précisé cette technique au cours de ses travaux sur l'artériographie. Accès dorso-lombaire à gauche et en dehors de la colonne vertébrale, ce qui chez un sujet maigre en utilisant une aiguille de 12 cent. ne présente plus de difficultés spéciales si l'on prend soin de raser le corps de la XIIe dorsale.

Nous avons utilisé seulement la ponction haute XII D. La ponction basse L I et L II nous paraît présenter quelques dangers en raison de l'émergence de l'artère rénale. Nous devons ajouter que cette technique ne nous a pas paru aussi simple qu'elle le demeure entre les mains de notre collègue et ami Santos.

La solution à injecter. — Après Leriche, nous avons injecté du sérum à hautes doses dans six cas de tétanos, carotide primitive, il aurait été du reste peut-être plus logique d'injecter la carotide interne. Nous avons une fois utilisé par la fémorale du sérum antigangréneux et cela sans résultat utile.

Les injections médicamenteuses ont en général été faites avec du violet de gentiane en solution hydro-alcoolique, de la gonacrine, de l'argent colloïdal et surtout avec une solution de mercurochrome à 1 pour cent. Il semble que celle-ci soit la mieux tolérée. Elle paraît ne déterminer aucune réaction vaso-motrice brutale dans le territoire vasculaire intéressé.

Au cours de recherches expérimentales faites avec la collaboration de Bargeton (1), Huet a pu constater que si l'idéal est évidemment d'injecter des solutions isotoniques, les solutions hypotoniques sont infiniment moins nocives que les solutions hypertoniques. Celles dont le p.H est le plus voisin du p.H sanguin sont les mieux tolérées.

Dans deux cas, une fois avec une solution hydro-alcoolique de violet de gentiane à 1 %, puis avec une solution de sérum hypertonique à 20 %, ils ont observé des coagulations périphériques du membre injecté, tandis que ces deux produits déterminaient d'autre part des réactions vaso-motrices brutales.

La solution de mercurochrome à 1 % est hypotonique et peut être employée sans inconvénients. Il est sans doute possible par apport de chlorure de sodium d'obtenir des solutions isotoniques.

Mode d'action de l'angeiothérapie artérielle. — S'il s'agit de sérum, et nous envisageons surtout le cas précis du tétanos, la toxine tétanique se fixant au niveau des centres nerveux, il apparaît comme logique d'agir directement sur ces derniers. C'est en partant de ce principe que Roux, il y a quarante ans, conseilla d'injecter le sérum antitoxique dans le tissu cérébral après trépano ponction. Théoriquement il est indiqué d'injecter le sérum par voie carotidienne interne. Nous avons présenté à l'Académie de Chirurgie trois observations de tétanos sévères, ainsi traités (2), et depuis lors traité ainsi trois autres tétaniques.

---

(1) Huet et Bargeton, *Sur les effets des injections artérielles* (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 9 mars 1936, p. 485.

(2) De Fourmestraux, *La voie artérielle dans le traitement du tétanos*, B. et M. de l'Académie de Chirurgie, 1936.

Dans la gangrène gazeuse nous avons de même injecté le sérum anti-gangréneux sans résultats précis. Leriche aurait été plus heureux. Ici évidemment, l'heure opératoire ne saurait être différée trop longtemps.

Si l'on utilise un agent antiseptique, l'angeiothérapie artérielle apparaît comme théoriquement supérieure à la voie veineuse. C'est lentement après son introduction que les tissus se libèrent de l'antiseptique employé et le laissent entrer dans la circulation générale. Dans les veines, dilué rapidement dans la masse sanguine, il ne parvient au foyer morbide qu'avec une concentration faible. Ne peut-on penser d'autre part que la traversée pulmonaire ne change pas sa composition première, par oxydation ou par tout autre mode d'action dont le mécanisme intime paraît difficile à préciser.

Tout en se gardant de conclusions rapides, il ne nous paraît pas illogique d'admettre que l'on veut obtenir une action d'ordre général, provoquer un choc thérapeutique ou une réaction humorale efficiente. La voie veineuse garde ses indications, tandis que la voie artérielle plus directe agira contre les infections locales.

Accidents ou incidents observés. — Nous n'avons jamais, jusqu'à ce jour, observé d'incidents mettant en danger la vie du malade. Cependant l'un de nous a constaté chez un malade athéromateux porteur d'un ulcère infecté de jambe, rebelle à tout traitement et qui a reçu 10 cent. cubes de mercurochrome à 1 %, quelques jours après l'injection, l'existence d'une légère dilatation pulsatile de la fémorale, dilatation anévrysmale ? Y a-t-il eu une erreur de technique ? Quelques gouttes du liquide injecté ont-elles pénétré dans une paroi artérielle particulièrement friable, celà est possible. Cet incident met en évidence la nécessité de substituer autant que possible la découverte chirurgicale à la ponction transcutanée.

Chez quelques malades on constate une poussée fébrile pendant 48 heures, diarrhée profuse mais fugace. Pas de modification de l'urée sérique ni de la glycémie.

Valerio (Rio de Janeiro) (1) aurait dix fois constaté des douleurs vives dans les membres. Il est vrai qu'il multiplie beaucoup plus que nous les injections (10 à 12 en moyenne) et utilise parfois le sérum glucosé à 15 %, c'est-à-dire en solution hypertonique.

La coloration des téguments lorsqu'on emploie le mercurochrome est loin d'être constante. Elle peut être généralisée à tout le corps ou seulement étendue aux membres intéressés. Généralisée, nous l'avons observée deux fois chez deux malades où le taux d'urée sérique était de 0,64 et 0,62. Il semble que cette coloration témoigne alors d'un degré réel d'imperméabilité rénale. Quant à la coloration localisée au membre injecté nous l'avons remarquée dans plusieurs cas d'artérite oblitérante et dans un cas de gangrène gazeuse. Cette coloration semble donc être réalisée quand il existe un obstacle sérieux au courant sanguin artériel et que le liquide injecté ne peut se rendre aux capillaires.

(1) M. A. VALERIO, *Brasil médico, mars* 1925. Analyse *Masini Sud M. Chirurgical*, 1925.

Cette réaction est d'assez courte durée, et ne dure en général que 5 à 6 minutes. Nous l'avons vue persister une heure puis s'effacer lentement.

Après ponction artérielle sous condition que l'aiguille ne dépasse pas 6/10e de mm. l'écoulement sanglant s'arrête dès que l'aiguille est enlevée.

Sur 1.500 ponctions artérielles faites à Lisbonne dans un but diagnostic ou thérapeutique, C. Lamas n'a eu à déplorer qu'un seul accident sévère, chez un malade atteint d'artérite syphilitique où il dut lier l'artère pour réaliser l'hémostase.

Goinard (1) a observé après injection d'une solution hydro-alcoolique de violet de gentiane, sur l'humérale une gangrène humide de deux doigts. Il s'agissait dans ce cas d'un tuberculeux avec tumeur blanche du coude fistulisée chez un malade présentant en plus deux spina ventosa infectés, où se développa secondairement la gangrène.

Résultats obtenus. — L'angéiothérapie par voie artérielle a été réalisée dans le traitement des affections les plus diverses. Lamas ponctionne l'aorte et y injecte de la gonacrine ou du mercurochrome en une technique qui ne présente que des difficultés apparentes. Cette aorto-thérapeutique lui aurait donné des résultats impressionnants chez une cinquantaine d'infectés abdominaux, contusions de l'abdomen avec lésion de l'intestin, pelvipéritonite, perforation d'ulcères gastriques, pyélonéphrite, etc...

Il nous est difficile de préjuger de la constance des résultats obtenus par cette méthode audacieuse, nous n'en avons pas la pratique. Nous pouvons cependant dire que la ponction de l'aorte, surtout quand on l'aborde au niveau de la 12e dorsale, ne présente pas de difficultés spéciales, et que dans les quatre cas où nous l'avons employée, elle nous est apparue comme fort simple.

Notre pratique se résume surtout à l'abord des carotides et des artères des membres. La fémorale, l'humérale et l'axillaire sont ponctionnées directement ou après découverte classique. Le faible calibre de la radiale et de la cubitale, leurs larges anastomoses font qu'il semble plus facile et plus simple d'injecter l'humérale.

Nous paraissent devoir retenir l'attention :

Quatre observations d'arthrite suppurée. Trois malades présentant des arthrites sévères du genou ont guéri après injections intra-artérielles et mobilisation active après arthrotomie économique.

Nous avons dû une fois nous résoudre à l'amputation. L'examen du membre montra une large ulcération des cartilages, sur une pièce opératoire on ne retrouve pas de traces du mercurochrome injecté, l'amputation avait du reste été faite plusieurs jours après la dernière injection. Il existait de larges ulcérations des cartilages diarthrodiaux, surtout marqués au niveau des coques condyliennes, avec fusées postérieures et basses.

(1) P. GOINARD, *Injections antiseptiques intra-artérielles*, P. Médicale, 16-1-35, p. 73.

Dans un travail antérieur, l'un de nous avait cru pouvoir conclure que lorsque les cartilages étaient ulcérés et qu'apparaissaient des fusées postérieures au cours de l'évolution lente d'une arthrite suppurée du genou, la large résection de drainage ou l'amputation restaient la seule ressource (1).

Dans les infections étendues, les cellulites diffuses infectées : résultats en général excellents. L'angéiothérapie ne constitue évidemment pas toute la thérapeutique, mais nous pensons qu'avec elle on peut limiter l'acte chirurgical et pratiquer des exérèses limitées.

La chute de la température, la sédation rapide des accidents locaux nous ont paru tout à faits probants dans une parotidite grave et dans plusieurs cas de phlegmon, des gaines où le drainage put être relativement restreint. Dans les fractures ouvertes et infectées, résultats en général bons. Dans toute fracture ouverte nous pratiquons maintenant une injection en amont du foyer de ce qui évidemment n'exclut pas l'intervention active habituelle.

La sérothérapie et la chimiothérapie ne nous ont donné que des résultats négatifs dans trois cas de gangrène gazeuse.

L'un de nous (2) s'est attaché à l'étude du mode d'action de l'angeiothérapie artérielle dans les ulcères variqueux jusque-là rebelles à toute thérapeutique. Un de ses malades, porteur d'une large plaie de la région du genou reçut une injection artérielle de mercurochrome. Il fut heureusement surpris dans les jours qui suivirent de constater qu'un ulcère variqueux, large comme la paume de la main, que présentait en outre son malade, s'était réduit au quart environ de sa surface, tandis que les bords assouplis étaient devenus le point de départ d'une zone d'épidermisation.

Il a depuis lors traité dans notre service toute une série d'ulcères variqueux de jambes ou de plaies atones chez des variqueux avec des résultats constants au bout de trois ou quatre injections, quand la voie artérielle reste perméable au voisinage de l'ulcère.

Ces injections ont été faites en circulation libre, sans compression artérielle au-dessus de la lésion.

Dans un travail récent Santos (3) conseilla, après pénétration de l'agent thérapeutique, de pratiquer une compression temporaire de l'artère, ce qui a l'avantage, semble-t-il de maintenir celui-ci plus longtemps au contact des tissus intéressés.

En retenant, dans les tissus, pendant quelques minutes une solution active on multiplie son action et on peut réduire les doses.

Ce qui se passe lors des tentatives d'anesthésie locale par voie artérielle, démontre, ajoute-t-il, l'efficacité de la compression de l'artère d'un membre au niveau de son segment proximal.

Une injection de novocaïne en circulation libre ne provoque aucune anesthésie régionale et peut donner lieu à des accidents toxiques ou même à une rapide anesthésie générale.

Mais, la même injection avec stase, c'est-à-dire en serrant un tourniquet à la racine du membre à la fin de l'injection conduit à l'anesthésie du membre intéressé et peut ne pas être suivie de phénomènes toxiques si on ne lève le garrot que quelques minutes après.

Elle est fixée dans les tissus et n'entre que petit à petit dans la circulation générale. Cette expérience, comme dans les artériographies avec stase, démontre que lorsqu'on provoque une stase, l'action régionale des injections artérielles est renforcée, les doses peuvent être diminuées et la toxicité générale devient presque nulle.

A l'appui de cette pratique d'artério-thérapeutique avec circulation réduite ou bloquée, Santos rapporte une vingtaine d'observations, ayant trait à des ostéomyélites des fractures ouvertes, des injections articulaires qui sont vraiment impressionnantes.

La stase circulatoire peut être maintenue pendant dix à quinze minutes. Elle est inopérante au niveau de la carotide.

Au niveau du membre inférieur compression par un garrot, au niveau du membre supérieur, le brassard pneumatique relié à un manomètre est suffisant.

Nous n'avons pas la pratique de l'angéiothérapie avec stase ; elle apparaît à première vue comme logique et ne présente pas de difficultés techniques spéciales.

Dans la gangrène par artérite, quand il existe une oblitération artérielle contrôlée par oscillométrie, l'angéiothérapie ne peut amener aucun résultat utile. Elle a cependant l'avantage de permettre l'amputation en zone saine, du moins en zone moins infectée et l'affirmation de Leriche alors qu'il déclare qu'il ne voit plus la nécessité d'opérer à froid ces dernières, tandis que peut se faire la désinfection intra-artérielle, nous paraît tout à fait justifiée.

L'angéiothérapie par voie artérielle ne constitue certainement pas une panacée universelle dans le traitement des infections diffuses ou localisées, nous pensons cependant que c'est là une méthode simple et qui peut rendre de réels services.

Des essais trop peu nombreux de sérothérapie ne permettent pas d'apporter des conclusions utiles, cependant dans le traitement du tétanos elle constitue une voie d'apport direct du sérum au niveau des centres inhibés par la toxine.

Dans les infections aiguës des membres, les cellulites en général, la chimiothérapie par voie artérielle présente des avantages certains.

Nous n'avons pas une expérience suffisante de l'angéiothérapie par voie aortique pour conclure de façon utile, mais c'est là une méthode neuve et que l'on ne saurait à priori rejeter.

Nous n'avons jamais observé d'incidents graves au cours de nos observations d'artériothérapie, il ne faut cependant pas dissimuler que des accidents soient possibles chez des malades présentant une sensibilité vasomotrice anormale comme dans la maladie de Raynaud où la moindre excitation périphérique produit des artério-spasmes sévères, le seul fait de poser seule-

(1) Huet et de Fourmestraux, *Traitement des arthrites suppurées du genou* (Congrès français de chirurgie, 1934).

(2) M. Fredet, *Traitement des ulcères de jambe par les injections de mercurochrome.* Assoc. fr. de chirurgie, 1937.

(3) R. Dos Santos, *Les injections artérielles avec stase dans la thérapeutique des injections.* Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 15 décembre 1937, p. 1399.

ment dans ce cas le brassard d'un sphygmomanomètre pouvant, dans ce cas, déclancher une crise impressionnante.

Il serait bon dans les cas douteux, suivant le judicieux conseil de Louis Bazy, de pratiquer, avant d'intervenir, une intra-dermo-réaction à l'adrénaline. Chez les sujets très sensibles une ou deux gouttes de la solution d'adrénaline à un pour mille injectées dans le derme produisent une plaque livide étendue qui est fort longue à disparaître. Il est évident que dans ce cas, si l'on ne veut avoir des accidents, il vaut mieux s'abstenir de toute manipulation de l'artère qu'il s'agisse d'artériographie ou d'angéiothérapie par la voie artérielle.

XXXIIIe Session d'Assises de l'Assemblée française de Médecine générale

L'Alimentation dans les Maladies infectieuses aiguës

SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DES ASSISES DÉPARTEMENTALES

par le docteur Henri Godlewski

La pathologie expérimentale n'a pas encore fixé les lois pouvant servir de base aux règles de diététique dans les maladies infectieuses aiguës. Aussi, la pratique médicale est individuelle et tient compte de traditions qui varient d'ailleurs suivant les régions. Toutefois ces Assises permettent de déceler qu'il y a accord général aujourd'hui sur des principes que nous retiendrons seuls ici.

On n'estime plus comme jadis que « la fièvre nourrit » et chacun est soucieux d'assurer à l'organisme les éléments nécessaires à la vie : *l'eau d'abord* ; puis, sans surcharge intempestive, hydrates de carbone et albuminoïdes, compensateurs de déperditions exagérées par la fièvre. Aussi la diète absolue, en faveur autrefois, est aujourd'hui bannie ; la diète hydrique est un minimum, mais de règle au début des pyrexies, avant un diagnostic bien établi.

Durant toute la maladie d'ailleurs l'hydratation est aujourd'hui reconnue comme un soin capital. Elle est devenue méthodique : buccale, rectale, parentérale. Bien comprise et dirigée, elle transforme les conditions organiques fonctionnelles dont dépend l'état général du malade, son bien-être et le pronostic de l'affection.

A la période d'état, il y a aussi accord général pour une diététique différente suivant qu'il s'agit d'une maladie à déterminations viscérales ou non. Dans le premier cas la prescription la plus générale est la diète hydro-lacto-sucrée plus ou moins prolongée suivant le cas — les restrictions alimentaires jusqu'à la convalescence, subsistant surtout pour deux maladies, fièvre typhoïde et scarlatine.

Au contraire, les restrictions sévères ne subsistent plus pour les infections aiguës banales qu'au début de l'infection, quand la nature de la maladie est encore incertaine. Et l'on convient qu'il faut élargir la diète liquide initiale, dès que la situation s'éclaircit ; en l'absence de contre-indications précises, on admet la reprise, avec une progression plus ou moins rapide, d'une alimentation reconstituante, indispensable à la convalescence. La dénutrition est redoutée, surtout en prévision d'une prolongation de l'affection, particulièrement aux deux extrêmes de la vie, chez l'enfant et le vieillard.

Enfin parmi les données les plus générales apportées à ces Assises, les médecins ont tenu à affirmer que la diététique ne peut être systématique ou doctrinale, qu'elle est avant tout clinique, dépendant des maladies et des réactions du malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 7 octobre 1938

Prophylaxie post-opératoire des cancers du sein. — M. M. Joly se base sur une expérience qu'englobe le traitement de 250 cancers du sein par radiothérapie pour recommander l'irradiation systématique par petites doses de rayons X données tous les trois mois, pendant deux ans, sur le champ opératoire et les groupes ganglionnaires tributaires. Chez les malades traités par cette méthode, 74 p. 100 n'ont pas de récidive après 5 ans.

Histaminothérapie des rhumatismes. — M. J. Weissenbach rappelle d'abord que l'emploi de l'histamine dans le traitement des rhumatismes, proposé par Deutsch sous forme d'ionisation, n'a pris la prodigieuse extension qu'on lui connaît aujourd'hui, qu'après que lui-même avec L. Perles eurent démontré que les résultats étaient identiques si on faisait pénétrer l'histamine par une série d'injections intradermiques, méthode choix, à la portée de tout praticien. M. Weissenbach expose, ensuite la technique, les indications et les contre-indications de la méthode. Il insiste sur ces dernières qui sont trop souvent méconnues. Il termine en montrant que la simplicité et la remarquable efficacité de l'histaminothérapie en font le procédé de choix dans le traitement de la douleur, de la contracture et de l'impotence que commandent celles-ci au cours d'un grand nombre de syndromes rhumatismaux, dont il précise la discrimination.

Ionisation à l'histamine. — M. Marcel Joly pense que l'action analgésique de l'histamine ne se manifeste qu'à la condition que cette substance pénètre par l'épiderme. Il n'existe pas de meilleur mode de pénétration épidermique que l'ionisation. Introduite par ce procédé, l'histamine agit avec une constance parfaite sur toutes les myalgies, avec un succès moins assuré dans les névralgies, les arthralgies et certains états anaphylactiques.

Asthme et histamine. — M. Ed. Joltrain expose les rapports qui existent entre l'asthme et l'histamine. La crise d'asthme est un phénomène d'ordre anaphylactique. Elle a à sa base la crise hémoclasique de Widal. L'histidine qui existe normalement dans notre organisme se transforme facilement en histamine, il y a une corrélation étroite entre les phénomènes de choc colloïdoclasique et la mise en liberté des substances histaminiques. L'injection d'histamine produisant des éosinophilies exerce sur les muscles bronchiques une action constrictive et pour certains auteurs détermineraient du broncho-spasme, décelable à la radioscopie. Certains auteurs ont trouvé, bien que ce résultat soit discutable, de l'histaminémie dans la crise d'asthme. Le rôle de l'histamine ou d'une substance voisine apparaît donc probable dans la détermination du choc hémoclasique et de la crise d'asthme dont il n'est que le prélude. L'histaminothérapie était donc logique pour essayer de désensi-

biliser l'organisme à l'histamine. Au contraire de l'autosérothérapie, méthode de Widal, Abrami et Joltrain qui donne des résultats plus intéressants dans l'asthme que dans l'urticaire, l'histaminothérapie dans l'asthme n'a pas donné beaucoup de résultats. L'ère thérapeutique chimique de l'asthme s'ouvre néanmoins aux chercheurs.

Histamine et urticaire. — M. A. Gajdos estime que l'histamine constitue un facteur thérapeutique important dans les urticaires récidivantes. La guérison est obtenue dans plus de la moitié des cas. Se basant sur ces résultats thérapeutiques et sur les observations expérimentales, l'auteur discute le rôle de l'histamine dans la pathogénie des urticaires. Il considère cette substance avec le prof. N. Fiessinger, comme un intermédiaire chimique entre les facteurs étiologiques les plus variés et les éruptions ortiées. Quant au mécanisme d'action du traitement à l'histamine, il s'agit très probablement d'une désensibilisation progressive de la peau.

Séance du 22 octobre 1938

Présentation. — M. Filderman présente une jeune fille qu'il a traitée par des injections de salicylate de soude pour un vaste angiome qui recouvrait le pariétal, la région temporale et les deux paupières. Il envoyait un prolongement dans le vestibule et un autre dans le voile du palais. Une ramification se trouvait dans l'orbite. Il déterminait la protrusion du globe oculaire et donnait des troubles qui ont obligé le malade à renoncer aux études. Huit injections de 30 cc. de salicylate de soude à 20 % ont amené l'oblitération scléreuse de tout le réseau.

Le dérèglement thermique et vaso-moteur des œdèmes aigus du cerveau. — M. Th. Alajouanine expose une synthèse anatomo-clinique de certaines réactions graves consécutives à des interventions chirurgicales ou médicales, l'hyperthermie rapide et le désordre vaso-moteur généralisé, allant jusqu'à l'hémorragie intestinale, sont les signes cliniques essentiels ; les lésions consistent constamment en œdème cérébral aigu généralisé avec souvent congestion viscérale diffuse, il envisage la pathogénie nerveuse de cette perturbation grave de la régulation centrale thermique et vaso-motrice.

M. Lesné estime que cet état se retrouve également dans le syndrome malin de nombreuses infections de l'enfance. Il semble avoir beaucoup de rapports avec les phénomènes anaphylactiques.

Diagnostic et traitement de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant. — M. Lesné expose que les épreuves de réaction à la tuberculine et la radiographie pulmonaire ont démontré que *la primo-infection tuberculeuse était fréquence et curable chez l'enfant. L'enfant est toujours contaminé par un tuberculeux cracheur de bacilles* qu'il faut *dépister dans son entourage* (parents, grands-parents, nourrice, domestiques, maître d'école, etc...). *La primo-infection est très souvent latente et découverte par le virage de la cuti ou percuti-réaction pratiquée systématiquement.* D'autres fois, il y a des signes cliniques, fièvre, amaigrissement) accompagnés ou non de signes radiologiques. Une poussée *d'érythème noueux* repose sur la notion de contage, sur la réaction à la tuberculine et sur la présence de B. K. dans le liquide gastrique. La prophylaxie antituberculeuse chez l'enfant peut se résumer ainsi : éloigner des enfants les tuberculeux contagieux et dépister la primo-infection par la C. R. pratiquée systématiquement au moins une fois par an. Si la réaction est positive, la radiographie deviendra utile pour compléter le diagnostic. *La primo-infection de l'enfant est curable,* même dans les formes fébriles ou à lésions radiologiquement apparentes, par des mesures hygiéniques, éviter les surinfections, donner une bonne alimentation, prescrire une cure de repos et d'air à la campagne ou à la montagne.

M. Hinaut est du même avis que M. Lesné, sur les traitements qu'il propose dans ces cas.

M. G. Rosenthal regrette que dans les écoles, les jeunes enfants ne subissent pas systématiquement la cuti-réaction une ou deux fois par an.

Traitement des adhérences viscérales et viscéro-pariétales. — M. G. Pascalis montre qu'il est possible en utilisant les greffes épiploïques libres de prévenir les adhérences post-opératoires, soit entre viscères, soit entre viscères et parois et d'en obtenir lorsqu'elles sont installées, la guérison définitive.

M. Rosenthal demande si les champs caoutchoutés ne diminuent pas les chances d'adhérences post-opératoires.

M. Haller recommande à la suite de Walther, les champs imbibés de sérum salé chaud, la section et la péritonisation des adhérences au cours des interventions chirurgicales.

Contre l'abandon rapide des pneumothorax incomplets. — M. G. Rosenthal, dans des cas où les insufflations paraissaient être devenues négatives, a eu la sensation d'un plan d'arrêt du trocart de l'aiguille de Kuss. Ce plan fait d'une fausse membrane de la plèvre pariétale refoulée doit être perforé, ce qui donnait immédiatement des oscillations manométriques positives des insufflations normales. Ces faits expliquent une partie des paradoxes du pneumothorax artificiel.

Séance du 4 novembre 1938

Présidée par M. Dupuy de Frenelle,
assisté du Secrétaire Général, M Bécart.

Un traitement nouveau des arrêts de développement sexuel chez les adolescents. — M. le professeur N. Pende (de Rome). Les enfants depuis la naissance et surtout les adolescents peuvent présenter un syndrome qui est caractérisé par un engraissement exagéré avec poids et hauteur souvent excessifs et un retard grave du développement sexuel, quelquefois cryptorchidie complète ou incomplète, bilatérale ou monolatérale, pénis trop petit, phymosis adiposité exagérée des seins chez les mâles, visage enfantin persistant avec très petit nez et très petite bouche et yeux enfantins même à l'âge pubère. Ce syndrome très fréquent et qui résiste beaucoup à l'opothérapie même la plus moderne, avait été confondu jusqu'à présent avec la dystrophie adiposogénitale de Frohlich. Les observations du prof. Pende ont montré que le facteur pathogénique essentiel et décisif, c'est l'hypertrophie de la glande Thymus, et que le traitement électif, c'est la roentgenthérapie du Thymus, avec une technique fixée par Pende sur plusieurs centaines de cas. Cette roentgenthérapie détermine rapidement un changement général somatique et psychique du sujet, surtout l'évolution rapide des organes et des caractères sexuels secondaires, avec amaigrissement, croissance en hauteur, apparition de la puberté. Des projections nombreuses démontrent les résultats brillants de ce traitement qui vient combler une lacune dans la thérapeutique jusqu'à présent très difficile de ces patients.

L'insuffisance surrénale aiguë. — M. le professeur Emile Sergent, tout en rappelant les caractères du syndrome d'insuffisance surrénale aiguë dans ses types essentiels, s'attache particulièrement à montrer, à l'occasion de cette étude, le rôle de l'observation clinique dans le progrès des sciences médicales. C'est la découverte de la « maladie bronzée » qui porte aujourd'hui son nom ; qu'Addison en 1855 suggéra aux physiologistes l'idée du rôle jusque-là ignoré des

capsules surrénales. Et l'année suivante, Brown-Séquard a démontré, en effet, que les « capsules surrénales » étaient indispensables à la vie. Il ouvrit, à son tour, une voie nouvelle aux investigations des cliniciens et des physiologistes, en montrant que la destruction totale des capsules surrénales entraînait l'apparition d'accidents aigus, rapidement mortels, évoquant l'idée d'une intoxication et d'un trouble profond de la tonicité cardio-vasculaire. L'insuffisance surrénale aiguë se dégageait ainsi, avec toute sa netteté, elle prit, dans le cadre clinique, sa place définitive et indiscutée et les physiologistes, après avoir discuté l'origine et la valeur de l'adrénalinémie, se rallièrent avec Gley, à une interprétation générale plus large et plus rationnelle du rôle des glandes surrénales. Ici, encore, la clinique remplit donc sa mission en apportant les résultats des observations que livraient à ses investigations les états pathologiques, c'est-à-dire les « expériences spontanées ».

Les cachexies endocriniennes. — M. L. DE GENNES montre qu'à côté de la cachexie hypophysaire qui peut être rattachée à une lésion constante du lobe antérieur de l'hypophyse, il existe un certain nombre de cas dont le tableau clinique est analogue, mais où l'on ne trouve aucune lésion de la pituitaire. L'auteur rapporte plusieurs observations anatomocliniques dans lesquelles on a pu identifier des lésions importantes des ovaires, du corps thyroïde et de la cortico-surrénale, en même temps qu'une hypertrophie des îlots de Langerhans, contrastant avec l'intégrité de l'hypophyse. Il insiste sur la fréquence de ces cachexies glandulaires, dont le diagnostic avec l'anorexie mentale est fort difficile et ne peut être établi le plus souvent que par l'épreuve thérapeutique.

Traitement de l'insuffisance surrénale par l'hormone mâle. M. le professeur MARANON, se basant sur les faits cliniques histologiques et biologiques que démontre l'existence dans l'écorce surrénale d'une hormone très proche de l'hormone testiculaire (ou peut-être l'hormone testiculaire même), l'auteur a traité avec cette hormone testiculaire, 3 cas de maladie d'Addison typique et 5 cas d'insuffisance surrénale non addisonienne. Les résultats ont été très encourageants, les symptômes mélano-dermiques n'ont pas changé, mais la tension artérielle, l'asthénie, l'inappétence, l'impuissance sexuelle se sont notablement améliorés. Dans deux autres cas récents observés à la clinique du docteur Richet, le traitement testiculaire a été suivi de mêmes résultats excellents.

Action freinatrice de l'hormone œstrogène sur l'hypophyse antérieure. — M. le professeur BERNARD, après s'être occupé de l'action excitatrice de l'hormone folliculaire, s'est consacré ces dernières années aux effets inhibiteurs de cette hormone. Partant de l'observation clinique, d'où il résulte que les hautes doses de folliculine peuvent suspendre ou retarder le cycle menstruel et des constatations opératoires montrant la dégénérescence du corps jaune provoquée par l'absorption de fortes doses de cette hormone. Des expériences sur l'animal ont amené l'auteur à constater que ces effets résultent de l'inhibition de la fonction gonadrotropique de l'hypophyse antérieure. Subsidiairement, l'auteur a constaté sur les coqs et les rats l'arrêt de développement des caractères sexuels secondaires et aussi de la croissance. Il y a donc inhibition de l'hormone somatrophique aussi. Cliniquement, on n'a pas constaté la formation de tumeurs malignes, même après administration prolongée de hautes doses. Par contre, l'auteur a vu des modifications de la muqueuse utérine et du col de l'utérus allant jusqu'à l'érosion.

Etude du terrain en endocrinologie. — Mlle Hélène VACHER rapporte une observation montrant le rôle du terrain en endocrinologie. Il s'agit d'une fillette dont les antécédents syphilitiques sont prouvés qui, à 12 ans, ne marche pas, ne parle pas, mesure 0 m. 98, et pèse 17 kgs. Après 16 mois de traitement, par des extraits thyroïdiens, à doses progressives, puis d'hypophyse totale et de thymus, les résultats sont les suivants : l'enfant a grandi de 14 cm. 1/2, grossi de 3 kg. 150, elle marche seule et parle comme une enfant de 9 ans. Ils paraissent encourageants.

L'hémocrinothérapie. — M. FILDERMAN fait un exposé rapide de cette méthode qu'il applique depuis vingt ans avec succès dans un grand nombre d'affections d'étiologie endocrinienne et dans d'autres, dont les rapports avec les endocrines ne sont pas classiquement admis. L'efficacité et l'innocuité de la méthode ont été démontrées par un grand nombre de malades et d'observations présentés par l'auteur dans différentes sociétés. Parmi les affections les plus fréquentes dans lesquelles l'efficacité de la méthode est constante, l'auteur cite surtout les staphylococcies, les artérites, l'hypertension, les eczémas, l'obésité.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 3 novembre. — Jury : MM. Carnot, président ; Claude, Gougerot, Rathery. — M. ROBIN. Le cancer de l'ampoule de Vater. — M. COSLÉOU. L'hôpital psychiatrique de Quimper. Ses médecins. Son histoire. — M. BOUCHERON. Etude de 175 cas de granulome annulaire parus dans la littérature, de 1933 à 1938. — M. LOISEAU. Contribution à l'étude de la téléroentgenthérapie totale dans la leucémie myéloïde.

Jury : MM. Léon Binet, président , Tanon, Duvoir, Huguenin. — M. CULIOLI. Essai de traitement de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, par l'allergine. — M. BAUDON. Les méningites à diplococcus crassus. — M. DELAVELLE. Les cures hélio-marines par les voyages en mer. — M. ELIOPOULOS. Etude historique et hygiénique sur le végétarisme.

Mardi 8 novembre. — Jury : MM. Chevassu, Cunéo, Guillain, Laignel-Lavastine. — M. LAGARDE. Amélie-les-Bains dans le traitement des infections de l'appareil urinaire. — M. BRÉANT. Contribution à l'étude du traitement des perforations ulcéreuses en péritoine libre par la gastrectomie large d'emblée. — M. DAVERNE. Le traitement de la polyomyélite antérieure aiguë par la diélectrolyse transcérébro-médullaire d'iode. — D. CAHOUR. Etude sur le niveau intellectuel des prostituées.

PRATIQUE MÉDICALE

AU SUJET DE L'INTOXICATION ÉTHYLIQUE CHRONIQUE (1)

Le grand problème de la lutte anti-alcoolique réside dans les moyens à employer pour déshabituer le buveur habituel.

La « moralisation » est peu efficace ! Un fait beaucoup plus intéressant est la constatation, empirique, faite par l'auteur et de nombreux cliniciens : l'administration de rhodanate de potassium entraîne un dégoût de l'alcool qui va jusqu'à la suppression de son absorption.

L'auteur conclut : « A côté des scléroses articulaires, vasculaires et viscérales, à côté de l'hypertension artérielle, à côté des oreillons, il nous semble que l'intoxication éthylique chronique peut prendre place parmi les indications thérapeutiques du rhodanate de potassium (rhocya).

(1) CAMUS, *Paris-Médical*, 13 août 1938.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

INTOXICATION MERCURIELLE AIGUE (S. ET D.)

Intoxication généralement *volontaire*, particulièrement redoutable — dominée par ses manifestations urinaires, qui en commandent le pronostic.

ETIOLOGIE

1. *Le toxique.* Habituellement le *sublimé.*

Plus rarement d'autres sels mercuriels : cyanure, biiodure, calomel, oxycyanure.

2. *La dose.* Habituellement de 0,50.

Mais des doses massives peuvent déclencher des accidents aigus (0,15). L'appréciation exacte de la dose est d'ailleurs difficile à préciser (toxique plus ou moins dissous dans l'eau).

Surtout : susceptibilités individuelles incontestables.

3. *Les circonstances d'apparition :*

— Habituellement, *tentative de suicide (ingestion).*

— Plus rarement, *accident,* ou erreur *thérapeutique :*

Frictions avec des composés toxiques.

Injections intra-utérines post-abortum.

Les exceptionnels cas d'accidents après lavage uréthral.

CLINIQUE

Le tableau clinique de l'intoxication aiguë est tellement spécial qu'il prête exceptionnellement à confusion — même si la tentative de suicide est niée.

Il est dominé par des manifestations *digestives* et surtout *urinaires.*

I. *Les manifestations digestives :*

Ce sont celles qui s'extériorisent — et bruyamment — les premières.

En effet : dès l'ingestion, ou immédiatement après : le sujet accuse une sensation atroce de *brûlure* dans la bouche — due au contact du caustique — rapidement propagée à *la gorge,* puis le long du *pharynx* et de l'*œsophage,* aboutissant à de *violentes douleurs gastriques.*

Puis : des *vomissements* surviennent, moins d'une heure après en général — bilieux, puis très rapidement *sanglants* — très pénibles, avec intolérance gastrique absolue.

Enfin : de *la diarrhée,* presque simultanée, rapidement *dysentériforme,* avec des *douleurs atroces,* du *ténesme,* des *épreintes,* devenant de plus en plus *fréquentes* (20-30 selles dans les 24 heures).

Diarrhée *glaireuse,* mais très vite *sanglante,* caractère très important.

Tels sont les symptômes digestifs, qu'on peut observer au tout début de l'intoxication — et qui vont persister. *Mais :*

Dans les 36 à 48 heures qui suivent, ils dominent encore le tableau clinique et leur caractère alarmant s'est accru du fait de la *stomatite d'élimination* (due à l'émonctoire salivaire du mercure), qui s'est peu à peu substituée à la *stomatite mécanique du début.*

Le malade accuse une *saveur métallique* de la bouche ; présente une *salivation abondante* et surtout des troubles de la phonation et de la déglutition allant croissant, et, *à l'examen,* on est frappé par *le caractère horriblement fétide de l'haleine,* et surtout l'*aspect de la bouche :*

— Lèvres tuméfiées, gencives saignantes, dents cernées de pus et branlantes.

— Langue énorme, tuméfiée, ulcérée.

— Muqueuse buccale tuméfiée, sphacélique par places, semée de membranes d'aspect diphtéroïde, sanieuses, couvrant une muqueuse hémorragique.

— Ces manifestations digestives réalisent donc, quel que soit le stade auquel on voit le malade, un tableau des plus impressionnants. Aussi n'est-il pas rare, qu'au tout début de l'intoxication, elles fassent passer inaperçus :

II. *Les manifestations urinaires,* beaucoup plus insidieuses.

Témoins de la *néphrite aiguë toxique,* elles se résument en fait dans un signe capital : *l'anurie.*

Et cependant cette anurie est *précoce,* manifeste déjà vers la 3e-4e heure après l'ingestion du toxique.

Parfois *totale :* au cathétérisme, la vessie est vide.

C'est plus souvent une *oligurie extrême :* quelques cm^3 d'urines épaisses, troubles, fortement *albumineuses,* dont l'examen cytologique montrerait, par l'abondance des cylindres granuleux et surtout des *cellules rénales,* le véritable dépouillement de l'épithélium rénal.

Cette anurie est le signe majeur de l'intoxication mercurielle aiguë. C'est pratiquement elle qui commande l'évolution.

En effet :

Formes évolutives

I. Si parfois la mort survient très rapidement (48 heures ou 3 jours), consécutive à une *gangrène massive* de la bouche et du pharynx, l'anurie tenant une place assez secondaire.

II. *Le plus souvent,* le pronostic est dominé par l'évolution même de la néphrite.

— C'est pourquoi il est absolument indispensable, quel que soit le moment auquel on voit le malade, de suivre cette évolution par l'étude des *stigmates humoraux* que sont :

1. *Les dosages d'urée* répétés.

2. *Les évaluations comparées du pouvoir de concentration du rein pour l'urée* (évaluations faciles chez ces malades extrêmement oliguriques, où l'urée s'élimine à la concentration maxima).

— C'est en se basant sur ces résultats qu'on peut décrire :

A. *Une forme suraiguë,* mortelle en 3-4 jours :

— Manifestations digestives très intenses.

— Etat de shock impressionnant, avec *défaillance myocardique rapide.*

Et surtout : *anurie totale et persistante,* avec :

Azotémie précoce et rapidement croissante, atteignant des taux énormes — coexistant avec une *concentration uréique basse d'emblée, et le demeurant* à des examens répétés (restant inférieure à 10 p. 1000).

L'hypothermie, le Cheyne-Stokes sont les signes précurseurs de la mort, qui survient par collapsus cardiaque — ou après une courte phase de coma.

(A suivre.) GUY LE SUEUR.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La gastrectomie, opération bénigne. 125 gastrectomies de suite sans mortalité, d'après la technique du professeur Hans Finsterer, de Vienne, avec une préface du professeur GOSSET, par le docteur Jean DUVAL (du Havre). Un vol. de 144 pages, avec 41 planches, chez Maloine, à Paris, 1937.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infantiles, par Robert DEBRÉ, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 96 pages, chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 28 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 97. — SAMEDI 3 DECEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE :

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Judet et Huguier.

Hôpitaux d'Alger. — Le docteur Fabiani a été nommé, après concours, médecin adjoint des hôpitaux d'Alger.

Hôpital d'Oran. — Après concours, MM. Breuan et Parres ont été nommés chirurgiens adjoints.

M. Larribère a été nommé accoucheur titulaire de l'hôpital d'Oran.

Hôpitaux de Strasbourg. — *Concours de l'internat.* — Liste de classement :

Internes : M. Raymond Voeglin ; Mlle Hélène Bruckmann, M. Paul Buck, Mlle Madeleine Fonlupt, MM. Marceau Servelle, Frédéric Stephan, Henri Halsdorf, Gaston Mayer, Erwin Wiest, Paul-Jean Vix.

Externes en premier : Mlle Paulette Ziller, MM. Théophile Kammeler, Francis Rohmer, Mlle Marcelle Kahn, M. Salomon Wiener.

Hôpital-Fondation de Rothschild. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de deux médecins : consultation d'Urologie et consultation d'Oto-rhino-laryngologie, à l'hôpital-fondation de Rothschild, 15, rue Santerre, Paris, XIIe.

Les candidats devront être français. Ils présenteront les divers titres qu'ils ont à faire valoir : titres militaires et universitaires, mentions obtenues aux concours, résumé des travaux scientifiques, nom des sociétés savantes auxquelles ils appartiendraient.

Les dossiers ainsi constitués devront être adressés au directeur de l'hôpital avant le 15 décembre 1938, date de clôture des inscriptions.

École de Médecine d'Amiens. — M. le docteur Hautefeuille est renommé directeur pour trois ans.

École de Médecine de Nantes. — M. le docteur Paul Perrin est institué pour neuf ans professeur suppléant des chaires d'anatomie et d'histologie.

Légion d'honneur. — *Chevalier* : M. Étienne Poulenc, administrateur des Usines Rhône-Poulenc.

Ministère du Travail. — La liste des médecins conseils prévue par l'article 101 *a* du titre III du livre II du code de travail, sur laquelle le ministre du Travail peut choisir les médecins conseils susceptibles d'être chargés de missions spéciales temporaires, concernant l'application des dispositions relatives à l'hygiène des travailleurs, est fixée ainsi qu'il suit :

Paris. — M. le docteur Agasse Lafont, M. le professeur Duvoir, M. le professeur Henri Labbé, M. le professeur Tanon, M. le professeur Gougerot, M. le docteur Coutela, M. le docteur J. Belot, M. le professeur Balthazard, M. le professeur Heim de Balsac, M. le professeur Laubry, M. le professeur Étienne Martin.

Bordeaux. — M. le professeur E. Leuret.

Lille. — M. le professeur Leclercq, M. le professeur M. Muller.

Lyon. — M. le professeur Policard, M. le professeur Mazel, M. le professeur Rochaix.

Marseille. — M. le professeur Violle, M. le professeur Monsinger.

Nancy. — M. le professeur Parisot.

Montpellier. — M. le professeur Carrieu.

Strasbourg. — M. le professeur Oberlin, M. le professeur Simonin.

Toulouse. — M. le professeur Lafforgue.

Mission. — MM. les docteurs Vernes, directeur de l'Institut prophylactique, et Trautmann sont chargés d'une mission en Afrique occidentale française, en vue d'y organiser et d'y étendre les méthodes de syphilimétrie.

CHRONIQUE

UN GRAND AMI DE LA FRANCE

Notre éminent confrère S. E. le docteur Philippe Roy, ministre du Canada à Paris, va prendre sa retraite et quitter Paris où il avait noué, depuis vingt-huit ans, tant de solides amitiés.

C'est avec une peine profonde que ses confrères de Paris vont lui dire adieu. Nous étions habitués à voir dans toutes nos réunions sa belle figure couronnée de cheveux blancs. Il avait pour nous accueillir son sourire si fin et bienveillant, enfin on aimait à entendre ce français si pur que conservent les Canadiens de la province de Québec.

Ph. Roy, docteur en médecine de l'Université Laval a commencé par exercer notre profession à Edmonton, dans les Montagnes Rocheuses. A trente-huit ans, il a été nommé sénateur, enfin en 1911, le gouvernement canadien le nommait commissaire général du Canada à Paris, puis en 1928, ministre du Canada.

Pendant ce long séjour, que ses amis trouvent trop court, Ph. Roy n'a cessé de rendre des services éminents au Canada et à la France.

Au cours de la guerre, il a joué un rôle considérable que l'on n'a pas oublié. Depuis, il n'a cessé de travailler au resserrement des liens intellectuels entre nos deux pays. La Cité universitaire a été notamment l'objet de ses constants soucis, on sait aussi avec quel soin il préparait les échanges universitaires entre la France et le Canada.

Il y a peu de temps, le professeur Émile Sergent se fit lors de la remise de sa médaille, l'interprète des Français auprès de M. Ph. Roy. Il sut trouver des mots pleins de cœur pour dire à ce grand Canadien son affection et son admiration. Ces sentiments sont ceux de tous les confrères qui ont eu l'honneur d'approcher le grand diplomate. F. L. S.

Notions d'hygiène et d'administration du service de santé, par le médecin lieutenant-colonel PRAT. Prix : 30 fr. Chez Lavauzelle, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Livre très utile à consulter actuellement et donnant une idée nette de l'organisation du service de santé sur le territoire et aux armées. 1140

FOLLICORMONE

BUCCALE HINGLAIS



Enorme développement des cornes utérines provoqué per os par la Follicormone chez la souris castrée

Supplée l'ovaire déficient

Evite les injections huileuses

20 à 40 capsules dans la semaine prémenstruelle

PRODUITS HINGLAIS - 30, RUE DE MIROMESNIL - PARIS - 8e

QUELQUES MOTS SUR L'ORIENTATION DES RECHERCHES FUTURES AU SUJET DES SEPTICÉMIES STAPHYLOCOCCIQUES

NÉCESSITÉ DE L'ÉTUDE DU TERRAIN

Par M. René LERICHE

Dans un rapport au récent Congrès de Chirurgie sur les septicémies staphylococciques, MM. Jean Patel et Moiroud nous ont dit en substance ceci :

Le staphylocoque, sans que nous sachions pourquoi ni comment, hôte banal de la peau d'un peu tout le monde, est tantôt le plus inoffensif des saprophytes, tantôt un agent local ennuyeux, mais non dangereux, tantôt un terrible microbe cultivant dans le sang et tuant à peu près sûrement.

Les différences d'évolution, en dehors des cas où malencontreusement le foyer a été traumatisé indûment par des malaxations du malade lui-même ou par des manœuvres chirurgicales, les différences d'évolution tiennent aux qualités du germe, au débit microbien d'une lésion cachée, à certaines conditions du sujet, dont la plus sûre est la perturbation du métabolisme des sucres, perturbation inapparente ou connue.

Effectivement c'est tout ce que nous savons. Et nous ne savons que cela. La bactériologie connaît beaucoup de choses sur le staphylocoque isolé. Mais elle ne sait presque rien sur les conditions dans lesquelles il se développe chez l'homme, en dehors de deux faits précis, purement cliniques, le rôle du traumatisme inconsidéré, et le rôle des états hyperglycémiques. C'est peu de chose, surtout si l'on songe à la banalité des maladies à staphylocoques.

Cela tient, je crois, à ce que nous avons trop négligé, là comme dans les maladies, *le côté humain du problème*. C'est cependant à coup sûr un côté essentiel. Pour faire une maladie microbienne, il faut être deux. Le microbe n'y suffit pas. On l'a un peu trop oublié. D'où nos déceptions intellectuelles et nos déboires thérapeutiques.

Et je pense qu'il n'est pas mauvais d'y réfléchir en utilisant comme substance de nos réflexions les simples données d'observation chirurgicale.

Chirurgicalement, que voyons-nous ?

Voici ce qui depuis longtemps me frappe :

1° Le staphylocoque est essentiellement un microbe de la peau, et je dirai, surtout des peaux sales. Il y vit le plus habituellement sans produire le moindre trouble. Il est un peu court d'observation de dire qu'il suffit d'une effraction cutanée pour qu'il devienne pathogène. Car il n'est pas un de nous qui ne se soit plusieurs fois écorché ou piqué la peau. Et il en est bien peu qui aient eu de l'infection à la suite de cela.

Oserions-nous penser que toutes nos piqûres des doigts ont toujours été aseptiques, et qu'elles ont passé entre les staphylocoques ?

Pensez à toutes ces injections de toutes sortes qui se font à chaque heure dans le monde, avec si peu de précautions et si peu d'accidents !

Pensez à tous ces enfants qui jouent dans la rue, et sur le sable, qui tombent, qui s'éraflent la peau et n'ont jamais rien.

Pensez à tous les ouvriers manuels qui traumatisent si souvent leurs mains tachées.

Et ne savons-nous pas que presque toujours, si l'on met des boîtes de Petri dans une salle d'opération, près d'une plaie ouverte puis fermée, il s'y forme de nombreuses colonies de staphylocoques alors que la plaie guérit par première intention ?

Donc, en règle habituelle, devrions-nous dire, le staphylocoque est un microbe inoffensif, un simple saprophyte.

2° Cependant il est fréquent qu'il produise de petites infections cutanées — bénignes d'ailleurs — folliculite ou furoncle. Pourquoi ? Alors que si souvent il ne fait rien ?

Ce n'est pas dépasser les faits d'observation que de dire que ces infections ne se font pas partout. Elles se voient surtout au niveau des points de pression ou de frottements. Ce n'est pas par un fait du hasard que le furoncle et l'anthrax sont fréquents à la nuque, là où frotte le col du vêtement. Et c'est ce qui explique qu'il y en a là plus chez l'homme que chez la femme.

De même, le furoncle siège souvent au niveau du poignet, là où frotte la manche, sur les doigts, au contact d'une bague.

A la lèvre, au nez, combien de fois la lésion infectieuse n'était-elle à peu près rien primitivement ? Combien de fois est-ce l'expression malencontreuse d'un petit bouton qui fait naître une infection locale sévère ?

Dans ces cas, nul n'oserait dire que c'est le frottement ou la pression qui exalte la virulence du staphylocoque. De toute évidence, c'est en agissant sur les tissus, en y créant le terrain local, que ces traumatismes extérieurs agissent.

Donc, habituellement, ou souvent si vous préférez, si le staphylocoque devient pathogène, c'est parce qu'on lui a créé un *terrain favorable à son développement*, un milieu d'hyperémie locale.

C'est un second fait à retenir.

3° Le troisième point qui m'a frappé, c'est que le staphylocoque, quand il a pénétré dans un tissu, y reste longtemps en état de microbisme latent. On ne s'en débarrasse pas aisément.

Le *microbisme latent des cicatrices* est bien connu. Policard a montré pendant la guerre que, généralement, c'était sur des corps étrangers minuscules que les microbes sommeillent, jusqu'à ce qu'un traumatisme ou des conditions générales le réveillent. Le réveillent : cela veut dire jusqu'à ce que des conditions de terrain favorables à sa pullulation soient créées incidemment.

A ce titre, je rappellerai un fait que beaucoup d'entre nous ont dû observer comme moi : un blessé de guerre à blessures multiples bien cicatrisées, fait un jour, accidentellement, un réveil infectieux au niveau

d'une de ses cicatrices. On excise ou on incise, et peu après, à distance, une autre cicatrice se met à suppurer.

Je crois que le microbisme latent des cicatrices est un bon terrain d'analyse pour ce que nous appelons le réveil de la virulence du microbe.

A mon avis, c'est le terrain qui se réveille.

Le microbisme latent n'existe pas que dans les cicatrices. Il existe dans les tissus et pour le staphylocoque.

Je citerai deux faits pour montrer ce que je veux dire.

Un interne solide et bien portant, au temps où il n'y avait pas de gants, s'infecte en pansant une ostéomyélite du tibia. Il fait un furoncle d'un doigt, de la lymphangite avec 39°. On incise le doigt. On incise l'aisselle = abcès à staphylocoques dorés des deux côtés. La convalescence traîne. Départ pour le Midi. En trois ou quatre jours, tout est terminé. Santé admirable aussitôt retrouvée. Quinze jours plus tard, reprise du service hospitalier. Deux mois après, choc violent sur l'avant-bras. Dix minutes après, frisson et traînée de lymphangite.

Autre cas :

Un chirurgien se pique avec un bistouri à travers son gant. Petite plaie insignifiante sur le médius droit, saignant comme d'habitude. Guérison sans incident. Mais le doigt reste un peu chaud. Il n'est pas douloureux. Mais le contact de l'eau chaude est très désagréable. Pendant 5 mois, vie chirurgicale normale. Un jour, heurt involontaire du doigt. Le lendemain, il y a un peu de douleur et une phlyctène apparaît. Au 5e jour, excision d'un petit abcès qui va dans la pulpe. Trois gouttes de pus à staphylocoque doré, en culture pure.

Il y a donc eu un microbisme latent de 5 mois, et il a fallu là encore un traumatisme pour que le microbe se réveille. Réveil microbien ? Non création d'un terrain favorable.

Je pense que le microbisme latent est le secret de bien des infections staphylococciques, peut-être de septicémies, en tout cas de ces furonculoses qui durent pendant des années et des années, et qui tantôt se calment surtout pendant les périodes de repos, tantôt se réveillent sous des influences générales, surtout après le surmenage, dans tous les sens du mot : *surmenage professionnel, surmenage alimentaire, surmenage génital.*

Terrain intermittent ? Oui, certes. Et à ce propos, *nous devrions étudier ce que font en nous, au point de vue humoral, tous les surmenages, ce que fait par exemple une nuit blanche, une nuit de chemin de fer. Petite chose — grands effets parfois.*

En tout cas, je pense que la suppression du microbisme latent des cicatrices et des tissus devrait être le vrai test d'action des médications sériques, anatoxiniques et chimiques.

4° Examinons maintenant ce qu'il en est des manifestations chirurgicales graves, l'ostéomyélite et le phlegmon périnéphrétique en particulier. Je laisse de côté toute considération bactériologique. Je ne me place qu'au point de vue de l'observation clinique.

Alors que tant d'enfants et d'adultes sont exposés à la contamination staphylococcique, pourquoi n'y a-t-il que de rares infectés ? Car, malgré tout, ostéomyélitiques et porteurs d'abcès périnéphrétiques sont le petit nombre. Pourquoi les uns, et pourquoi pas les autres ? Pourquoi telle localisation, et non pas l'autre ? Parfois, il y a des causes extérieures qui expliquent cela.

Par exemple pour l'ostéomyélite, *le froid humide.* Les anciens chirurgiens qui notaient avec plus de soin que nous les circonstances étiologiques, ne s'y trompaient pas. Mon Maître Poncet insistait beaucoup dans son enseignement sur l'importance de ce facteur et citait des exemples frappants. Il parlait souvent de l'ostéomyélite des petits bergers, dans les pays d'élevage.

J'ai vu une fois le facteur froid jouer un rôle dans des conditions pour ainsi dire expérimentales.

J'avais opéré à l'âge de 9 ans un garçon atteint d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia. J'avais au 5e jour mis à plat la moitié de la diaphyse, jusqu'au cartilage, et immobilisé en plâtre. La température tomba en lysis. Je ne pansai qu'au 35e jour. L'état local était parfait. J'envoyai l'enfant à Nice. Deux mois après, il était parfaitement guéri.

Adolescence normale : sport — ski. Puis, service militaire dans les Alpes. Exercice militaire en ski. Sans se déshabiller, ce jeune homme reste 36 heures avec des molletières mouillées. Le soir du 2e jour, frisson, température, douleur dans la cicatrice. Petit abcès dans la cicatrice — staphylocoque doré.

En somme, microbisme latent et froid humide.

Mais, le froid n'est pas toujours présent. Et d'habitude, nous ne savons pas pourquoi le staphylocoque, entrant sans effraction cutanée visible, pullule et va cultiver ici ou là, au lieu de disparaître sans histoire.

Je pense que nous devons en chercher l'explication du côté du terrain bien plus que du côté du microbe.

Le terrain, cela ne veut pas dire simplement trouble du métabolisme des glucides ou acidose. Sans doute, l'hyperglycémie est un facteur important dans l'histoire des staphylococcies. Mais il n'y a pas qu'elle. Il y a autre chose, et cette autre chose, nous devons chercher à la découvrir expérimentalement.

Car le terrain est un élément de la pathologie analysable expérimentalement. A ce point de vue, mon ami, le Professeur Georges Mouriquand, nous montre la voie. Depuis des années, il a établi que des carences inapparentes, eutrophiques, créent des terrains favorables à l'infection : dans des conditions d'inoculation insuffisantes pour des organismes normaux, l'infection évolue dans l'organisme carencé.

Les hypovitaminoses ne sont pas encore apparues sur l'horizon chirurgical. Je pense qu'elles sont appelées à y jouer un rôle de plus en plus considérable, et il y aurait là une magnifique question pour nos prochains Congrès. Permettez-moi une digression pour orienter vos esprits à ce sujet.

Peu d'entre nous, sans doute, savent qu'au Brésil, il a été démontré, par l'Ecole de Sao Paulo, que le mégaœsophage, le mégacôlon, le méga-uretère et la mégavessie sont, à peu près sûrement, des états créés par l'avitaminose B^1, par l'intermédiaire des lésions nerveuses dégénératives qu'elle produit.

Le système végétatif est, en effet, très sensible à la privation de vitamine B1. Chez les animaux d'expérience, divers auteurs ont décrit la vacuolyse, la dégénération et la nécrose des cellules du plexus d'Auerbach, la fibrose du plexus, lésions rappelant celles trouvées dans la paroi des organes dilatés par Cameron, Amorin et Correia Neto. Chez des pigeons carencés, Etzel a vu ce plexus complètement dégénéré, et Mac Carrison a obtenu des dilatations segmentaires du tube digestif, en particulier du côlon chez le singe mis en avitaminose B1 chronique.

Avec des régimes spéciaux, carencés en vitamine C, Mouriquand a fait apparaître d'importantes hyperostoses avec raréfaction.

Récemment enfin, Géo Beltrami a décrit de fantastiques lésions osseuses chez des animaux sauvages en captivité, et, disait-on, bien nourris avec du lait bouilli, des farines et des légumes cuits !

Nous ne devons donc plus ignorer ces faits. Une partie de la pathologie en sera probablement bouleversée.

Et surtout, en nous inspirant de ce qu'ils nous suggèrent, nous devons suivre Mouriquand dans l'analyse expérimentale des terrains. Cela renouvellera, je crois, bien des choses dans nos manières de voir les maladies.

Car il n'y a pas que le terrain général qui joue. Il y a aussi des terrains locaux, si l'on peut ainsi parler.

Ce n'est pas au hasard de la rencontre que le staphylocoque fait chez l'un une ostéomyélite, et chez l'autre un phlegmon périnéphrétique ou une prostatite. Nous n'avons ni les uns, ni les autres, les mêmes valeurs tissulaires. Nous avons chacun nos points faibles, et ce sont les maladies qui nous les révèlent. Leurs localisations dans toutes sortes de circonstances font pour une sorte d'analyse expérimentale. Devant une cause de maladie, nous ne sommes pas tous égaux. Et je dirai volontiers, devant le staphylocoque, à chacun sa maladie.

Ne croyez pas que ce soit là une improvisation facile de Congrès et une idée sans lendemain. Je bataille pour ces idées depuis quelques années, parce que l'observation m'y a conduit.

Evidemment, je ne puis pas les démontrer. Mais j'ai vu bien des faits qui me les ont imposées. Et les faits, on l'oublie trop en médecine, existent avant de pouvoir être démontrés.

Voici, entre beaucoup d'autres, un des exemples qui m'ont fait réfléchir.

En 1922, je vois, à Lyon, une fillette habitant dans un grand jardin à la campagne, dans d'excellentes conditions d'hygiène, qui a un furoncle du dos de la main. La mère nourrissait son 4e enfant depuis deux mois et demi. Elle avait eu des allaitements toujours parfaits. Je lui recommande de se priver par prudence de la présence de sa fillette au furoncle. Quelques jours plus tard, mastite à staphylocoques dorés. Quinze jours après, ostéomyélite aiguë du tibia chez un garçon de 9 ans. Les conditions générales de toute la famille étaient parfaites. Je me demandais d'où venait cette triple infection. J'accusais le furoncle de la fillette d'avoir contaminé son frère et sa mère, lorsque j'appris que le père avait depuis un an une sinusite frontale où l'on avait isolé du staphylocoque, et qui avait été soignée sans opération.

Chacun avait fait sa maladie staphylococcique à sa façon. Je dirai, suivant ses points physiologiques faibles, au moins pour la mère, et pour le garçon en pleine croissance. Points physiologiques faibles, cela veut peut-être dire ici zone de suractivité circulatoire.

En définitive, et c'est là où je veux en venir, je pense que les recherches de l'avenir en matière d'infection à staphylocoques doivent s'orienter plus du côté de l'homme que du côté du microbe et de ses soi-disant variations de virulence, que nous ne pouvons guère analyser.

L'étude de l'homme face aux infections sera plus profitable que celle du microbe du point de vue de la thérapeutique. Et c'est peut-être pour l'avoir négligée, que la bactériologie nous a donné les déceptions dont le Professeur Imbert parlait dans son si suggestif discours d'Ouverture du Congrès.

5° Etant donné ce que je viens de dire, vous devinez ma conclusion au sujet de la septicémie à staphylocoques. Je pense que les hommes ne sont pas égaux devant le microbe, et que ceux qui font une septicémie, la font parce que c'est eux, et non parce que le microbe est particulièrement virulent. Nous admettons comme fait d'évidence que chez certains d'entre nous, les staphylocoques ne cultivent que très passagèrement dans le sang, quand ils cultivent (et je pense, en disant cela, à ces milliers d'injections intraveineuses qui se font chaque jour dans le monde, et qui sont évidemment toutes aseptiques), alors que chez d'autres il y a renouvellement constant et pullulation sans arrêt.

Nous disons que c'est le microbe qui explique cela. Ne serait-ce pas plutôt l'homme ? Vous me dites allergie, immunité naturelle. Je n'oserai y contredire. Mais je pense que nous devons aussi chercher du côté du terrain, car nous savons tous que les septicémies sont des maladies de surmenés. Et ce facteur terrain est analysable sur le plan que je disais tout à l'heure. Nous ne progresserons, je crois, au sujet des maladies staphylococciques que quand nous aurons su définir les déficiences tissulaires ou humorales qui conditionnent l'immunité ou l'inverse.

Et, si puissante que devienne la chimiothérapie, il est à craindre que si nous négligeons l'étude du terrain, nous aurons, là encore, quelques déboires.

Car si les médications bactériologiques actives in vitro et sur l'animal ont échoué totalement chez l'homme malade, n'est-ce pas parce que la moitié de la maladie tenait à l'homme même ?

Questions cliniques d'actualité, 6e série. Leçons professées à la Charité, service du professeur Sergent, par MM. Th. Alajouanine, F. Bordet, L. Chauvois, H. Flurin, J. Génévrier, H. Janet, Ch. Laubry, A.-B. Marfan, E. Michon, R. Mignot, P. Pruvost, L. Ribadeau-Dumas, G.-H. Roger, L. Sayé, E. Sergent, J. Stephani, A. Tournade et R. Turpin. Un vol. de 318 pages, avec 558 figures. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 20 francs.

ESSAI DE TRAITEMENT DES SYNDROMES DE L'HYPERLAXITÉ LIGAMENTAIRE CHEZ L'ENFANT PAR LA D'ARSONVALISATION DIATHERMIQUE DE L'HYPOPHYSE

PAR MM.

L. DELHERM, Electro-radiologiste de l'hôpital de la Pitié.

et

M. LANCE, Assistant d'orthopédie de l'hôpital des Enfants-Malades.

L'un de nous en collaboration avec M. Fichgold a publié récemment (voir Delherm et Fichgold, *Le Monde Médical*, 15 nov. 1938) les premiers résultats personnels obtenus par la roentgenthérapie fonctionnelle de l'hypophyse dans certains syndromes d'origine endocrinienne : troubles de la menstruation, maladie de Basedow et syndrome para-basedowien, troubles du métabolisme.

Nous voulons aujourd'hui, en nous plaçant sur un terrain beaucoup plus limité, exposer brièvement les résultats que nous avons obtenus dans des essais de traitement des syndromes de relâchement ligamentaire de l'enfance par la d'Arsonvalisation diathermique de l'hypophyse.

Notre attention a été attirée sur ce point par les diverses publications de M. Ferrier (*Bull. de la Soc. d'Electrol. et de Radiol.*, déc. 1935, pp. 553-557 ; *Bull. de la Soc. d'Electrothérapie*, avril 1937), que l'on trouve exposées dans la thèse de M. P. Lobrichon (Thèse Paris 1937, n° 758. Legrand, édit.).

Il ressort des travaux de M. Ferrier 2 choses :

1° Chez la femme présentant un pied plat souple, d'origine ligamentaire, l'aplatissement de la voûte plantaire subit des variations au cours du cycle menstruel, variations que démontre l'étude des empreintes plantaires.

Ces variations correspondent à celle de l'activité hypophysaire : relèvement de la voûte plantaire à 2 moments, au premier jour des règles et au 15e jour, au moment de la mise en circulation dans l'organisme des gonado-stimulines A et B secrétés par le lobe antérieur de l'hypophyse. On observe au contraire une période d'affaissement de la voûte dans l'intervalle de ces 2 pointes de relèvement maximum traduisant l'activité des hormones ovariennes.

M. Ferrier conclut à l'origine endocrinienne de ces variations de la voûte plantaire.

2° Le traitement hormonal ou la diathermie hypophysaire tendent à rétablir l'équilibre du système glandulaire et à l'amélioration durable du pied plat.

***

Ceci tend à démontrer que la tonicité du système ligamentaire est régie par l'hypophyse.

Plusieurs arguments plaident en ce sens.

— Il faut en effet rapprocher de l'action de l'activité hypophysaire sur la forme de la voûte plantaire pendant le cycle oestral, le relâchement ligamentaire observé pendant la grossesse. Ce relâchement n'atteint pas seulement, comme on a tendance à le croire, les ligaments du bassin. Il paraît général : témoin le grand nombre de femmes qui présentent des effondrements de la voûte plantaire au moment des relevailles.

— Dans l'acromégalie, syndrome d'hyperéosinophilie du lobe antérieur de l'hypophyse, la laxité articulaire a été signalée. Herthoghe en fait un symptôme habituel de la maladie.

F. Herzog (*Klinisch. Woch.*, 1926, p. 1545) a trouvé une laxité si intense chez certains acromégaliques que la main, en flexion dorsale, venait au contact de l'avant-bras.

J. C. Mussio-Fournier et B. Porzecanski en ont publié (*Bull. et Mém. de l'Acad. de Méd.*, séance du 24 oct. 1933, pp. 235-244) un bel exemple.

Léopold Lévi faisait de la laxité ligamentaire un signe de petite insuffisance hypophysaire.

Il semblerait à priori, puisque tous les syndromes précédents sont sous la dépendance du lobe antérieur de l'hypophyse, qu'il faille attribuer à ce même lobe la régulation de la tonicité ligamentaire ; à l'encontre de ces auteurs Ferrier (voir Thèse Lobrichon, p. 68) estime que la laxité ligamentaire est entretenue non par le lobe antérieur, mais par le lobe postérieur de l'hypophyse.

Cette action du lobe postérieur sur la tonicité ligamentaire serait à rapprocher de celle qui est reconnue à cette partie de la glande sur la tonicité de la fibre musculaire lisse, dont les principaux témoins sont constitués par l'efficacité des extraits de lobe postérieur sur les syndromes léiasthéniques vasculaires et viscéraux (Prof. Loeper) et leur action sur les contractions utérines pendant l'accouchement.

Il est certain que les précisions ci-dessus sont indispensables si l'on veut s'adresser pour la thérapeutique à l'emploi d'une médication hormonale.

Elles ont bien moins d'importance si l'on s'adresse à la thérapeutique par d'Arsonvalisation diathermique. Celle-ci reste forcément régionale, intéressant à la fois l'hypophyse dans sa totalité et la région infundibulo-tubérienne, une partie des centres de la base du cerveau.

C'est dans ce sens qu'il faut interpréter les résultats de l'essai que nous avons poursuivi depuis plus de 2 ans de diathermie hypophysaire chez des enfants atteints de syndromes d'hyperlaxité ligamentaire.

***

Nous avons traité une vingtaine d'enfants, mais nous n'en retiendrons que 13, dont les observations ont été complètes et les résultats constatés avec un recul de 6 mois à un an.

Le traitement a consisté à faire des applications de diathermie sur la région de l'hypophyse. Dans ce but on met une plaque de chaque côté du crâne au niveau de la région pariétale, de manière que les lignes de flux traversent l'hypophyse. Les plaques sont fixées avec des lames de caoutchouc. On débite ensuite le courant et, point important, on donne une intensité faible qu'on maintient pendant toute la durée de la séance, d'une durée de vingt minutes. Cette intensité

varie selon l'âge de l'enfant. La série comporte de 15 à 20 séances distribuées 3 fois par semaine.

Après un repos de plusieurs semaines on peut faire une nouvelle série.

***

Pour apprécier les résultats, il faut tenir compte de plusieurs facteurs : 1° les dires des parents ; 2° les constatations faites par nous-mêmes ; 3° la persévérance avec lequel le traitement a été suivi. Pour des raisons diverses le traitement a été le plus souvent incomplet, réduit à 10 ou 12 séances, et c'est par exception que l'on a pu faire accepter une deuxième série d'applications.

Voici dans l'ensemble, extrêmement résumées et réduites à l'indispensable, ces 13 observations. Nous les divisons en 3 groupes.

1er GROUPE. — *Enfants présentant une hyperlaxité généralisée tellement grave qu'elle entravait la station assise ou debout et constituait une véritable infirmité.*

I. — Enfant 5 ans a toujours présenté une telle hypotonie du dos qu'on pensait à une poliomyélite — et qu'il ne pouvait tenir debout que dans un corset. Réactions électriques normales — hyperlaxité articulaire généralisée intense.

L'appareillage est continué et l'enfant fait 16 séances de diathermie à la suite desquelles on observe une grosse amélioration du tonus général. Si bien que la famille réclame elle-même de faire une 2e série de 8 séances. Au bout de 10 mois l'amélioration persiste.

II. — Enfant de 6 ans 1/2 hypersouple — avec une cyphose et incurvation latérale du rachis avec tassement du tronc, pieds plats, genu-recurvatum — a fait 15 séances de diathermie. Revue 6 mois après. Se redresse plus facilement, plus vive, plus active.

III. — Enfant de 2 ans, hérédo-spécifique prématurée, née à 6 mois 1/2 (?), hydrocéphalie, ne parle pas, urine au lit, s'assied, ne marche pas, hyperlaxité généralisée des articulations. Traitement spécifique depuis la naissance. Traitement électrique, marin, sans résultat appréciable.

Fait en décembre 1937 15 séances de diathermie, grosse amélioration : se met à marcher, devient propre, progrès de la parole.

Reprise du traitement spécifique (sulfarsénol et gaculéol alternés).

Revue fin septembre 1938, l'amélioration a continué depuis le traitement diathermique. Enfant éveillée, l'intelligence se développe. L'hyperlaxité reste marquée seulement aux pieds.

IV. — Enfant de 10 ans, retard intellectuel, hyperlaxité généralisée : cyphoscoliose, déviation des membres inférieurs, tombe à tout instant, ne peut monter seule sur un escabeau. Examen électrique montre des réactions normales. Des ondes courtes transcérébrales n'ont rien donné. La diathermie agit au contraire très nettement. Traitée en janvier 1936. Revue le 30 novembre 1937 l'enfant marche seule, monte sur un escabeau, est devenue propre et commence à parler.

V. — Enfant de 3 ans 1/2, hydrocéphalie, née par césarienne, et asphyxique, naine achondroplasique typique, selle turcique étroite, retard intellectuel, difficulté de la parole. Hyperlaxite articulaire énorme : ne peut se tenir debout à cause d'un énorme recurvatum des genoux, et d'une ensellure lombaire considérable, hyperlaxité des hanches, assise s'effondre en cyphose.

En avril 1936, 23 séances de diathermie : parle beaucoup mieux, plus vive, mange beaucoup mieux, plus vite, dort mieux ; urine plus rarement au lit, efforts de redressement du dos. A grandi de 3 cent. On décide appareillage des membres inférieurs et corset pour permettre la marche.

Revue le 5 novembre 1936, a eu 40 séances en 4 fois depuis janvier, a grandi de 5 centimètres, marche sans appui dans ses appareils.

15 mai 1937, a fait 25 nouvelles séances de diathermie et a grandi de 2 cent. L'augmentation de la taille se fait non seulement sur le tronc, mais sur les membres inférieurs, car depuis 10 mois qu'elle les porte on a été obligé d'allonger 2 fois les appareils des membres inférieurs.

Une soufflure diaphysaire du radius étant découverte en octobre 1937 un traitement spécifique est institué depuis lors, conjointement à la diathermie qui est continuée.

2e GROUPE. — *Hyperlaxité articulaire prédominant au membre inférieur : pieds plats valgus, genu-recurvatum et valgum.*

I. — Gros enfant, 5 ans 1/2, nourri au sein, marche à 15 mois, pieds plats, double genu-recurvatum et valgum ligamentaire, avec 5 centimètres d'écartement des malléoles couché, et 6 centimètres debout, traité par le traitement habituel : redressement manuel et plâtre, puis appareils de contention en celluloïd articulés sur des souliers de pieds plats, ordinairement la correction demande environ 18 mois de traitement pour être définitive. Au début du traitement on fait 20 séances de diathermie. Grandit brusquement, l'appétit se développe, le teint se colore. Au bout de 5 mois le redressement est assez stable pour permettre d'enlever les appareils la nuit. Au 6e mois, on fait faire une saison de 20 bains à Biarritz-Briscous. Au bout de 1 an la guérison est obtenue.

II. — Garçon 3 ans, nourri au lait stérilisé, marche à 15 mois, avec des jambes arquées ; à 3 ans pieds plats, genu-recurvatum et valgum marqué à gauche. 5 centimètres d'écartement malléolaire. Traitement orthopédique habituel. Au début on ajoute deux séries de 10 séances de diathermie hypophysaire. Grosse amélioration générale. Résistance à la fatigue. Il semble que l'action se soit faite sur la tonicité musculaire générale, la distension ligamentaire peu modifiée.

III. — Garçon 3 ans, nourri au biberon, marche à 14 mois. Genu-recurvatum et valgum ligamentaire. 6 centimètres d'écartement malléolaire. Traitement orthopédique. S'améliore lentement. Au bout de un an l'écartement malléolaire dans la station debout est encore de 4 centimètres. 12 séances de diathermie. 2 mois après l'enfant revu, pas de modification.

IV. — Garçon 5 ans 1/2, hyperlaxité considérable des membres inférieurs, pieds plats valgus, recurvatum énorme : couché le talon peut être élevé à 4 cent. 5 du plan de la table, l'enfant instable, tombe à tout instant. 15 séances de diathermie, amélioration nette, tombe moins, marche mieux. Revu un an après, l'amélioration s'est maintenue.

3e GROUPE. — *Fillettes qui, à la période prépubère, présentent des déviations et déséquilibres rachidiens antéro-postérieurs et latéraux et accessoirement de l'hyperlaxité des membres inférieurs et supérieurs, de l'acrocyanose.*

I. — Fillette 13 ans, mauvais état général ; nerveuse, instable, non réglée, hyperlaxité généralisée, attitude sco-

liotique. La gymnastique la fatigue, la cesse au bout de 3 mois. 20 séances de diathermie en 2 séries. A pu reprendre la gymnastique ensuite.

II. — Fillette 13 ans 1/2, lordo-cyphoscoliose avec chute du tronc à droite et en arrière, traitée par la gymnastique, acrocyanose, pieds plats.

15 séances de diathermie.

Disparition de l'acrocyanose. N'a pas continué à venir à la gymnastique.

III. — Fillette 11 ans 1/2, mère 9 grossesses, 3 prématurés morts, 2 fausses couches, une grossesse gémellaire avec hydramnios. Une sœur de 4 ans atteinte de strabisme et pieds bots, talus valgus, traitée pour hérédo-spécificité.

Présente des pieds plats et une lordose souple avec chute du tronc en arrière, traitée par l'appareil de Spitzy. On ne peut faire accepter le traitement spécifique par la famille. En décembre 1937, se tient moins bien, fatiguée, ne peut faire de gymnastique.

12 séances de diathermie hypophysaire en mars 1938. La mère ne trouve aucun résultat, mais nous constatons un meilleur état général, une tonicité musculaire meilleure qui permet de recommencer la gymnastique. Revue le 15 novembre 1938, elle est très améliorée.

IV. — Fillette 13 ans, hyperlaxité considérable du rachis qui s'est accompagnée au cours de danse rythmique de subluxation vertébrale qui s'est reproduite à plusieurs reprises dans le mouvement de flexion suivie d'inclinaison latérale. Ces subluxations avec entorse légère entraînent en général un repos au lit de 48 heures, puis le redressement s'opère spontanément.

Pieds plats, lordose considérable debout, cyphose dans la position assise, obésité, acrocyanose. 5 séances de diathermie de l'hypophyse. Revue 3 mois après la fin des séances, l'acrocyanose a disparu, les règles se sont installées, amélioration considérable de la lordose et de la tonicité. L'amélioration est assez considérable pour permettre de faire de la gymnastique.

***

Si l'on veut juger dans leur ensemble les résultats obtenus, la première constatation est que, si ces résultats sont très variables en intensité, ils n'ont été presque jamais nuls.

La deuxième constatation est que les améliorations obtenues sont fort disparates en qualité. Et ceci ne doit pas nous étonner puisque les cas traités étaient eux-mêmes de symptômes fort disparates. D'autre part, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'action de la diathermie est régionale, elle n'atteint certainement pas que l'hypophyse seule. Et l'hypophyse elle-même par ses actions multiples propres ou par l'intermédiaire des autres glandes endocrines peut présenter une variété de réactions impossibles à prévoir.

Ce qui nous a frappé le plus dans l'ensemble des résultats, c'est l'amélioration très fréquente de l'état général de l'enfant : éveil de l'intelligence, de l'activité physique, meilleur teint, meilleur appétit, meilleur sommeil, une action qui nous rappelait les améliorations que l'on obtient chez l'enfant après les cures thermales chlorurées sodiques fortes du type Salies-de-Béarn.

Cette action sur la nutrition générale, ainsi que la disparition de l'acrocyanose rapide et très nette chez les fillettes, peut s'expliquer par l'action de la diathermie sur les centres neuro-végétatifs de la base du cerveau (région infundibulo-tubérienne).

Quant à l'action sur la laxité ligamentaire, pour laquelle nous avions entrepris ces cures, nous nous demandons si nous l'avons jamais obtenue. Il nous a paru que les améliorations obtenues étaient surtout dues à l'amélioration de la tonicité musculaire. Il est en effet bien difficile dans ces hyperlaxités articulaires de faire le départ de ce qui revient à la déficience ligamentaire et au tonus musculaire. L'amélioration de la tonicité musculaire a été indéniable chez certains de nos malades, incapables de faire sans fatigue certains mouvements, leurs exercices de gymnastique, et qui après la diathermie ont repris sans difficulté le traitement interrompu. Il faudrait alors admettre que l'action de la diathermie s'est étendue dans ces cas aux centres gris de la base du cerveau.

Nous signalerons enfin un point particulier : 3 de nos malades étaient manifestement des hérédo-spécifiques.

Chez l'un d'eux, le traitement spécifique n'a pu être institué à cause de l'opposition de la famille, le résultat de la diathermie a été à peu près nul. Chez 2 autres enfants, au contraire, le traitement spécifique institué régulièrement depuis longtemps n'avait à lui seul rien donné ; après les séances de diathermie hypophysaire il s'est au contraire montré efficace. Ceci démontre une fois de plus l'utilité de provoquer chez les hérédo-spécifiques l'action synergique du traitement antisyphilitique et d'un traitement endocrinien.

***

Nous conclurons donc que, si les résultats de la région hypophysaire chez les enfants atteints d'hyperlaxité articulaire semblent encore d'une interprétation difficile, ils ne sont pas nuls, et donnent l'espoir que par des recherches ultérieures on arrivera à améliorer et peut-être à guérir ces syndromes dont la thérapeutique est jusqu'ici souvent décevante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 9 novembre. — Jury : MM. Chiray, Lévy-Solal, Guéniot, Moreau. — M. Lambert. Les ictères non calculeux au cours de la lithiase vésiculaire. — M. Bojkovski. Contribution à l'étude de la morti-natalité et de la mortalité infantile obstétricale.

Jeudi 10 novembre. — Jury : MM. Nobécourt, Maurice Villaret, J. Besançon, Valléry-Radot. — Mmes Siguier. Les régimes alimentaires et la fonction rénale chez le nourrisson.

Mercredi 16 novembre. — Jury : MM. Léon Binet, Président ; Tanon, Troisier, Loeper. — M. Desoulières. Etude comparée de quelques substances hypotensives présentes dans l'organisme. — M. Laurentin. Contribution à l'étude de l'insuffisance respiratoire dans la sclérose pulmonaire. — M. Bernstein. Rôle de l'insuffisance hépatique et de la tuberculose dans la ptose gastrique. — M. Poirier. La préservation de l'enfance contre la tuberculose par le placement familial (œuvre Grancher). Ses résultats médico-sociaux. — M. du Chalard. Contribution à l'étude de la pathogénie de la sprue et de ses rapports avec l'anémie pernicieuse. — Mlle Sautter. Tuberculose pulmonaire et travail. Les sels d'or sont-ils un adjuvant ?

COMMENT SE TRANSMET LA PARALYSIE INFANTILE ?

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

La maladie de Heine-Medin se transmet-elle par l'intermédiaire de parasites, par les objets inanimés, par le logement, par le sol, par les aliments, par l'air, par le malade, par les sujets atteints de formes frustes, par les porteurs de germes ou par les animaux de basse-cour ? Voici, en 1924, la réponse que, dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* (juin, p. 171-178), nous formulions à ces différentes questions.

Par l'intermédiaire de parasites : poux, puces, punaises, mouches et, particulièrement, *mouches d'écurie* (Rosenau, Josephson, Anderson et Frost), *moustiques ?* Bien qu'ils aient été mis en cause par Flexner et Clark, leur rôle paraît *très limité*. Déjà, l'enquête de Krause laissait prévoir qu'ils n'interviennent pas dans la propagation de la maladie. Les auteurs américains arrivent aux mêmes conclusions : les tentatives effectuées par Noguchi et par Hokusaburo Kindo pour transmettre la maladie de singe à singe par des insectes piqueurs ou non piqueurs ont toutes échoué (1). D'ailleurs, les infections qui se transmettent par piqûres d'insectes : typhus, malaria, fièvre jaune, ne montrent, contrairement à la paralysie infantile, aucune prédilection pour le jeune âge (Herman).

Par les objets inanimés ? Cette cause doit parfois être incriminée. « A 100 kilomètres de Stockholm, un jeune homme est frappé de poliomyélite, le 27 juillet 1905 ; après sa guérison, il se rend à Stockholm, et, pendant sa convalescence, exécute des dessins ; un de ces dessins est remis à une femme, employée dans un bureau, qui est obligée de le manipuler ; or, bientôt après, celle-ci, qui est âgée de 34 ans, présente les symptômes d'une poliomyélite aiguë. » (Wichmann, cité par Job et Froment.) Les mêmes auteurs citent aussi le cas de Holt : au cours d'une visite, un enfant est placé dans le berceau d'un sujet en pleine paralysie infantile : il est frappé lui-même au bout de trois jours.

Par le logement ? Certaines maisons semblent capables de transmettre l'affection à tous leurs locataires successifs (Wichmann). N'a-t-on pas, d'ailleurs, retrouvé, au moins une fois (Neustaedter et Thro), le germe dans les poussières d'un appartement qui venait d'être occupé par un sujet atteint de paralysie infantile ? Ces faits ont, d'ailleurs, été discutés.

Dans les réponses aux questions qu'il avait posées aux médecins autrichiens pour mener à bien l'enquête dont il avait été chargé, il a été signalé deux fois à Zappert que l'on a vu réapparaître la maladie dans deux maisons où elle avait déjà été signalée l'année précdente. De même, Neurath a vu un cas de paralysie infantile survenir dans une maison où il avait, six semaines auparavant, observé un premier cas.

Par le sol, le sable, la terre ? « Eichelberg a remarqué que, sur 31 petits malades qu'il a vus, cinq avaient comme père un cordonnier et il pense que, très souvent, le virus est incorporé à la terre : il croit trouver à l'appui de sa thèse une démonstration dans ce fait que les enfants sont surtout atteints à un âge où ils se roulent sur le sol et jouent avec le sable, que la maladie est plus fréquente à la campagne ; qu'à Münden, presque toujours, les familles frappées avaient un jardin adjacent à leur maison et dans lequel se tenaient les enfants. Les deux petits malades les plus âgés observés par Eichelberg avaient ramassé des pommes de terre quelque temps avant d'être frappés. » (Job et Froment.)

Par les aliments ? Wichmann rapporte l'observation suivante : un cas de paralysie infantile éclate dans une métairie le 6 octobre 1905, un autre le 20, sur les 8 autres personnes qui furent atteintes, 4 le furent le 20, aucune avant. Toutes consommaient du lait provenant de ladite métairie. Cette petite épidémie reconnaissait donc une origine alimentaire. Ces conclusions ont, d'ailleurs, été critiquées (Krause). La maladie n'a-t-elle pas été observée chez des enfants nourris exclusivement au sein ?

Par l'air ? MM. Levaditi et Daniulesco n'ont pu contaminer des singes en les faisant vivre dans des cages où se trouvaient d'autres singes atteints de paralysie infantile.

Passons, disions-nous toujours en 1924, aux véritables agents de propagation de la maladie.

I. — *Le sujet malade*, dont certaines sécrétions sont virulentes avant l'apparition de tout phénomène paralytique, et le restent parfois assez longtemps.

De ces sécrétions, les plus importantes sont, assurément, les *sécrétions naso-pharyngées* (S. Flexner). C'est en toussant ou en éternuant que le malade propage l'affection dont il est atteint, alors que rien ne permet de suspecter, chez lui, la paralysie infantile, exactement comme un rougeoleux transmet l'affection par les particules de salive ou de mucus nasal qu'il projette à chaque quinte de toux et ce bien avant l'éruption caractéristique.

D'habitude, ces sécrétions cessent assez rapidement d'être virulentes. Il y a des exceptions. Sept mois après la guérison, dans un cas observé par Kling, Wormstedt et Paterson, les secrétions naso-pharyngées ont été capables de déterminer, chez le singe auquel on les a inoculées, l'apparition d'une paralysie mortelle.

Le rôle des *sécrétions gastro-intestinales* ne semble pas niable, lui non plus, comme le montre le cas, déjà cité, d'Eichelberg.

II. — *Les sujets atteints de formes frustes*, c'est-à-dire ne présentant pas de troubles paralytiques et chez lesquels est survenue soit une angine, soit une entérite, soit une sorte de « grippe ». Dans le déterminisme de ces accidents, qui semblent, au premier abord, d'une parfaite banalité, intervient bien le germe de la paralysie infantile. Ne s'observent-ils pas dans l'entourage du sujet atteint de cette affection ; le sérum des patients ne neutralise-t-il pas le médullo-virus ?

III. — *Les sujets sains ayant vécu près des malades*, et qui sont d'autant plus redoutables que, personne ne se méfiant d'eux, ils peuvent transmettre la maladie à un grand nombre de gens. Leur rôle n'a-t-il pas été démontré de toutes les façons ? Expériences de Flexner, Clark et Fraser : les parents d'une enfant atteinte d'une paralysie infantile classique ne présentent aucun trouble dans leur santé ; on les prie, néanmoins, de se laisser laver les fosses nasales : inoculée à un singe, l'eau du lavage détermina, chez cet animal, une paralysie infantile typique. Faits cliniques : nous les avons déjà étudiés.

Ainsi, dans l'immense majorité des cas, *propagation d'homme à homme*. Mais à quelle source se contagionne-t-il lui-même ?

(1) MM. Levaditi, Schwatz et Willemin arrivent aux mêmes conclusions en ce qui concerne les moustiques.

Souvent, la maladie lui est transmise *par les animaux*, et, en particulier, *par les animaux de basse-cour.* Dans une ferme éclate une épizootie mortelle, à forme paralytique, qui frappe les poulets surtout, parfois les canards, oies, dindes, etc. Quelques jours après, apparition, dans cette ferme, d'un cas de paralysie infantile, bientôt suivi de nombreux autres. L'épizootie peut se transmettre aux veaux, aux porcs, dont la viande est capable de produire, chez celui qui l'a ingérée, une paralysie infantile grave.

*
**

Aujourd'hui, on admet deux grands modes de contagion, que l'épidémie alsacienne de 1930 a permis d'étudier avec soin.

a) *Contagion interhumaine*, déjà soutenue par Wichman, Wetter. Elle est considérée comme très probable par nombre d'auteurs, qui ont présentes à l'esprit les innombrables observations publiées dans ces dernières années et dont voici quelques cas typiques.

1° *Exemples de contagion par le malade lui-même :*

CORDIER. — Un enfant est amené par sa grand'mère chez une voisine dont la fillette est atteinte de paralysie infantile. Moins de 36 heures après, il est pris, lui-même, d'accidents fébriles qui annoncent le début de la maladie.

KLING et LEVADITI. — Mathilda Kar..., 17 ans, tombe malade le 25 septembre, avec fièvre, douleurs à la nuque et dans les membres, vomissements ; peu après, faiblesse du pied gauche, qu'elle traîne pendant la marche. Entre à l'hôpital Soederkaoeping le 28 septembre. A l'examen, on constate des douleurs dans la région de la nuque. Température : le 28 septembre, 38° ; ensuite, pas de fièvre. Même état le 30 septembre. Le 1er octobre, disparition de la parésie de la jambe gauche ; les réflexes sont normaux.

Nos investigations épidémiologiques nous ont révélé que, le 22 septembre, Mathilda Kar... a été en contact avec Ester Sven..., qui a été atteinte de paralysie infantile typique. Mathilda Kar..., en compagnie de Walborg Kar..., domestique, est allée à l'île de Djursos pour rencontrer Ester Sven... Les deux jeunes filles se sont promenées ensemble, « la main dans la main »; Ester a accompagné Mathilda de la maison à l'embarcadère. Or, le jour suivant, Ester Sven... tombe malade, atteinte d'une paralysie infantile typique, et, trois jours après, Mathilda Kar... est prise à son tour.

2° *Exemples de contagion par une personne de l'entourage :*

Une fillette de huit ans, l'enfant Gui.., est prise de grosse fièvre le 13 novembre et, le lendemain, de paralysie qui est suivie d'atrophie de la région scapulo-humérale du côté droit. Elle se trouvait à ce moment dans le Morbihan, où elle était venue de Paris, le 27 octobre 1910. Dans la maison de ses parents, à Paris, une de ses petites amies, Germaine Imb., âgée de 10 ans, était prise de fièvre le 13 octobre et, le 15 octobre, de paralysie du bras gauche suivie d'atrophie. Les deux enfants n'avaient plus de contact direct à partir du 13 octobre. En revanche, l'enfant voyait tous les jours une sœur de Germaine. Du reste, les deux familles étaient en relations fréquentes. Les pères des deux enfants étaient sous-facteurs à la Compagnie P.-L.-M. et appartenaient à la même équipe (Netter).

Dans un autre cas du même auteur, il s'agit d'une enfant prise de poliomyélite à Paris, plusieurs jours après son passage à Saint-Florentin, où elle n'a rencontré aucun malade, mais où elle a joué avec une infirmière qui avait soigné antérieurement une enfant atteinte de poliomyélite. Cette intervention, nous la retrouvons aussi nette à Salies, où le pasteur et sa femme apportent la contagion à l'un de leurs enfants ; à Marigné, où une mère apporte à son enfant une contagion qu'elle a cherchée auprès des militaires de Laval (Netter).

Dans le classique mémoire de MM. Job et Froment, comme dans la thèse de Mme Tinel-Giry, on trouvera bien d'autres cas de même ordre. En voici quelques-uns :

KRAUSE. — Une grand'mère qui va voir son petit-fils, malade, à Krabdel, rapporte l'affection à un de ses petits-enfants qui habite Hagen. Une mère infecte son propre enfant après avoir visité son neveu paralysé. Le premier cas qui apparut à Wetter en 1907 se montra dans une maison où habitaient deux ingénieurs suédois qui, précisément, au cours de cette année, étaient allé dans leur pays d'origine.

MULLER. — Les deux enfants d'un employé de chemin de fer se contaminent en allant voir leur grand'mère qui habite un village où il y avait eu, récemment, un cas de poliomyélite. Une sage-femme reçoit la visite de deux personnes habitant la région d'Arnsberg, alors contaminée, et, huit jours après, un enfant de la sage-femme est atteint de paralysie. Ses enfants sains continuent à fréquenter l'école. Bientôt, le fils de l'instituteur est à son tour frappé.

EICHELBERG. — Une sage-femme reçoit sur ses vêtements des matières vomies par un enfant qui en est à la période d'invasion de la poliomyélite ; elle rentre chez elle et s'occupe immédiatement de ses deux petits-fils ; or, onze jours après, ceux-ci sont frappés de paralysie infantile et l'un d'eux en meurt très rapidement ; une voisine, pendant sa courte maladie, lui donne ses soins et, dix jours après, son propre enfant est à son tour atteint. Dans deux autres cas, l'affection se manifesta chez des enfants de cordonniers qui avaient eu à ressemeler des bottines de poliomyélitiques.

L'hypothèse de la contagion interhumaine est donc la plus conforme à la réalité (Levaditi, Schmutz et Villemin). Sans doute, la filiation de la contagion n'est pas toujours facile à mettre en évidence. Sans doute, conçoit-on mal que, dans des agglomérations, certains sujets soient atteints, tandis que leurs voisins restent indemnes, que, dans un territoire, certaines localités soient épargnées, alors que les villages voisins offrent une morbidité importante. Mais le rôle joué par des malades atteints de formes frustes, méconnues, « occultes », inapparentes (Gentili, Rochaix, J. Dechaume et Sédaillan), par des porteurs de germe sains, le virus résistant à la dessication (Landsteiner et Popper), est actuellement bien démontré : ce sont eux que l'on peut considérer comme les principaux agents vecteurs. Ainsi s'expliquent les anomalies de répartition des foyers épidémiques et l'existence de cas sporadiques (Chauveau). Néanmoins, Levaditi et ses collaborateurs admettent que « le contact ne suffit pas à lui seul ; d'autres facteurs géographiques, géologiques, hydrographiques et météorologiques s'y ajoutent pour constituer tout un faisceau d'influences agissantes ».

b) *Tranmission hydrique.* Elle a été incriminée par Kling, qui met en cause l'eau d'alimentation et considère la *voie digestive* comme la porte d'entrée de

l'infection. Une telle théorie trouve un argument dans les résultats expérimentaux obtenus d'abord par Leissner et Wiesner, réussissant à infecter les animaux réceptifs en utilisant le rectum comme voie d'introduction du virus, puis par Kling, Levaditi, Lépine, conférant l'infection au singe en utilisant la voie buccale. Autres constatations favorables à la théorie digestive : le fait que la maladie sévit surtout dans les agglomérations alimentées par les nappes superficielles d'eau, l'apparition de foyers autour des points d'eau : bords de rivières et des fleuves, des canaux, propagation le long des courants d'eau, de telle sorte que la maladie, née sur les hauts plateaux, finit par gagner la plaine (Kling), la présence du virus dans les matières, sa conservation prolongée dans l'eau de boisson (Kling), dans le beurre (Levaditi et ses collaborateurs), la transmission possible de la paralysie infantile par le lait (Wichmann, Aycock et Dinnann). Aussi, se fondant sur ces raisons et sur d'autres encore, d'ordre clinique : fréquence des troubles digestifs, pouvant même, dans les formes frustes, constituer toute la maladie — épidémiologique : parallélisme saisonnier entre les épidémies de fièvre typhoïde et de poliomyélite — anatomique (Dechaume) : existence de lésions intéressant les organes lymphatiques, digestifs : amygdales, plaques de Peyer, follicules clos, ganglions du mésentère, Saullières, dans une thèes inspirée par Joanon (Paris, 1931), considère-t-il la théorie de la transmission digestive comme la plus vraisemblable. M. Levaditi lui adresse, toutefois, une objection importante : en 1930, l'épidémie d'Alsace s'est propagée en remontant le cours des rivières.

***

Sur nos 140 cas personnels, il en est un certain nombre dont l'étiologie offre quelque intérêt.

1° *Contagion par un convalescent :*

Avec M. H. Darré, nous avons, au lendemain de la guerre, vu un garçon de 7 ans 1/2, L..., Achille, qui nous était adressé pour une monoplégie flasque du membre inférieur droit, avec abolition des réflexes tendineux, cyanose du pied, ballant et tombant, grosse atrophie musculaire. Les accidents avaient débuté brusquement, par de la fièvre et des douleurs nocturnes, chez un enfant jusque-là très bien portant et sans la moindre hérédité. Leur cause ? Elle était bien aisée à trouver. Un bébé relevant de paralysie infantile était arrivé récemment dans la maison. Comme il était incapable de marcher et que le médecin avait prescrit de longues sorties, ses parents avaient demandé à leur co-locataire de bien vouloir leur prêter sa voiture d'enfant pour le promener. La voiture avait donc servi alternativement aux deux enfants, et c'est ainsi qu'avait été contagionné le jeune L..., alors âgé de 2 ans et demi.

Autre cas de même ordre.

Un enfant de 4 ans et demi, habitant la Tunisie, Jean X..., part, en octobre 1927, avec ses parents qui avaient à effectuer un voyage d'affaires. Ils s'arrêtent, le premier soir, dans un fondouk (auberge indigène), où ils passent la nuit. Quelques jours après, apparition, chez le jeune L..., de réactions méningées, suivies d'une monoplégie du membre inférieur droit offrant tous les signes de la paralysie infantile : atrophie, hypotonie, aréflexie tendineuse, gros troubles des réactions électriques. Les parents, surpris, demandent une enquête. Elle aboutit à ce résultat que, la nuit précédente, le lit où avait couché l'enfant avait été occupé par un jeune sujet convalescent de poliomyélite.

2° *Contagion par des porteurs de germes :*

Une jeune fille de 14 ans 1/2 nous est adressée, le 13 octobre 1936, pour des troubles paralytiques et atrophiques intéressant les membres inférieurs, le bassin et le tronc : au membre inférieur droit, perte à peu près totale de la motilité, sauf l'abduction ; au membre inférieur gauche, impossibilité de relever le pied et de remuer les orteils. Elle ne peut s'asseoir seule. Il existe, en plus, une énorme cypho-scoliose. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis, l'atrophie, considérable, avec troubles importants des réactions électriques : à droite, D. R. complète pour les muscles innervés par le crural, partielle, pour ceux innervés par le sciatique poplité externe ; à gauche, D. R. partielle du quadriceps fémoral et des muscles innervés par le sciatique poplité externe. L'hypotonie est très accusée. Après plusieurs années d'un traitement judicieux, la malade peut à peine marcher, en s'aidant de cannes, et encore les chutes sont-elles fréquentes.

Les accidents avaient débuté, en septembre 1931, par une ascension brusque de la température à 39°8 et par des réactions méningées chez une jeune fille habituellement bien portante, sans aucune hérédité, mais qui avait été en contact, les jours précédents, avec des cousins à elle qui se trouvaient villégiaturer dans une station d'altitude où venait d'éclater une épidémie de « grippe », et qui, rentrés aussitôt, avaient été atteints, l'un, d'angine aiguë, l'autre d'une fièvre ayant duré une huitaine. La « grippe » s'étant ultérieurement avérée être une épidémie de poliomyélite, ce sont ces cousins qui, selon toute vraisemblance, ont apporté la maladie à leur parente, sans avoir jamais présenté le moindre trouble nerveux.

La même hypothèse peut être admise pour la jeune B..., Madeleine, âgée de 9 ans et demie, et qui avait été prise brusquement, au cours d'une santé en apparence parfaite, de céphalée et de vomissements.

Le lendemain, apparition d'une monoplégie du membre supérieur droit qui, par sa persistance comme par les symptômes associés : flaccidité, aréflexie tendineuse, atrophie musculaire, gros troubles des réactions électriques, s'avère comme une paralysie infantile typique. Or, un petit voisin de cette enfant était justement en traitement pour cette infection et il est vraisemblable, sans qu'on en puisse donner la certitude, que quelque sujet sain avait transporté le germe de celui-ci à celle-là.

3° *Apparition, chez les personnes de l'entourage, de troubles divers attribuables, sans doute, au virus de la poliomyélite antérieure aiguë.* Nous en avons déjà signalé un cas. En voici un autre, non moins curieux :

Une fillette d'une dizaine d'années, C..., Marguerite, habituellement bien portante, est prise brusquement, le 20 octobre 1920, d'une douleur violente dans le côté. Le lendemain apparaissent successivement de la céphalée à siège occipital, une violente raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, une paralysie flasque des membres inférieurs. Une ponction lombaire retire un liquide très clair, en état d'hypertension manifeste, mais ne contenant que de très rares éléments cellulaires, et dont la teneur en sucre et en albumine est normale. Bien qu'il n'y ait pas trace de méningocoques, on fait le diagnostic de méningite cérébro-spinale, et l'on pratique une injection

intra-rachidienne de sérum. Comme, au bout de quelques jours, il n'y avait pas d'amélioration, on pense à une hérédo-syphilis nerveuse et bien que la réaction de Wassermann ait été négative pour le sang, on institue un traitement spécifique.

Dans ce cas, comme l'a montré l'évolution ultérieure des accidents, il s'agissait de paralysie infantile à forme méningée, et il faut avouer qu'au début la confusion avec une *méningite* ou une *encéphalée* était presque inévitable. Voici, en effet, ce que racontaient les parents. D'une part, il régnait, dans toute la région, une petite épidémie. De l'autre, le frère et la sœur de la petite malade avaient présenté, quelques jours après elle, des troubles morbides ayant consisté, pour celui-là, en fièvre, tremblement des mains, convulsions, pour celle-ci, en tremblement, si bien qu'un médecin de valeur, appelé en consultation, pensa à une encéphalite léthargique.

4° *Apparition au cours d'une épidémie.*
Le cas précédent en est un exemple.

En voici un autre, concernant le jeune B..., Louis, âgé de 9 ans 1/2, qui a été pris brusquement, à un an, au cours d'une santé parfaite, d'une poussée fébrile intense, suivie de paraplégie flasque des membres inférieurs. Quand nous sommes amené à lui donner nos soins, nous constatons, chez lui, l'existence : 1° d'une paraplégie du membre inférieur gauche, avec atrophie musculaire, abolition des réflexes tendineux, cyanose ; 2° d'une scoliose marquée. Au moment où il avait été pris régnait, dans la région qu'il habitait alors, une petite épidémie de paralysie infantile.

Mêmes constatations dans les cas de C..., Marguerite, et de L..., Achille, déjà cités, comme dans ceux de F..., Louis, 9 ans, H..., Véronique, 2 ans 1/2, L..., Henri, 13 ans, L..., Yvonne, 12 ans 1/2, M..., Denis, 16 ans 1/2, M..., Suzanne, 11 ans, S..., Georges, 7 ans 1/2, W..., Joseph, 3 ans, W..., Mlle, 12 ans 1/2, Z..., Hélène 2 ans 1/2, comme dans celui d'un adulte, Mme B..., ce qui fait un total de 14 sur 140.

Dans le cas du jeune G..., Jean, 6 ans, une épidémie avait sévi sur la région deux ans auparavant.

Rappelons — après d'autres — que souvent l'enfant a été atteint *alors qu'il se trouvait à la mer :* il en était ainsi dans le cas que nous avons publié jadis avec A. Coyon, comme dans ceux de Ch..., 10 ans, D..., André, 4 ans 1/2, D..., Marie, 33 mois, D..., Simone, 10 ans, F..., Renée, 7 ans, T..., Mlle, 16 ans.

5° *Coexistence d'une épizootie.* — Nous la trouvons signalée deux fois :

B..., Marie, 6 ans 1/2, est prise brusquement de fièvre, de douleurs généralisées, phénomènes auxquels succède bientôt une paralysie des membres inférieurs. Quand nous l'examinons, plus de deux ans après le début des accidents, paraplégie flasque avec atrophie et troubles des réactions électriques. Au moment où elle est tombée malade, régnait, sur les poulets, une épizootie dont la nature n'a pu être précisée.

Q..., Robert, 4 ans, a été atteint brusquement de fièvre et de réactions méningées. Lorsqu'il se présente à notre cabinet, il est porteur d'une paralysie flasque et atrophique du membre inférieur gauche. Lorsqu'il a été pris, existait, dans le voisinage, une épizootie frappant les animaux de basse-cour.

Il eut été intéressant de déterminer la nature de cette épizootie. Les circonstances ne s'y sont pas prêtées. Mais on peut, en s'appuyant sur les faits analogues que contient la littérature, se demander si ce n'est pas le même virus qui a occasionné l'épizootie, d'une part, la poliomyélite, de l'autre.

6° *Cas sporadiques.* — Ils sont souvent d'une interprétation difficile. Nous avons, jadis, rapporté à l'Académie de Médecine, l'observation d'un jeune homme de 15 ans qui fut pris brusquement de fièvre, de malaise général et d'une monoplégie du membre supérieur gauche, à laquelle succédèrent des phénomènes bulbaires, que guérit miraculeusement le sérum du Dr Auguste Pettit. Dans son entourage, aucun malade : pas un seul cas de poliomyélite avérée au lycée dont il suivait les cours.

Plus récemment, nous avons eu l'occasion de donner nos soins, avec MM. Beaufort et Chausselat, à une fillette de 10 ans, vivant dans un hameau où, quelques jours auparavant, avait sévi une petite épidémie d'ictère.

Sans prodromes, brutalement, l'enfant est prise de fièvre et de réactions méningées auxquelles succède une paralysie flasque étendue, occupant les membres inférieurs, le tronc, le membre supérieur gauche, et compliquée de violentes douleurs. A la ponction lombaire, liquide clair, hypertendu. Sous l'influence du sérum de Pettit en injections intrarachidiennes et intramusculaires, amélioration rapide, et, aujourd'hui, la paralysie est en voie de rétrocession.

Quelles hypothèses peut-on formuler dans ce cas ? Contagion par un porteur de germes sains ? Contagion par un des enfants atteint d'ictère catarrhal ? A la première, on peut objecter que le hameau est loin de tout centre et que les communications avec l'extérieur y sont réduites au minimum : objection bien peu probante, d'ailleurs, car il suffit d'un porteur de germes : facteur, gendarme, voyageur, fournisseur, pour transmettre le mal. A la seconde, qui invoque l'existence de formes inapparentes, extra-nerveuses, manque la confirmation biologique établissant l'existence, chez les sujets atteints d'ictère, d'une réaction neutralisante du sérum. On peut aussi se demander si le virus n'a pas été apporté par un animal domestique : tous ceux qui ont vécu à la campagne savent que les chiens, et même les chats, sont capables de « fugues », et qu'on peut les retrouver bien loin de leur domicile. Mais, à supposer que ces animaux soient les coupables, comment expliquer que, dans toute la région, il n'y ait eu, à ce moment, aucun autre cas de poliomyélite ? Dans une partie du centre de la France que nous connaissons bien et où nous sommes en relations avec de nombreux confrères, nous avons été surpris de constater que, depuis la grande épidémie de 1912, il se produit, chaque année, quelques cas sporadiques dont l'origine reste mystérieuse. Le virus est apporté à l'enfant, assurément ! Par qui ? Par un porteur de germes sain ? Par un animal domestique au cours d'une « fugue » ? Par un porteur de germes chez qui la maladie se traduit par des symptômes de « grippe », par un catarrhe digestif, par de l'ictère ? Questions passionnantes et auxquelles il est encore malaisé de donner une solution.

ACTUALITÉS

LES APPLICATIONS LOCALES DE L'HISTAMINE

Depuis la brève étude qu'en 1934 (1), nous avions faite ici de l'histamine, de nombreux travaux montrent que physiologistes et cliniciens témoignent à cette substance d'un intérêt croissant ; elle prend en thérapeutique une importance qu'on ne pouvait alors envisager. Les effets locaux sont en effet mieux connus et l'on dispose de préparations mieux tolérées que l'histamine pure d'autrefois qui était douloureuse et choquante dans bien des cas. C'est surtout en modifiant le mode d'administration qu'un tel progrès a été rendu possible. L'injection sous-cutanée est à peu près abandonnée. L'ionisation est en pratique d'application compliquée. Au contraire, la *voie intradermique* et l'emploi de *scarifications* sont des techniques faciles et qui ont fait leurs preuves d'efficacité.

C'est en effet à l'action locale de l'histamine qu'on fait appel le plus souvent. Mais même par cette voie cutanée, l'action générale de l'histamine conserve sa puissance.

Ce que l'on savait en 1934 des effets généraux sur la circulation, le fonctionnement cardiaque, sur la musculature lisse et striée, sur les sécrétions glandulaires, sur la composition du sang et sur le métabolisme général a été confirmé et précisé par les travaux plus récents.

Rien non plus n'est venu contredire ce que l'on savait alors des effets locaux de l'histamine qui sont seulement plus exactement connus.

La *triade réactionnelle* décrite par Lewis demeure la description fidèle des effets dûs à l'introduction d'histamine dans les téguments par ionisation, scarification ou injection intradermique. On apprécie, par contre, plus exactement son pouvoir analgésique local ou régional, et c'est surtout à lui que fait appel la thérapeutique. Les effets généraux sont cependant assez nets pour qu'on puisse, quoiqu'avec moins de certitude, penser à les utiliser.

Ce qui semble conditionner l'activité de l'histamine, c'est la présence et l'intensité de la triade de Lewis. On connaît un certain nombre de conditions pratiques qui la modifient et dont il faut tenir compte en thérapeutique. Les unes tiennent au terrain : la réaction cutanée est plus intense chez les adultes, chez les blonds, sur les parties couvertes des téguments, sur les membres en position déclive. Les autres tiennent à l'état pathologique : la réaction est plus intense lorsqu'existe une allergie cutanée ou générale : prédisposition à l'urticaire (Fiessinger et Gajdos), asthme (Ramirez et Georges). La réaction s'affaiblit au contraire chez les sujets à peau sèche, chez les rénaux, les cardiaques, les asthmatiques. L'incertitude règne encore sur l'explication qu'il faut donner de ces faits d'observation.

L'effet analgésique est corrélatif à l'intensité de la triade de Lewis. Il apparaît rapidement et surtout pour des douleurs musculaires et se prolonge durant 4 à 10 heures à la condition expresse que les douleurs ne soient pas dues à des phénomènes d'inflammation locale.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — La principale est la douleur.

C'est dans les *myalgies* que les résultats sont les meilleurs, à condition que la douleur existe en dehors de lésions du muscle et soit le seul symptôme. Le lumbago, le torticolis, les myalgies cervicobrachiales ou dorsales ont donné à Deutsch des améliorations dans 75 des 94 cas traités. Schenk, Bettmann, Binet et Woodmansky, Trupp et Laqueur ont eu par des injections intradermiques des résultats analogues. De même Weissenbach et Perlès qui évaluent les succès entre 85 p. 100 et 95 p. 100 des cures entreprises.

Les résultats sont bons aussi dans des *névralgies*. Divers auteurs ont obtenu des succès dans 50 à 60 p. 100 des cas de névralgies faciales. Dans des névralgies cervicobrachiales sans atteinte rachidienne, Coste a obtenu sur 5 cas 2 guérisons et 2 améliorations. De même dans les névralgies intercostales.

Dans les sciatiques, les résultats sont bons aussi à la période d'état et dans des formes anciennes et rebelles, à localisation basse. A la période aiguë au contraire, et lorsqu'il y a des lésions rachidiennes, il convient de s'abstenir dans la crainte d'insuccès complet, sinon d'aggravation.

Parmi les *arthralgies*, c'est surtout à celles qui sont dues à des arthrites sèches que s'adresse le traitement par l'histamine. Coste a obtenu des succès dans 60 p. 100 des cas de coxarthries ; la guérison peut même être totale si l'articulation n'est pas trop délabrée. Cet auteur emploie les injections profondes, mais Weissenbach et Perlès ont obtenu d'aussi bons résultats par voie intradermique. Bons résultats aussi dans les arthroses du genou et de la tibio-tarsienne.

Les résultats sont moins réguliers dans des ostéophytoses très circonscrites du rachis dorsal ou lombaire et dans les arthroses des doigts et des orteils. Mais les douleurs seules sont influencées et jamais les déformations dans l'éventualité la meilleure.

De même dans la polyarthrite sèche progressive.

Les rhumatismes chroniques infectieux ne peuvent en bénéficier que pour leurs séquelles douloureuses et seulement lorsque la poussée évolutive est absolument terminée.

Les périarthrites (scapulohumérale en particulier) en sont également justiciables ; douleurs et contractures sont atténuées.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 26 déc. 1934.

De même les algies séquelles de traumatismes (sciatiques après fractures, douleurs rebelles après entorse), où l'œdème disparaît en même temps.

Les rhumatismes infectieux aigus ou subaigus gonococciques ou autres, le rhumatisme articulaire aigu sont par contre des contre-indications absolues.

Seules parmi les arthrites aiguës, les arthrites traumatiques ou goutteuses peuvent bénéficier du traitement par l'histamine.

Comme autres indications éventuelles, nous citerons les algies postzonateuses, qui sont rendues moins durables (Touraine), les algies par troubles circulatoires angor pectoris, claudication intermittente en particulier, et aussi les points de côté d'origine pleuro-pulmonaire.

Une autre indication importante de l'histamine est constituée par les prurits, en particulier le *prurit anal ou vulvaire*. Sur 95 cas de prurit anal, Cain a obtenu 85 succès. L'effet semble ici plus lent et plus progressif que dans les algies, mais les résultats semblent durables si le traitement est continué au delà du succès apparent.

L'influence de l'histamine sur l'état d'allergie a été également utilisée. Ramirez et Georges (1924), puis Friedlander et Petow (1927) ont ainsi traité des *migraines* avec succès. La voie intradermique semble la meilleure et permet d'éviter plus sûrement les doses trop fortes. Ramirez et Georges (1924), Stahl et Masson (1932), puis Piquet ont traité des cas *d'asthme*, grandes crises ou dyspnée asthmatiforme. Les résultats ont été d'autant meilleurs que l'asthme ne s'accompagnait ni de lésions cardiaques, ni de bronchiectasie. Les grandes crises peuvent céder en quelques minutes, même si l'adrénaline est impuissante. On connaît encore mal la solidité de ces succès, mais il semble que l'histamine agit sur la crise, mais non sur le terrain.

Dans *l'urticaire*, Fiessinger et Gajdos ont obtenu de beaux succès, ainsi qu'Israël, Jacob et Meyer, dans des urticaires alimentaires récidivants. L'œdème de Quincke réagit aussi à l'histamine, les eczémas au contraire ne se modifient en général pas.

Ce sont là des indications accessoires au même titre que l'ulcère variqueux, l'herpès récidivant et la pelade, où des succès ont été observés pourtant.

D'une manière générale, l'histamine est contre-indiquée toutes les fois qu'un processus inflammatoire est en cours. La brusquerie des effets doit inciter à une prudence spéciale chez les malades à cœur ou à vaisseaux lésés ou à tension trop instable.

Mode d'administration. — L'injection sous-cutanée n'est plus guère employée, sauf dans les injections profondes périarticulaires réservées aux arthrites chroniques que les autres modes d'administration n'ont pas soulagées.

On a recours actuellement aux injections intradermiques ou aux scarifications, dont la technique est la même que celle de la cuti ou de l'intradermo-réaction.

C'est surtout la prudence dans les doses et dans leur progression qui importe. Correctement faites, les injections doivent être indolores et peu choquantes ; il est cependant prudent de faire garder le décubitus au malade pendant les 20 minutes qui suivent l'injection.

On emploie surtout la solution de *bichlorhydrate d'histamine* à un demi-milligramme par cmc. avec anesthésique local associé. Pour l'injection intradermique, on emploie une seringue de 1 cmc. divisée en 1/20e. Les injections sont faites sur le trajet douloureux ou sur la zone contracturée et la dose est répartie dans le plus grand nombre possible d'intradermos *sur la plus grande surface possible. Chaque injection sera de 1/5e à 1/20e de cmc. ; on répartira la dose en 25 ou même 30 injections.*

Les séances d'abord quotidiennes, pourront par la suite être faites tous les deux jours. L'insuccès en 10 séances sur un rhumatisme doit faire abandonner ; une patience plus prolongée est nécessaire dans les maladies allergiques. Dans les névralgies et arthralgies, l'effet est net en général en six à huit séances, mais il faut toujours prolonger un peu la cure.

Les doses ne sauraient être trop prudentes et s'éloignent de la posologie ancienne. Dans tous les cas, on tâtera la susceptibilité par une première dose de 1/8e de milligramme. On passera ensuite dans les algies à 1/2 milligramme par séance ; dans les manifestations allergiques, mieux vaut s'en tenir au 1/3 de milligramme au plus.

Moyennant ces précautions, l'histamine peut rendre d'appréciables services et prendre place parmi les médicaments d'usage pratique.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 22 novembre 1938

Notice nécrologique sur M. Malvoz. — M. Guérin.

Rapport concernant les travaux sur l'hygiène de l'enfance en 1937. — M. Lesage.

Le traitement de la péritonite tuberculeuse dans nos hôpitaux. — MM. Ph. Pagniez et A. Plichet. Le traitement de la péritonite tuberculeuse dans nos hôpitaux, soulève de grandes difficultés. L'héliothérapie, méthode qui paraît actuellement réunir le plus grand nombre de suffrages, est pratiquement irréalisable dans notre climat parisien et l'envoi des malades dans les stations spéciales est pour ainsi dire impossible. L'actinothérapie, malgré ses quelques avantages, ne remplace certainement pas la cure d'altitude et de lumière. Mais il est une thérapeutique, peu employée actuellement à Paris, qui semble à MM. Ph. Pagniez et A. Plichet, mériter d'occuper une place bien différente de celle qui lui est aujourd'hui reconnue : c'est la radiothérapie.

Grâce à la précieuse collaboration de M. I. Solomon, ils ont pu soigner à l'hôpital Saint-Antoine, une série de malades, même atteints de formes graves (formes de Fernet-Boulland, formes fibro-adhésives) avec un succès qui leur a paru très remarquable. Aussi estiment-ils que dans les conditions spéciales de la clinique hospitalière, cette thérapeutique constitue-t-elle la méthode de choix.

Essai de détermination de la valeur fonctionnelle du foie par l'étude des variations électrométriques du pH et de la réserve alcaline biliaire. — MM. Chiray, J. Dieryck et Mme J. Dieryck.

1. La mesure électrométrique du pH de la bile et du suc pancréatique prélevé par tubage duodénal chez l'homme, peut être effectuée avec une grande précision sous réserve d'un certain nombre de détails techniques à observer ;

2. Le pH de la bile hépatique est remarquablement fixe chez un même individu au cours des divers prélèvements faits dans un même examen et au cours d'examens successifs espacés dans un certain laps de temps. Il oscille entre 7,0 et 7,2. De cette fixité, les variations pathologiques et les variations provoquées tirent toute leur valeur ;

3. Le pH du suc pancréatique est à peu près le même que celui de la bile hépatique, ce qui met hors de cause, dans la mesure du pH biliaire, la possibilité d'erreurs liées au mélange en proportions variables du suc pancréatique et de la bile hépatique ;

4. Le pH de la bile vésiculaire lui est toujours notablement différent de celui de la bile hépatique. Il évolue nettement vers l'acidification ;

5. Nos premières constatations dans le domaine pathologique nous portent à croire que, dans les cas où les cellules du foie sont notablement altérées, la bile hépatique évolue vers l'acidité.

Rapport sur la vaccine. — M. Lereboullet fait le rapport annuel sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France, en Algérie et dans les pays de protectorat au cours de l'année 1937. Il insiste sur la nécessité de rappeler aux municipalités les dispositions réglementant la vaccination obligatoire, notamment l'établissement préalable des listes des assujettis, la tenue régulière des séances de contrôle et la poursuite éventuelle des réfractaires.

Il rappelle l'importance du contrôle systématique par l'Institut Supérieur de vaccine dirigé à l'Académie par le docteur H. Bénard, de toute la production vaccinale.

Il propose à l'Académie d'émettre les vœux :

« Que des instructions soient données, notamment dans les maternités, pour qu'aucun certificat ne soit délivré concernant un enfant non revenu à la séance de contrôle ;

« Que soit rappelée aux médecins vaccinateurs la grande activité des préparations vaccinales dont ils disposent et les inconvénients d'inoculations trop nombreuses et trop étendues ;

« Que soit encouragée dans les différents départements la pratique des convocations individuelles ;

« Qu'il soit tenu compte des indications du dernier recensement pour convoquer en temps opportun les assujetties de la vingt et unième année. »

Election. — M. Baudouin est nommé, par 68 voix, membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques.)

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1938

Gangrène cutanée post-opératoire progressive. — M. Wilmoth rapporte cette observation due à MM. Pergola et Rosenfeld. Il s'agit d'une malade opérée d'un cancer rectosigmoïdien (opération d'Hartmann) ; au 21e jour, apparaît une gangrène post-opératoire, à laquelle la malade finit par succomber. Les cas de gangrène post-opératoires (23 cas publiés), sont caractérisés par une plaque de sphacèle entourée d'une infiltration de la peau.

Au point de vue thérapeutique, vaccinothérapie et sérothérapie ont toujours échoué. Au début, la cautérisation au nitrate d'argent de la peau gangrénée suivie de rayons ultraviolets peut quelquefois arrêter le processus ; quand les lésions sont plus avancées, c'est une excision chirurgicale des tissus qui peut arrêter l'évolution des lésions.

M. Madier en rapporte une observation terminée par guérison à la suite d'une exérèse au bistouri électrique des tissus envahis par la lésion.

M. P. Duval croit qu'il faut séparer les gangrènes survenant après opération septique et celles rares d'ailleurs que l'on a vu à la suite d'interventions parfaitement aseptiques ; aucune explication pathogénique ne peut actuellement en être fournie.

MM. Sorrel, Monod ont observé des cas de gangrène post-opératoires après appendicectomie.

Phlébites et sangsues. — Travail de MM. Ducuing et Miletz rapporté par M. Rouhier ; les auteurs estiment que les sangsues n'ont aucune influence sur la marche clinique des phlébites.

Ostéomyélite primitive aiguë à staphylocoques dorés de l'occipital. Trépanation. Guérison apparente. — Cette observation de MM. J. Chahaud, M. Hemionet et E. Ferron est rapportée par M. Truffert. Un mois après la trépanation, on est obligé de réintervenir pour enlever un séquestre. Depuis le malade est resté guéri.

Sur le traitement chirurgical du dolichocôlon (Résection colique ou splanchnicotomie). — M. Okinczyc rapporte les résultats éloignés de deux observations déjà publiés par M. Goinaret ; il y ajoute une troisième inédite ; le résultat de l'intervention fut excellent, bien que la radiographie montre un rétrécissement large siégeant au niveau de l'anastomose.

Mais depuis février dernier, M. Goinaret a recours dans le traitement du dolichocôlon à la splanchnicotomie en suivant la technique indiquée par Meillère et Brehaut. Les résultats immédiats sont très satisfaisants, au point de vue fonctionnel tout au moins ; car radiologiquement, il ne paraît pas y avoir une diminution importante du calibre du côlon iléo-pelvien.

Séance du 16 novembre 1938

A propos d'un cas de gangrène cutanée post-opératoire. — M. Barbier rapporte cette observation ; la gangrène s'est développée chez une malade opérée de cancer du côlon iléo-pelvien, et qui évolua vers la guérison, sans autre traitement que des pansements locaux.

A propos de la technique des gastrectomies. — M. Braine reprend quelques points de technique personnelle.

Les suites opératoires des gastrectomies. — M. Desplas rapporte une observation d'ulcère peptique développé à la suite d'une gastro-entérostomie faite pour un ulcère duodénum ; il insiste sur la fréquence avec laquelle on retrouve en pareil cas des troubles mécaniques favorisant l'apparition de stase (anse afférente trop longue, utilisation de fils non résorbables).

Désarticulations de la hanche dans le traitement des ostéosarcomes du membre inférieur. — M. Alglave complète la désarticulation par un évidement des parties molles de la région fessière ; par ce procédé, M. Alglave a eu une survie de 9 ans et une survie de 6 ans et demi.

Sur le traitement chirurgical de la ptose gastrique. — M. Cunéo fait un rapport sur un travail de M. Mirallié qui utilise une suspension de l'estomac au moyen d'un lambeau aponévrotique prélevé dans les grands droits.

M. Grégoire a opéré plusieurs cas de ptose gastrique ; il a utilisé la technique de Lambret et il a l'impression que les malades en ont tiré un bénéfice indiscutable.

Volumineuse tumeur abdomino-pelvienne d'origine vésicale. — Rapport de M. L. Michon sur une observation de M. Querneau. Il s'agissait d'une tumeur sous-péritonéale dont l'exérèse est rendue difficile par les adhérences qu'elles présentaient avec les anses grêles, tandis que la libération de la vessie se fait aisément. On pense à une tumeur d'origine allantoïdienne, mais l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un neurinome.

Luxation antérieure de l'atlas sur l'axis avec fracture de l'apophyse odontoïde. Réduction suivie de verrouillage par greffons articulés. — M. Desplas rapporte cette observation due à M. Polony et souligne la qualité du résultat obtenu, le malade ayant recouvré une grande mobilité de sa tête

M. PETIT-DUTAILLIS estime qu'il est un peu prématuré de juger la valeur de la méthode ; il faut attendre plusieurs années.

De l'avenir des greffons para-articulaires chez les enfants. — MM. SORREL et RICHARD présentent 9 observations qui leur permettent quelques précisions sur l'évolution des greffes chez l'enfant, les greffes ne s'allongent pas avec la croissance et se fracturent ou arrachent leur base d'implantation lorsque la traction exercée du fait de l'allongement des os devient excessive. Ils entraînent par suite des incurvations secondaires, tant que le greffon ne s'est pas libéré.

C'est ainsi que certains greffons para-articulaires placés au voisinage de la hanche entraînent une flexion-adduction du fémur.

MM. Sorrel et Richard ne croient pas qu'il faille pour ces raisons renoncer à l'utilisation de la greffe para-articulaire, mais s'en servir seulement à titre temporaire.

M. Richard insiste sur la gravité de la tuberculose du genou chez l'enfant et sur la nécessité de recourir dans certains cas à la greffe para-articulaire.

M. Lance a observé 10 cas de genu recurvatum provoqués par le greffon ; il semble que ces déformations secondaires soient rares au niveau des autres articulations, car le cartilage de croissance est beaucoup moins actif en particulier au niveau du col fémoral. Au niveau du rachis, il se ferait une adaptation du greffon ; M. Lance l'a observé dans deux cas de greffes faites chez des enfants pour scoliose paralytique.

M. Delahaye estime qu'il faut conserver aux greffes para-articulaires une certaine place dans le traitement des tuberculoses du genou de l'enfant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 104. ABLARD. — L'épreuve de sédimentation globulaire et sa valeur au cours du rhumatisme articulaire aigu.

21. ALBÉS. — L'évolution médicale et la pensée hippocratique.

97. AMILLAC. — Etude anatomo-clinique des adamantinomes odontoplastiques.

40. ARNAUD. — Les complications post-opératoires de l'appendicite aiguë d'après 859 observations de l'Infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu.

83. BARIDON. — Contribution à l'étude de la tension artérielle dans les néphropathies gravidiques avec hypertension.

41. BARRACAN. — Les injections intra-artérielles de mercurochrome dans les infections graves localisées.

134. BASTIEN. — Les troubles cardiaques du béribéri.

67. BEAUFILS. — L'ozonothérapie en stomatologie. (Ses propriétés thérapeutiques, son mécanisme d'action, sa technique d'application).

147. BEAUMONT. — Contribution à l'étude de la tension artérielle chez les amputés de guere. (Etude statistique et médico-légale).

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1938, *Thèses de Hanoï*, n° 68 du 24 août, p. 1074 ; *Thèses de Strasbourg*, n° 69 du 27 août, p. 1100 ; *Thèses de Lille*, n° 70, du 31 août, p. 1113 ; *Thèses de Marseille*, n° 71, du 3 sept., p. 1134 ; *Thèses d'Alger, Montpellier et Toulouse*, n° 78, du 28 sept., p. 1241 et 1243 ; *Thèses de Bordeaux*, n° 86, du 26 oct., p. 1374 ; *Thèses de Nancy*, n° 93, du 19 nov., p. 1488.

103. BENNEGENT. — Enquête médico-psychologique sur des descendants de paralytiques généraux.

101. BENOIS. — Les sentiments de dépersonnalisation dans les petits états dépressifs.

91. BERNARD. — Essai sur la prophylaxie de la criminalité et de la délinquance alcoolique.

130. BIGORIE. — Les tumeurs malignes du naso-pharynx.

129. BLANC (Georges-Henri-René). — Contribution à l'étude de la néphropexie. Indications. Résultats.

45. BLANC (Marius). — Sur des cas récents d'ictère grave familial du nouveau-né (maladie de Pfannenstiel)

151. BŒUF. — Etude critique des anévrismes artériels intracraniens non emboliques.

96. BORRIONE. — Rupture anormale des grossesses extra-utérines.

43. BOUCHE. — Rétraction ischémique de Volkmann et gangrènes musculaires aseptiques par lésions veineuses.

122. BOVIER-LAPIERRE. — De la mortalité des accouchées dans un service hospitalier pendant dix ans (1927-1937).

2 BRACHET. — Contribution à l'étude d'un type clinique de cancer gastrique : le cancer ulcériforme.

25. BRUNEL. — Les idées créatrices dans l'évolution de la médecine (essai d'histoire des tendances médicales).

94. BUCHER. — Folliculine et parturition. (Etude physiologique et thérapeutique).

120. BURTHIAULT. — Le radio-diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire.

118. BUSSILLET (Mme), née Gressier. — La fièvre ondulante dans le département du Rhône. (Etude épidémiologique, prophylaxie).

92. CANTONI. — Traitement de l'hématocolpos dans les malformations congénitales du vagin.

168. CAZALAS. — Les espaces intra et péri-pharyngiens. (Etude anatomique et expérimentale. Considérations médico-chirurgicales).

34. CHADUC. — De l'influence de certaines maladies infectieuses sur la tuberculose pulmonaire.

52. CHAPUIS. — Contribution à l'étude des pancréatites aiguës.

100. CHARMOT. — Contribution à l'étude des troubles mentaux chroniques post-typhiques.

93. CHASTANG. — Essai historique sur la vie et l'œuvre chirurgicale de Jacques Lisfranc de Saint-Martin (1787-1847).

44. CHAUVENET. — Contribution à l'étude de l'ostéomalacie du semi-lunaire. (Maladie de Kienbœck).

29. CHAUVIGNY DE BLOT (DE). — Du traitement des fistules anales graves par la méthode du lien élastique.

36. CHOLLET. — Contribution à l'étude des séquelles neuro-psychiatriques chez les traumatisés craniens récents.

18. CORNUT. — Etude expérimentale de la glande médullo-surrénale en fonctionnement autonome.

121. COURAY. — L'examen prénuptial au point de vue des maladies vénériennes et ses difficultés d'application.

79. COURTY. — Contribution à l'étude des ruptures et perforations des culs-de-sac vaginaux au cours des manœuvres abortives et du curage digital.

112. CUILLERET (Mme), née MICHON. — Utilisation thérapeutique de l'ultra-filtrat de sang menstruel.

60. DAMEY. — Manie et hypocondrie.

116. DANIC. — Botryomycomes, angiomes, granulomes. (Etude comparative de certaines formations angioplastiques acquises de nature irritative).

16. DAURAND. — Sur l'accouchement par les voies naturelles, chez les femmes antérieurement césarisées.

71. Dauvergne. — Contribution à l'étude de l'évolution des maladies par carence. (Carences dystrophiques et carences eutrophiques, phases de réversibilité et d'irréversibilité).

148. Debax. — Les troubles du rythme cardiaque d'origine traumatique. (Etude médico-légale).

156. Despois. — Les adénopathies superficielles au cours de la rougeole et de la rubéole. (Critique de leur valeur diagnostique).

80. Desrichard. — Contribution à l'étude du caractère familial de la tuberculose.

28. Dollonne. — L'oxygénothérapie intensive par la « Tente à oxygène ».

150. Domergue. — Considérations sur les états mixtes de la psychose maniaco-dépressive. (Diagnostic).

140. Dugoujon. — Les renseignements fournis par la radiologie avant la section des adhérences dans le pneumothorax thérapeutique.

136. Dumont. — Essai critique sur la médication expectorante.

110. Durteste. — Pulvérisation électrique et absorption endo-pulmonaire.

74. Fabre. — La reprise de travail et l'avenir social des tuberculeux pulmonaires.

157. Fagot. — Traitement de la lambliase par l'atébrine-quinacrine. (Etude expérimentale et clinique).

14. Falgueirettes. — Valeur de l'examen clinique préalable dans le traitement des corps étrangers intraoculaires.

17. Favre. — Sclérose du foie chez des nouveau-nés morts au cours du travail ou rapidement après la naissance. (26 observations).

126. Faysse. — Contribution à l'étude du syndrome abdominal aigu du purpura.

123. Ferri. — Contribution à l'étude du terrain en hématologie. (L'avitaminose C, facteur de révélation du déséquilibre des centres hématopoïétiques chez les sujets vaccinés à l'anatoxine diphtérique).

87. Feu. — A propos de trois intoxications mortelles à la suite d'avortement provoqué par ingestion d'armoise.

22. Feugier. — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'acrodynie. (Sur la fréquence du contact animal dans 16 cas personnels).

113. Fillon. — Contribution à l'étude de la pression veineuse en physiologie normale et pathologique.

57. Flamet. — La syphilis pulmonaire infarctogène ou : syphilis pulmonaire à thromboses vasculaires multiples.

161. Foissin. — Complications médullaires de la coqueluche.

46. Forestier. — Contribution à l'étude des enfants dits « prématurés ou débiles ». (Enfants pesant moins de 2.500 grammes à la naissance).

146. Francillon. — Contribution à l'étude du pneumothorax extra-pleural chirurgical.

162. Frêne. — A propos d'un cas de rupture spontanée de l'utérus gravide au voisinage du terme par chorio-épithélioma malin.

165. Gaillardin. — L'ostéosynthèse par voie antérieure transcrurale dans le traitement des fractures fermées de la diaphyse fémorale.

3. Gay. — L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire dans le diagnostic et la thérapeutique neurologiques.

88. Gèghre. — L'emphysème sous-cutané spontané dans les affections pulmonaires.

61. Germain. — Treize observations d'hématome du sterno-cleido-mastoïdien chez des nourrissons

1. Gignoux. — La thrombo-phlébite du sinus latéral. (Etude anatomo-clinique de 37 observations de la clinique du professeur Collet).

35. Gire. — Un grand hôpital indigène au Maroc : l'hôpital régional « Cocard », de Fez.

98. Gombert. — Contribution à l'étude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope.

81. Gonin. — Le syndrome de Morgagni-Adams-Stokes. (Vertiges et syncopes dans la dissociation auriculo-ventriculaire).

7. Gras. — Les accidents syphilo-tabétiques de l'avant-pied.

58. Grundlinger. — La cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale.

62. Guerrini. — Contribution à l'étude des fractures de l'épine tibiale.

19. Guiran. — Le problème des nerfs glyco-sécréteurs. (Un nouvel aspect de la question).

128. Hebrard. — De l'hystérectomie dans les tumeurs de l'ovaire.

85. Huichard. — Etude pharmacologique et thérapeutique des dérivés iodo-phénolés de l'hexaméthylène tétramine.

47. Jolas. — Contribution à l'étude de la névrose obsessionnelle. (Son évolution).

167. Joly. — Contribution à l'étude des kystes aériens du poumon chez l'adulte.

142. Kerjean. — La téléradiothérapie dans le traitement du mycosis fongoïde.

159. Klein. — Contribution à l'étude théorique et clinique de la réaction de Takata-Staub-Jezler. (Test d'insuffisance hépatique).

158. Laffay. — Toxicité en injection première, chez le lapin, de la rate humaine et du sérum splénique.

153. Lalague. — Délires de jalousie et alcoolisme.

107. Languillon. — Contribution à l'étude des rétrécissements de l'uretère.

141. Laussinotte. — Eléphantiasis nostras des membres inférieurs. Lésions osseuses et cutanées.

164. Leclerc. — Les tumeurs malignes primitives des os. (Classification, étude clinique et radiographique).

115. Ledru. — Les ictères graves de la sérothérapie.

108. Le Méhauté. — Traitement des calculs du tiers inférieur de l'uretère par les méthodes endoscopiques.

78. Lemonon. — Contribution à l'étude clinique et radiologique du sarcome d'Ewing.

70. Lepagnole (Mme), née Benoist. — Contribution à l'étude de la vaccination antidiphtérique (à propos de dix observations inédites de diphtérie chez les vaccinés).

6. Lepetit. — A propos d'un cas de chondromes multiples de la main.

39. Le Tacon. — Contagion, hérédité. Discussion de leur rôle dans la genèse de l'infection tuberculeuse.

26. Lhuerre. — Le paludisme et la peste à Madagascar. (Influence des climats, des races, des mœurs).

84. Louchard. — Séro-anaphylaxie héréditaire et passive. Rôle de la protéine visqueuse. Double sensibilisation.

69. Lyathaud. — Essais de traitement combiné dans la tuberculose pulmonaire. Phrénicectomie et pneumothorax contro-latéral.

105. Madon. — Les syndromes douloureux vésiculaires d'origine fonctionnelle. Fréquence, diagnostic, essai pathogénique.

127. Manine. — Contribution à l'étude des formes pseudo-néoplasiques de l'iléus biliaire.

65. Marache. — La courbe de sédimentation au cours du pneumothorax artificiel. Comparaison avec la courbe d'agglutination.

9. Marchal. — Contribution à l'étude de la réaction de Takata, test d'insuffisance hépatique.

77. Marsan. — Contribution à l'étude comparée des résultats anatomiques et des résultats fonctionnels dans les fractures diaphysaires fermées de jambe.

102. MATHIEU (Constantin-Georges-Jean-Pierre). — Considérations sur la physiologie et la psychologie du somnambulisme spontané.

66. MATHIEU (Jacques-Louis-Henri). — Les tumeurs malignes de l'ovaire épithéliales et primitives. Leur pronostic anatomo-clinique.

48. MATHIEU (Joseph-Marie-Charles). — Le traitement des infections cutanées par les antistreptococciques chimiques.

50. MÉCHIN. — Tuberculose de primo-infection chez l'enfant généralisée d'emblée.

152. MÉNARD. — De la folie morale à la démence précoce. Considérations sur certains états intermédiaires.

117. MERLE. — Nouvelles recherches sur la valeur du colibacille comme test de contamination des eaux de boisson.

73. MICAUD. — Les fractures isolées du condyle huméral. Fractures par décalottement de Mouchet.

99. MICHEL. — La place actuelle de la myomectomie dans le traitement des fibromes utérins.

49. MILLON. — Le facteur humoral dans la pathogénie des accidents de la transfusion du sang. Etude expérimentale.

23. MIMOUN. — Les résultats éloignés de la neurotomie rétrogassérienne par voie temporale. (Statistique de M. le docteur Wertheimer).

4. MODRIN. — Les complications orbitaires des méningiomes.

82. MONCENIX. — Contribution à l'étude de la lutte contre le taudis en France et à l'étranger. La lutte contre le taudis à Grenoble, de 1910 à 1937.

138. MONFORT. — Contribution à l'étude du pneumothorax spontané primitif chez l'adulte à propos de dix observations inédites.

154. MOREAU. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la tabo-paralysie.

(A suivre.)

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE ACTUELLE DES ANÉMIES

par le docteur J.-M. POULIN

Le traitement des anémies est actuellement en pleine évolution, nous allions écrire en pleine révolution. Il y a seulement une quinzaine d'années, les remèdes que l'on opposait au syndrome anémique étaient presque exclusivement chimiques. Les études qui ont été poursuivies sur la régénération sanguine ont amené une modification profonde dans la thérapeutique, en mettant en évidence l'étonnante efficacité des médications biologiques dans des cas qui demeuraient jusqu'alors au-dessus des ressources de la médecine.

Si importantes que soient ces nouveautés, elles ne doivent pas faire oublier les médications consacrées par le temps. Si nous examinons ces dernières à la lueur des travaux modernes, nous verrons qu'elles gardent toute leur importance, et connaissant mieux le mécanisme de leur action, nous pourrons, en les employant à bon escient, leur demander un meilleur rendement thérapeutique.

Prenons comme exemple, la médication martiale. Elle demeure pendant longtemps la seule médication anti-anémique et les cliniciens qui en avaient expérimenté les bons effets, la prescrivaient en toute tranquillité d'esprit jusqu'au jour où l'on s'avisa, à tort ou à raison, que le fer métallique n'était pas assimilable. Il parut logique de fournir à l'organisme le fer sous la forme même sous laquelle ce métal se rencontre dans le sang. Et d'envoyer tous les anémiques boire du sang frais aux abattoirs, et les spécialités à base d'hémoglobine de pulluler.

De grosses déceptions naquirent de l'usage d'une médication qui se défendait plus par la théorie que par les résultats cliniques, mais qui a conservé longtemps de nombreux défenseurs.

C'est en effet tout récemment que les travaux de Fontès et Thivolle ont porté le coup de grâce à l'hémoglobine considérée comme hémopoïétique et véhicule de fer assimilable.

Dans des expériences rigoureuses, ils ont montré que le fer n'était absorbé qu'à l'état d'ion. Or l'hémoglobine étant une matière albuminoïde, elle se digère imparfaitement au contact des sucs gastriques ; le fer qu'elle contient n'est pas à l'état ionisé indispensable à l'assimilation lors de son passage dans le duodénum et reste par conséquent inopérant. Après avoir montré la nécessité de l'ionisation, Fontès et Thivolle ont étudié, dans une série de travaux qu'il nous serait difficile de rapporter en détail, à cette place, plusieurs composés ferrugineux répondant aux conditions requises.

Qu'il nous suffise de savoir que le fer correctement prescrit a une action indéniable dans l'anémie.

Sa posologie a été déterminée par les mêmes auteurs. Pour eux, l'organisme humain peut assimiler cinq ou dix centigrammes de fer par jour. C'est un plafond qu'il est inutile de dépasser ; on retrouve l'excès dans les fèces en moins de 48 heures, si on en administre davantage. Comme on en juge, le fer est presque toujours prescrit à des doses exagérées. Cela tient vraisemblablement au mauvais choix des préparations ferriques.

Dans le syndrome qui nous intéresse, il est également classique de prescrire l'arsenic. Il est curieux de remarquer qu'à fortes doses, ce médicament produit des intoxications entraînant des anémies sérieuses. Cette inversion n'est-elle qu'une question de dose ? Il est probable que l'arsenic n'est pas spécifiquement anti-anémique. Il possède surtout une action tonifiante sur l'organisme qui est incontestablement utile, mais non indispensable. Beaucoup pensent qu'il y a inconvénient à employer à des doses prolongées un médicament qui, d'excitant des noyaux cellulaires, peut se transformer en destructeur de ces mêmes noyaux.

Le cuivre au contraire, a été considéré longtemps comme un poison de l'organisme. Les ménagères en ont une terreur ancestrale et ne consentent à se servir d'une batterie de cusine en cuivre, qu'à la condition qu'elle soit étamée. Il y a des préjugés qui ont la vie dure. Le cuivre n'est cependant pas toxique, il est même un excellent anti-anémique. Bien que la question ait été assez controversée, nous renverrons encore aux travaux de Fontès et Thivolle : « Le cuivre ajouté au fer, disent ces auteurs, améliore nettement le rendement en hématies et surtout en hémoglobine, par rapport au traitement martial seul ». Ils ajoutent : « L'introduction systématique du cuivre au fer en thérapeutique humaine paraît souhaitable ».

Le cuivre agit à de très faibles doses : quelques milligrammes par jour. Elvehjen est plus catégorique encore. Pour lui, le fer inorganique n'est utilisable pour la formation de l'hémoglobine qu'en présence du cuivre.

Muntwyler et Hanzel supposent que le cuivre donné à des rats anémiés mobilise le fer du foie pour produire l'hémoglobine.

Depuis longtemps, les cliniciens avaient remarqué que les légumes verts conviennent aux anémiques ; leur action s'expliquerait par la présence du cuivre.

Citons le manganèse et le mercure, qui agit merveilleusement quand la syphilis est en cause, et nous aurons fait le dénombrement des médications chimiques de l'anémie.

Les médications organiques sont d'acquisition beaucoup plus récente. La première en date fut une opothérapie indirecte.

Mais ce n'est qu'en 1925 que la thérapeutique anti-anémique devait faire un progrès énorme. Jusqu'ici, l'anémie « pernicieuse » restait incurable, c'est précisément dans cette maladie, que la méthode de Whipple devait donner les plus beaux résultats. Au cours d'une série d'expérimentations physiologiques, cet auteur mit en évidence l'action élective du foie sur les anémies.

Cette opothérapie hépatique devait être suivie de près par l'opothérapie gastrique et l'importante découverte des acides aminés hématogènes. Ces deux médications furent l'aboutissant de travaux entrepris pour rechercher les raisons pour lesquelles les anémies graves s'accompagnent généralement de troubles gastriques avec, en particulier, une forte hypochlorhydrie et même de l'anachlorhydrie et des modifications du microbisme intestinal.

Pour Fontès et Thivolle, l'achlorhydrie gastrique et l'achylie gastrique invoquées dans la genèse des anémies seraient en cause par un mécanisme plus compliqué. On sait que l'organisme animal édifie les albumines spécifiques en partant d'une matière première qui lui est fournie par les albumines alimentaires amenées par une série de dislocations sous l'action des ferments digestifs, à leur stade ultime : les amino-acides.

Fontès et Thivolle démontrèrent que ces acides aminés sont indispensables pour entretenir les valeurs hématologiques et que si les troubles de la digestion sont bien en cause dans la production des anémies, c'est parce qu'ils gênent la production des acides aminés indispensables.

Le début de la digestion des matières protéiques étant défectueux, les sucs pancréatique et intestinal auront du mal à accomplir leurs fonctions. Dans ce gigantesque travail qu'est le démantèlement de la cathédrale d'atomes que constitue la molécule protéide, les sucs digestifs agissent non pas simultanément, mais progressivement et chacun à leur tour. On comprend les troubles qu'entraîne dans ce travail à la chaîne la déficience du suc gastrique qui, précisément, doit agir un des premiers : la digestion s'arrêtera au stade des gros polypeptides d'absorption malaisée au lieu d'aboutir comme il est normal, aux acides aminés à noyaux non synthétisables, comme le tryptophane et l'histidine.

La pullulation des germes dans le tube digestif est encore une cause d'aggravation, car les acides aminés sont détruits par les bactéries.

Fontès et Thivolle ont calculé que 1 gramme d'histidine et 2 grammes de tryptophane engendrent sensiblement vingt grammes d'hémoglobine. L'expérience a vérifié leurs calculs. Les acides aminés constituent donc une des meilleures armes thérapeutiques que nous possédions contre les anémies, surtout qu'ils possèdent en outre une action stimulante sur l'appétit reconnue depuis longtemps par Herzen et qu'ils combattent efficacement l'amaigrissement.

De l'examen des travaux les plus récents, il ressort que :

1° L'hématopoïèse ne peut se produire que si les réserves de fer de l'organisme sont suffisantes, ou si un apport en fer est assuré ;

2° L'action du fer est considérablement augmentée du fait qu'on y ajoute du cuivre ;

3° Pour refaire une molécule d'hémoglobine, l'organisme a besoin de fer et des autres matériaux qui sont partie intégrante de cette molécule : en particulier les acides aminés.

Pour obtenir un hématopoïétique idéal qui apporte à l'organisme tout ce qui est nécessaire à la régénération sanguine, il faut joindre aux acides aminés du fer et du cuivre.

Nous avons d'ailleurs cité dans quelles proportions ces métaux pouvaient être prescrits : quelques milligrammes pour le cuivre, dix centigrammes au plus pour le fer à la condition qu'ils soient assimilables.

Les extraits de foie contiennent une proportion relativement élevée de tryptophane et d'histidine. Le foie étant dans l'organisme le principal réservoir de fer et de cuivre, il réalise en quelque sorte cette synthèse, si bien qu'on ne peut guère opposer aux partisans de l'opothérapie hépatique les partisans des acides aminés hématogènes, surtout si ceux-ci sont associés au fer et au cuivre. Ce sont vraisemblablement deux façons différentes d'appliquer la même théorie.

La première médication fut le résultat heureux d'expérimentations fort bien dirigées, mais elle conserve un certain degré d'empirisme. Son action a été constatée, mais on ne l'a pas expliquée. L'autre, au contraire, représente une association logiquement établie à la suite de déductions rationnelles ; elle fournit non seulement les matériaux nécessaires à l'hématopoïèse, mais encore le moyen de les assimiler, de les « *métaboliser* ».

Nous lui donnons notre préférence pour d'autres raisons qu'il nous reste à exposer et nous pensons rendre service aux praticiens, en leur signalant qu'elle a été spécialisée sous le nom de globinofer. Voici maintenant les raisons d'ordre pratique qui ont influencé notre choix.

Les anémies nécessitent généralement des traitements longs. Fontès et Thivolle ont montré par le calcul qu'un sujet ayant un taux d'hémoglobine tombé à 50 % à la suite d'hémorragies répétées, ne pourra en aucun cas élaborer plus de 4 grammes 2 d'hémoglobine par jour. Il lui faudra donc quatre-vingt-dix jours pour reconstituer les 375 grammes d'hémoglobine qui lui manquent.

Il faut donc persévérer dans le traitement et avoir à sa disposition un médicament bien toléré. Nous avons vu que c'était un gros inconvénient pour la médication arsenicale d'être en quelque sorte une arme à deux tranchants. Le globinofer peut être prescrit pendant longtemps sans le moindre accident.

Sans prétendre qu'il puisse représenter une médication univoque, l'examen de sa formule permet de comprendre pourquoi il agit aussi bien dans les anémies hypochromes et hyperchromes.

Dans les unes, les globules sont insuffisamment riches en hémoglobine, c'est-à-dire en globine et en fer. Ce sont les chloroses classiques et toutes les formes secondaires qui sont la majorité des anémies observées dans la pratique courante. Elles demeurent le triomphe des médications chimiques. Le globinofer en contient suffisamment et surtout sous une forme ionisable, c'est-à-dire assimilable.

Pour les mêmes raisons, il est indiqué dans les hémorragies qui entraînent toutes une grosse déperdition de fer.

Dans les anémies hyperchromes, où le fer est fixé en quantité normale ou même exagérée et qui constituent le triomphe des médications organiques, nous retrouvons toutes les indications des acides aminés : inappétence, maigreur, déficiences organiques.

Citons une indication toute spéciale : les anémies consécutives aux ulcères gastro-intestinaux. Aron a signalé dans ces cas les grands mérites de la médication par l'histidine. On agira donc à la fois sur l'anémie et sur sa cause. Bref, l'association des acides aminés du fer et du cuivre représente non seulement la thérapeutique la plus moderne des anémies, mais aussi la plus complète.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.



N° 98. — MERCREDI 7 DÉCEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours des prix de l'Internat.* MÉDAILLE D'OR (chirurgie et accouchements).

Jury : MM. Gueulette, Brocq, Fredet, Cantonnet, Lacomme.

Censeurs : MM. Redon, René Bloch.

— MÉDAILLE D'OR (médecine).

Jury : MM. Marchal, Paisseau, Étienne Bernard, Laroche, Ameuille.

Censeurs : MM. Moussoir, de Sèze.

Consultations. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris, comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de Santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or) sera vacant, le 1er janvier 1939, par suite du départ de M. le docteur Violet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Guerre. — M. le médecin général Hornus, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'Armée, est chargé, tout en conservant ses fonctions actuelles, de l'inspection d'épidémiologie militaire et de prophylaxie.

M. le pharmacien général Mancier, a été nommé inspecteur des services pharmaceutiques de l'Armée.

Ministère de la Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, *aura lieu à Bordeaux, les* 23 *et* 24 *décembre* 1938.

S'inscrire avant le 8 décembre prochain, auprès du directeur de l'Inscription maritime, à Bordeaux.

Commémoration du dixième anniversaire de la mort du professeur Fernand Widal. — A l'occasion de la commémoration du dixième anniversaire de la mort du professeur Fernand Widal, la leçon habituelle sera faite le samedi 14 janvier, à 11 heures, par M. le professeur Fernand Bezançon, qui prendra pour sujet : « Widal et l'esprit clinique ».

Elle aura lieu cette année, pour la première fois, à la Clinique médicale de l'hôpital Cochin de M. le professeur Marcel Labbé, dans l'amphithéâtre où, pendant de longues années, le professeur Fernand Widal a professé et sur le mur duquel se trouve son monument commémoratif.

Remise de la médaille du docteur J. Belot. — Le Comité d'organisation rappelle aux amis et élèves du docteur J. Belot, que la cérémonie de remise de la médaille gravée par Jean Vernon (Arthus-Bertrand, éditeurs) et de son portrait peint par Devambez, aura lieu le mardi 13 décembre

prochain, à 10 h. 30 du matin, sous la présidence de M. le professeur d'Arsonval, membre de l'Académie des Sciences, dans la grande salle des fêtes du Centre Marcelin Berthelot (Maison de la Chimie), 28 *bis*, rue Saint-Dominique (7e).

Prix médical Pierre-Cléophas Paultre. — La Commission chargée de l'attribution de ce prix s'est réunie au Ministère de l'Education nationale. Le prix, d'une valeur de 3.200 francs, a été décerné à M. Giroud, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Société de pathologie comparée. — La séance annuelle de la Société aura lieu le mardi 13 décembre 1938, à 16 h. 1/2 précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton. Elle sera présidée par les ministres de l'Education nationale, de l'Agriculture et de la Santé publique. Le président effectif sera le docteur Auguste Pettit, membre de l'Académie de Médecine. A l'ordre du jour : *La question des huîtres et des coquillages.* Le public sera admis à la séance. Le banquet traditionnel aura lieu le jour même.

CHRONIQUE

LA RADIODIFFUSION DE LA PENSÉE FRANÇAISE DANS L'AMÉRIQUE LATINE

Sous ce titre, notre éminent confrère, le docteur Georges Dumas, professeur à la Sorbonne, raconte dans *Le Temps* du 30 novembre 1938, les observations qu'il a pu faire au Brésil et en Argentine, sur la façon dont est radiodiffusée la pensée française.

Retenons de son exposé fort documenté « ce qui s'est passé à Rio à l'occasion des conférences médicales françaises que Paris-Mondial a radiodiffusées l'été dernier.

« L'Heure médicale du Brésil, organisation médicale de radiodiffusion et de coopération scientifique, qui avait radiodiffusé en 1937, avec beaucoup de succès, une série de conférences allemandes, a voulu radiodiffuser, cette année, une série française analogue, qui devait s'appeler l'Heure médicale franco-brésilienne, et, pour répondre à sa demande, Paris-Mondial s'est adressé au docteur Charles David, qui a bien voulu organiser la série de conférences dont il a été l'actif secrétaire général. Douze professeurs de la Faculté de Médecine de Paris ont parlé pour l'Heure médicale du Brésil devant le micro de Paris-Mondial. C'étaient MM. Bezançon, Carnot, Chevallier, Claude, Duval, Gougerot, Lemaître, Marion, Ombrédanne, Sergent, Tanon, Pasteur Vallery-Radot. Une réunion préparatoire, à laquelle j'étais invité, s'est tenue le 25 juin à la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence du doyen, le professeur Tiffeneau, qui partageait, avec M. de Souza-Dantas, ambassadeur du Brésil, le haut patronage de l'œuvre.

« On s'occupa, dans cette réunion, des sujets de conférence ; on les séria, on accepta sans les discuter les heures, les dates de Paris-Mondial, on prit facilement son parti du peu de temps accordé à chacun pour exposer sous une forme concentrée et claire les résultats de ses dernières recherches. Tout marchait à souhait, et, quand je partis pour l'Argentine, quelques semaines plus tard, c'était avec la certitude qu'un grand succès attendait l'Heure médicale franco-brésilienne... »

A la suite d'une enquête très sérieuse qu'il fit à Buenos-Aires et à Rio, M. Georges Dumas arrive à la conviction que ces conférences médicales n'ont pas été annoncées en Amérique ou même qu'elles n'ont pas été retransmises sur ondes moyennes par les postes brésiliens.

De toutes façons, le résultat a été le même, les auditeurs brésiliens n'ont pu écouter les leçons françaises. Par contre, une conférence médicale allemande a été parfaitement retransmise.

En terminant, M. Georges Dumas attire l'attention des conférenciers qui seraient invités à parler pour l'Amérique latine devant le micro de Paris-Mondial, sur ce fait qu'ils ont toute chance de parler dans le désert.

La question est assez grave pour que M. Georges Dumas ait tenu à ajouter à sa protestation parue dans *Le Temps*, une autre protestation dont il a entretenu mardi, en comité secret, l'Académie de Médecine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

« Il s'est créé récemment, à Paris, un système médical par abonnement fonctionnant comme une assurance, moyennant une cotisation fixe par personne.

Cette organisation a trouvé — nous voulons le croire, par surprise — un certain nombre de chirurgiens et spécialistes, d'une compétence indiscutable et, par ailleurs, parfaitement honorables.

Ces confrères, dont la documentation nous paraît défectueuse, ont certainement pensé qu'il était normal d'adhérer à une organisation dans laquelle le libre choix du médecin par le malade n'existe pas, qui fonctionne à des tarifs très particuliers, adoptant le système du tiers payant et tendant à drainer, pour quelques privilégiés (?) une clientèle sans doute séduite par les titres scientifiques des médecins inscrits sur le tract-réclame.

Cette première organisation qui, d'ailleurs très sincèrement, ne nous paraît pas viable a été, paraît-il, copiée par une seconde et surtout serait reprise, sous une forme aggravée, par un consortium important de Compagnies d'Assurances, y compris une grosse assurance étrangère.

Un certain nombre de chirurgiens et spécialistes des Hôpitaux, en particulier, seraient actuellement sollicités.

Nous croyons devoir mettre formellement en garde nos confrères contre les affaires de cet ordre.

(*Communiqué.*)

L'UTILISATION DU FIXATEUR EXTERNE D'OMBREDANNE DANS LA CONTENTION IMMEDIATE DES FRACTURES OUVERTES DE L'ADULTE

Par M. JEAN LEURET (Sidi-Bel-Abbès)
ancien interne des hôpitaux de Paris

Bien de l'encre a coulé sur le meilleur traitement immédiat des fractures ouvertes. Le rapport si documenté de Roux et Sénèque au Congrès de 1931 donne une idée exacte des solutions variées apportées par les divers chirurgiens aux deux problèmes essentiels : conduite à tenir vis-à-vis des téguments, conduite à tenir vis-à-vis des fragments en vue d'une bonne réduction définitive.

Pour le premier problème, la conduite reste dictée par les notions que la guerre nous a appris sur la septicité progressive des plaies. L'importance des dégâts musculaires et vasculaires, et surtout la notion du délai écoulé entre l'accident et l'intervention sont les facteurs essentiels pour décider si on doit laisser ouvert, ou suturer sur mèche, ou fermer complètement d'emblée. Nous n'avons pas l'intention de nous étendre ici sur cette question : chacun a ses habitudes. Indiquons seulement en passant quelle est la nôtre : en principe, et par prudence, nous préférons laisser ouverte une fracture multiesquilleuse, souillée, avec dégâts importants des parties molles, même quand elle est vue précocement. Si les conditions paraissent assez favorables, nous utilisons la suture cutanée en laissant une mèche iodoformée au contact du foyer. Ce n'est que lorsque les conditions d'horaire, d'asepsie et de nettoyage chirurgical nous apparaissent aussi bonnes que possible, que nous ne refusons pas au blessé les avantages certains de la suture primitive. Cette façon d'agir ne se prête évidemment pas à une schématisation dogmatique : l'expérience et la réflexion y suppléent heureusement en présence de chaque cas particulier.

Quant au mode de contention, il a entraîné lui aussi bien des discussions. Entre l'ostéosynthèse primitive par plaque ou par cerclage, et la simple contention plâtrée, il y a eu place pour bien des controverses. Si l'ostéosynthèse immédiate est mécaniquement idéale, elle expose incontestablement plus aux accidents infectieux qu'il convient précisément d'éviter. L'avantage théorique qu'elle présente tombe de lui-même si on doit amputer pour sauver le malade, ou si elle aboutit à une lamentable pseudarthrose. D'ailleurs ses indications se trouvent automatiquement limitées si on estime, comme nous, que l'ostéosynthèse immédiate implique la suture primitive. Et l'ostéosynthèse à foyer ouvert, curieuse façon d'agir, semble jouir d'une défaveur bien méritée.

Par contre, la réduction suivie de contention plâtrée, si elle est éminemment prudente au point de vue vital (ce qui n'est pas un petit argument) n'est pas toujours parfaite. Elle suffit cependant dans bien des cas et nous l'utilisons très volontiers. Un circulaire bien fait, largement fenêtré au niveau de la plaie, nous a souvent donné toute satisfaction. Mais cette pratique a néanmoins ses inconvénients. En cas de gros dégâts musculaires, de blessure d'un pédicule vasculaire important, elle est à proscrire (Roux et Sénèque). Elle n'assure d'ailleurs pas toujours une bonne contention : dans certaines fractures à réduction précaire (fractures très obliques, fractures à fragments multiples par exemple) il peut être difficile de maintenir intacte, pendant l'application et la dessiccation du plâtre, une réduction obtenue à grand peine par l'intervention. Plus d'une fois nous avons eu, ce faisant, l'impression d'exécuter une gageure ; plus d'une fois la radio de contrôle nous a montré des résultats bien différents de ce qu'ils étaient sur la table d'opération à la fin de l'intervention. C'est là un inconvénient que l'usage constant d'une table orthopédique est susceptible d'atténuer dans une large mesure. Encore reste-t-il les fractures avec pertes de substance et aussi celles dont la localisation se prête mal à une immobilisation plâtrée (diaphyse humérale par exemple).

L'extension continue, depuis que l'usage de broches fines type Kirschner s'est généralisé, a récupéré pas mal de cas embarrassants. Encore n'est-elle pas si satisfaisante en tous les cas. Une traction intempestive, mal surveillée, réalise facilement de déplorables écarts interfragmentaires, générateurs de pseudarthrose. Même correcte elle nécessite une surveillance patiente et prolongée. Elle défend tout contrôle radiologique en exigeant évidemment l'immobilisation du blessé dans son lit : la radio au lit du malade pallie à cet inconvénient, mais toutes les installations chirurgicales ne comportent pas encore ce perfectionnement.

Reste alors une méthode de grande ressource à laquelle nous n'avons jamais vu recourir autour de nous jusqu'aux deux cas personnels que nous rapportons ici : la contention par fixateurs externes.

Roux et Sénèque s'expriment ainsi à son sujet : « d'une manière générale elle est trop peu employée » et plus loin : « on n'a pas fait suffisamment usage en France des fixateurs externes ». Et plus récemment Frédet en dit ceci : « on s'accorde en général pour utiliser les fixateurs externes à fiches dont les éléments sont implantés loin du foyer, en milieu aseptique, tout en laissant libre accès au foyer qui reste ouvert. Ce mode de synthèse remplit, sans danger, toutes les indications du traitement » (*In* Traité de Chirurgie Orthopédique.)

Cette façon d'agir comporte effectivement des avantages certains ; elle est utilisable avec ou sans suture primitive puisque les fiches sont à la périphérie du foyer. Les risques d'ostéite ne semblent pas considérables de ce fait et en tout cas — avec le matériel d'Ombrédanne tout au moins — le matériel est aisé à retirer sans douleur ni difficulté, au lit même du malade, à la première alerte. Et au point de vue de la contention, les avantages ne sont pas loin de valoir ceux de la synthèse directe par plaque.

Pénétré de ces idées, nous nous sommes par deux fois servi avec succès de l'excellent et peu compliqué

matériel que notre Maître Ombrédanne a mis au point pour la synthèse temporaire chez les enfants. Nous ne pensons pas que ce matériel ait jamais été utilisé dans les fractures ouvertes de l'adulte, malgré les avantages qu'il nous paraît présenter dans ce cas sur les autres fixateurs.

L'appareil Lambotte est, en effet, assez lourd et encombrant. Surtout ses vis, qui sont coniques, ne prennent leur point d'appui que dans une seule corticale : il est donc nécessaire d'en placer deux dans chaque fragments sous peine d'une contention vraiment fantaisiste. Cela ne paraît pas facile dans le cas de fracture basse d'une diaphyse, comme celle de notre deuxième observation. Aussi est-ce bien en pensant au Lambotte que Roux et Sénèque précisent que la fixation externe ne peut s'utiliser que dans les fractures franchement diaphysaires.

Il n'en est pas de même avec le fixateur d'Ombrédanne. Les vis prenant point d'appui dans les deux corticales donnent une prise solide et on peut, comme nous l'avons fait, n'en placer qu'une dans chaque fragment. Cette façon de faire n'est théoriquement pas parfaite, mais elle paraît suffisante en pratique. Elle évite le raccourcissement et le chevauchement en maintenant les fragments à distance fixe, ce qui est important en cas de perte de substance inter-fragmentaire. L'angulation dans le plan des vis est impossible puisque les deux corticales sont traversées. Par contre elle ne contrarie pas l'angulation dans un plan perpendiculaire à celui des vis, mais cela n'est pas un gros inconvénient : un petit plâtre segmentaire y remédie facilement. Au surplus quand cela est possible de par la dimension suffisante des fragments, on peut placer deux vis dans chacun et obtenir ainsi une contention tout à fait digne de satisfaire les plus difficiles. Et en cas de fracture juxta-épiphysaire cet appareillage permet seul une contention satisfaisante.

Quant à l'ancrage de Reinhold, s'il est mécaniquement plus parfait que les vis d'Ombrédanne, il présente à notre avis, en matière de fractures ouvertes un défaut non négligeable : son extraction présente les mêmes difficultés que celle d'une attelle d'éclissage alors qu'un des avantages les plus précieux de l'Ombrédanne dans le cas qui nous occupe ici est la facilité extrême de son ablation. Pour ce qui est de l'ingénieux dispositif de Jean Gosset, sa confection avec la mise en place des colliers circulaires avant réduction, si elle est légitime et commode dans les fractures fermées, présente des inconvénients certains dans le traitement opératoire des fractures ouvertes. En outre il ne peut guère s'appliquer utilement que dans les fractures ouvertes de jambe.

C'est pourquoi dans les deux cas suivants, nous avons donné la préférence au fixateur d'Ombrédanne sur tout autre appareil :

Obs. 1. — Fracture ouverte de la diaphyse humérale. — Mme H..., âgée de 38 ans, fait le 5 novembre 1937 une chute du haut d'un escabeau en cherchant à atteindre sur une armoire un coffre métallique pesant. Celui-ci tombe avec elle et par un bord frappe violemment l'humérus qui se brise, et vient ensuite frapper le genou gauche où se produit rapidement une volumineuse hémarthrose liée à une fissure d'un plateau tibial.

L'intervention est pratiquée 4 heures après l'accident sous anesthésie générale au chloroforme. Plaie transversale antérieure de 4 cm. environ, à bords contus, par où apparaît le fragment supérieur à travers la masse musculaire sectionnée et rétractée. Après excision des bords de la plaie, on branche sur son extrémité externe une incision verticale de 10 cm. environ et on aborde ainsi largement le foyer de fracture. L'humérus est brisé à sa partie moyenne, le trait est horizontal et le nerf radial est engagé entre les deux fragments. Les muscles biceps et brachial antérieur sont complètement sectionnés ; leur tranche de section contuse est excisée. Nettoyage des fragments osseux.

La réduction est aisée, par angulation, le radial étant placé sous la protection d'un écarteur. Mais le moindre mouvement imprimé au membre supérieur provoque la reproduction immédiate du déplacement et l'interposition du nerf radial. Il apparaît manifeste que pendant la reconstitution des parties molles, les fragments se déplaceront à nouveau. La première idée est de placer le bras en extension sur un appareil de Pouliquen, mais à la réflexion on décide de placer le fixateur d'Ombrédanne. Le plus loin possible du trait de fracture on place de chaque côté une vis longue qui sort par l'extrémité de débridement vertical. Le radial passe obliquement entre les deux vis avec lesquelles il n'a pas de contact. On le sépare du foyer de fracture par un fragment musculaire.

La contention est excellente tant que le coude est en extension mais, les vis étant plantées près du bord externe de l'humérus, la moindre tentative de flexion entraîne une angulation à sinus antérieur au niveau du foyer. On décide en conséquence d'immobiliser provisoirement en extension.

Suture du brachial antérieur avec deux gros catguts en U. Suture des téguments au crin. Pansement recouvert de gaze vaselinée.

La contention est complétée par une petite gouttière postérieure allant de l'épaule à la moitié de l'avant-bras, avec un tour de bande circulaire à chaque extrémité.

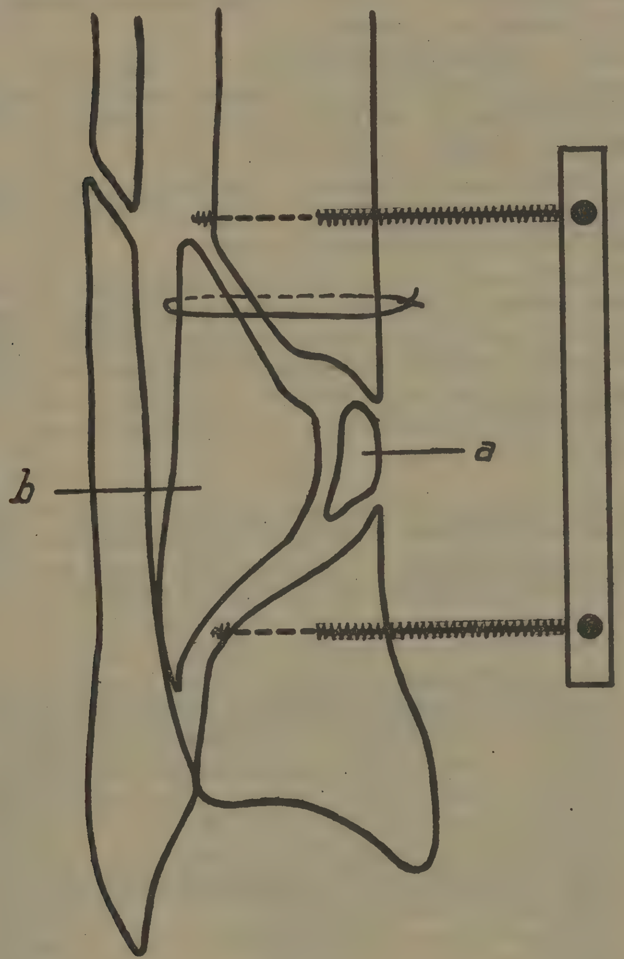
Les suites furent excellentes. Le dixième jour, sous contrôle radioscopique, le coude est placé en demi-flexion et le plâtre remplacé par une attelle grillagée. Le vingt-sixième jour on pratique l'ablation des vis et on place un petit plâtre. Le 10 janvier 1938 une radiographie montre une réduction toujours satisfaisante et le cal déjà visible. Le 18 février, le plâtre est retiré et la malade commence à se servir de son bras. Actuellement le résultat est parfait au point de vue fonctionnel, le cal est invisible à la scopie.

Obs. 2. — Fracture ouverte de jambe dans son tiers inférieur. — M. R..., Pierre, 46 ans, est frappé le 12 avril 1938, à 6 heures du matin, par le retour de la manivelle d'un moteur fixe qu'il mettait en marche. Il est atteint au tiers inférieur de la jambe gauche, où se produit une plaie par où fait saillie un fragment de la diaphyse tibiale.

L'intervention est pratiquée deux heures après l'accident, sous anesthésie générale à l'éther. Après excision des bords machurés de la plaie cutanée, on agrandit pour aborder largement le foyer, par une incision verticale. Le fragment supérieur se termine en pointe le long de sa face interne, le fragment inférieur également. En dehors existe un volumineux fragment intermédiaire, en dedans un petit fragment libre et souillé qui est supprimé (voir fig. *a*). Il en résulte un écart entre les deux fragments principaux tandis que le gros fragment intermédiaire (*b*) se déplace en dehors. On place un fil de bronze qui réunit fragment intermédiaire et fragment supérieur. Et pour

empêcher le rapprochement des deux fragments principaux on plante dans chacun d'eux une longue vis d'Ombrédanne qu'on solidarise par une attelle externe. Suture des téguments. Mise en place d'un petit plâtre de sécurité allant des orteils au genou, qui est laissé libre.

Les suites furent normales. Le plâtre, souillé de sang, est changé le 18 avril. Les vis sont retirées le 25 mai et le premier juillet la marche est reprise avec un appareil de Delbet. Actuellement le résultat fonctionnel est excellent. Quant à la rconstitution anatomique, elle est très satisfaisante comme en témoigne une radio faite avant l'ablation des vis.



Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur la précieuse ressource que constitue le fixateur externe d'Ombrédanne dans certaines fractures ouvertes. Non pas systématiquement, quelque soit la fracture, mais dans les cas où les autres méthodes de contention usuelles se montrent inefficaces ou d'application délicate. Il en était ainsi dans notre observation 1 où la seule autre ressource possible était l'extension continue sur l'encombrant, quoique excellent, appareil de Pouliquen. De même dans notre deuxième observation : une simple contention plâtrée n'aurait pu empêcher l'ascension et la bascule du fragment inférieur du fait de l'écart interfragmentaire, ce qui eut été très fâcheux pour le fonctionnement de la tibio-tarsienne immédiatement sous-jacente. L'extension continue par broche de Kirschner était la seule autre ressource : nous lui avons préféré le fixateur externe qui a permis au blessé, de condition modeste, de quitter la clinique au bout de six jours avec une excellente contention.

On peut ainsi résumer les cas où la fixation avec l'appareil d'Ombrédanne nous paraît particulièrement indiquée et avantageuse :

1° Les fractures pluri-fragmentaires, surtout quand une esquillectomie a créé un écart interfragmentaire;

2° Les fractures proches d'une épiphyse, dont le fragment le plus petit offre peu de prise à une contention externe ;

3° Les fractures dont le siège rend la contention assez malaisée, diaphyse humérale par exemple.

Dans tous ces cas, le fixateur externe d'Ombrédanne nous paraît supérieur aux autres modes de contention. Le seul reproche que l'on soit en droit de lui faire est que, lorsqu'on n'a placé qu'une vis dans chaque fragment, il n'empêche pas l'angulation dans un plan perpendiculaire à celui des vis. Cela n'est pas un gros défaut car si, au cours des manipulations post-opératoires on constate une inflexion de cet ordre, il est facile de la corriger par manœuvre externe et de compléter par un petit plâtre segmentaire. Cependant ce défaut doit être connu car il y a intérêt, de ce fait, à placer les vis de telle façon que si une légère angulation se produit, cela soit dans un plan où elle est sans gros inconvénient. Dans notre première observation par exemple, les vis étaient plantées sur la face externe des fragments : il en est résulté que toute tentative de mise en flexion du coude entraînait une angulation des fragments et que l'on a dû immobiliser en extension pendant les premiers jours. Il aurait été plus judicieux de placer les vis sur la face antérieure des fragments, car la correction d'une angulation latérale, peu probable d'ailleurs, aurait été très aisée et on aurait pu placer d'emblée le coude en flexion.

Cette réserve faite, le fixateur d'Ombrédanne nous paraît un procédé de contention très utile dans les fractures ouvertes et nous ne pouvons que regretter qu'il ne soit pas plus employé en France — comme s'exprimaient Roux et Sénèque pour les fixateurs en général.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade, par M. Barthélemy, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. 2 vol. de 880 pages avec 368 fig. et une planche en couleurs : tome I : 75 fr. ; tome II : 115 fr.

La médecine en Assyrie et en Babylonie, par le docteur Georges Contenau. Un vol. de 230 pages, avec 60 fig. et une carte, en souscription. Maloine, éditeur, 1938. Prix : 75 fr. sous couverture ; 125 fr. relié.

Les ultravirus des maladies humaines, sous la direction de C. Levaditi et P. Lépine, avec la collaboration de G. Blanc, J.-P. Bijl, I. A. Galloway, P. Gastinel, A. Gratia, P. Habert, G. Hornus, B. Kreis, P. Lecomte du Nouy, J. Levaditi, C. Mathis, J. Mesrobeanu, S. Nicolau, H. Plotz, J. Vieuchange et F. Wohlwill. Un vol. de 1190 pages avec 263 fig. et une planche en couleurs. Maloine, 1938. Prix en 2 vol., brochés : 375 fr. ; en un vol. cartonné : 400 fr. ; en 2 vol. cartonnés : 425 fr.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES REMARQUES SUR LES TABLEAUX A, B ET C

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

I. — La liste des substances vénéneuses soumise à la loi du 12 juillet 1916 a été, depuis la publication du dernier Codex (1937), l'objet d'un arrêté important, en date du 2 mars 1938, qui concerne le *commerce des médicaments renfermant des substances vénéneuses à doses faibles.* Bien qu'il intéresse surtout les pharmaciens, il doit, dans ses grandes lignes, être connu des médecins. Nous en emprunterons la substance à l'excellent article intitulé *Commentaires résumés de la législation des substances vénéneuses,* publié par MM. A. Godeau et C.-J. Ravaud dans l'*Evolution pharmaceutique* (Supplément documentaire 1938, in-4° de 18 p.).

Le décret du 9 novembre 1937 (1) reste toujours en vigueur, mais son champ d'application est considérablement réduit par le nouvel arrêté.

Dorénavant, sont exonérées de toute la réglementation des substances vénéneuses, toutes les préparations contenant des substances A, B, ou C à des concentrations, doses et quantités *égales ou inférieures* à celles qui figurent aux tableaux annexés au décret.

Pour que cette exonération soit autorisée, il faut, de toute nécessité, que soient remplies les deux conditions suivantes :

1. Que la quantité de substance vénéneuse contenue dans le récipient remis au public ne soit pas supérieure à celles qu'indiquent les tableaux :

2. Deux cas :

a) Il s'agit de médicaments *divisés en prises* (cachets, paquets, pilules, suppositoires) : la quantité de substance vénéneuse contenue dans chaque prise *ne doit pas être supérieure* à la quantité limite fixée aux tableaux par unité de prise.

b) Il s'agit de médicaments *non divisés en prises* (liniment, pommade, potion, solution). Le pourcentage de substance vénéneuse contenue dans la préparation *ne doit pas être supérieur* à la concentration maxima pour 100 fixée aux tableaux.

Aucune exonération ne joue pour les solutés injectables, quelle que soit la dose de substance A, B ou C qu'ils contiennent. Toutes les ampoules injectables contenant, même à une dose infime, une substance vénéneuse, ne peuvent donc être délivrées que sur ordonnance médicale.

II. — Empruntons aux mêmes auteurs quelques *conseils pratiques* au sujet des tableaux A, B et C.

TABLEAU A. — Les substances qui y figurent ne peuvent être délivrées, pour l'usage de la médecine humaine, que par les pharmaciens et médecins propharmaciens, sur prescription d'un médecin (sauf exceptions prévues pour chirurgiens-dentistes et sages-femmes). Cette prescription doit être datée, signée, porter le nom et l'adresse du médecin et énoncer en toutes lettres les doses de la substance vénéneuse prescrite et indiquer le mode d'administration du médicament.

Le renouvellement des ordonnances est autorisé, mais seulement après un délai déterminé par le mode d'administration qu'indique la prescription. Il n'est donc possible que sur présentation de l'ordonnance, par le client.

A ce principe général, quelques *exceptions :*

A) *Ne peuvent jamais être renouvelées,* les ordonnances sur lesquelles le médecin a mentionné l'interdiction de renouvellement.

B) *Peuvent être renouvelées,* mais seulement si le médecin a mis sur son ordonnance : *A renouveler :*

a) Les substances et préparations du tableau A en nature ;

b) Les substances du tableau A et les préparations contenant ces substances à une dose quelconque, destinées à des injections sous-cutanées ;

c) Les préparations destinées à la voie stomacale et contenant à une dose quelconque les médicaments suivants : aconitine et ses sels, cyanure de mercure et de potassium, digitaline, strophantine, vératrine ;

d) Préparations destinées à la voie stomacale et contenant des substances du tableau A à une dose supérieure à la dose maxima du Codex pour 24 heures.

Ajoutons que les pharmaciens peuvent délivrer aux médecins les substances du tableau A, pour l'usage de leur profession, sous forme pharmaceutique compatible avec leur emploi médical, sur demande écrite, datée et signée, comportant le nom et l'adresse de l'auteur de la prescription. Les doses des substances vénéneuses doivent être inscrites en toutes lettres.

TABLEAU B. — Les pharmaciens peuvent délivrer aux praticiens légalement habilités à les prescrire pour les usages thérapeutiques, les substances du tableau B nécessaires à leur profession, sous les réserves suivantes :

Les praticiens doivent être domiciliés dans la commune de l'officine ou dans la commune contiguë, lorsque celle-ci est dépourvue d'officine ;

La demande du médecin doit être écrite, datée et signée ;

Les substances du tableau B ne doivent pas être délivrées en nature à ces praticiens, mais uniquement sous la forme pharmaceutique compatible avec leur emploi médical, sauf pour le laudanum, la teinture d'opium, l'extrait fluide de kola, qui peuvent être délivrés en nature ;

La règle des sept jours est applicable uniquement aux préparations non renouvelables.

D'une façon générale, *le renouvellement des ordonnances est interdit,* sauf dans les cas suivants :

Laudanum en potion à une dose n'excédant pas 5 gr.

Préparations contenant des médicaments du tableau B à des concentrations, doses en quantités égales ou inférieures à celles figurant au tableau annexé à l'arrêté du 2 mars 1938.

TABLEAU C. — Sont soumises à ce régime :

1° Les substances et préparations nommément inscrites au tableau C. ;

2° Les préparations magistrales et les médicaments préparés longtemps à l'avance en vue de la délivrance au public, qui contiennent des médicaments du tableau C à des concentrations, doses et quantités *supérieures* à celles figurant aux tableaux du décret du 2 mars 1938.

Voici les règles essentielles du tableau C :

I. — Les substances et préparations de ce tableau ne peuvent être délivrées, pour l'usage de la médecine humaine, que par les pharmaciens ou propharmaciens.

2. — Ces substances ne peuvent être délivrées que sur prescription d'un médecin, sauf exceptions prévues pour chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

(1) Relatif en partie au renouvellement des ordonnances comprenant des substances vénéneuses.

3. — *Le renouvellement des ordonnances est toujours autorisé, mais seulement après un délai déterminé par le mode d'administration qu'indique la prescription.*

4. — Toutes ces substances et préparations peuvent, sous réserves, être délivrées aux praticiens pour l'exercice de leur profession.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 22 octobre 1938

Extraits de champignons et réactions bronchiques. — MM. Léon Binet, J. Marek et M. Burstein présentent des graphiques de broncho-constriction obtenus à la suite d'injections de champignon tue-mouche. Ils montrent que le principe toxique est surtout abondant dans la cuticule et le chapeau de ce champignon, et par ailleurs soulignent que l'atropine empêche les effets nocifs du champignon Amanita Muscaria.

Sur les réactions histiocytaires dans les lésions staphylococciques expérimentales de la peau chez les animaux neufs et immunisés. — MM. A. Peyron, G. Poumeau-Delille et P. Mercier rapportent dans une première note les résultats obtenus par l'analyse et la comparaison des lésions développées après injection d'émulsion virulente de staphylocoques chez les lapins neufs et immunisés par l'anatoxine.

La coloration vitale systématique des animaux par le bleu de trypan permet d'étudier l'importance de la réaction histiocytaire d'origine sanguine que l'on observe vers le troisième jour chez les animaux immunisés ; cette réaction histiomonocytaire paraît représenter un indice sûr d'immunité.

L'électro-encéphalogramme dans le myxœdème. — MM. I. Bertrand, J. Delay, Mlle J. Guillain ont examiné au point de vue électro-encéphalographique sept cas de myxœdème, congénitaux ou acquis.

Il s'agit de grands myxœdèmes, dont le diagnostic évident au point de vue clinique est corroboré par l'abaissement du métabolisme de base et l'augmentation du cholestérol sanguin.

Quelle que soit l'interprétation, l'existence d'anomalies encéphalographiques est incontestable dans le myxœdème. Elles consistent en diminution générale de l'amplitude, rareté des grandes ondes qui, lorsqu'elles existent, ont une fréquence lente de 3 à 4 par seconde, absence de rythme de Berger, absence de réaction au stimulus lumineux, aspect uniforme des tracés dans les différentes dérivations.

Caractères d'une souche de bacilles tuberculeux très atténuée, de type humain, isolée à deux reprises d'un cas de lupus de l'oreille. — MM. A. Saenz, H. Brocard et G. Canetti ont isolé d'un cas de lupus, à deux reprises, une souche qui, par ses caractères morphologiques, correspond à une souche de bacilles humains. Le fait remarquable est l'atténuation extrême de sa virulence pour le cobaye, sa virulence pour le lapin étant pratiquement nulle.

Cette souche se rapproche du BCG en ce que lui non plus ne donne jamais de lésions viscérales ni chez le cobaye, ni chez le lapin, mais elle s'en sépare nettement par ses propriétés sensibilisantes et parce qu'elle détermine la caséification des ganglions alors que le BCG ne produit qu'une légère hypertrophie.

Au point de vue technique, la culture directe du produit s'est avérée moins sensible que l'inoculation au cobaye, mais à condition que l'inoculation soit suivie de la recherche périodique de l'allergie.

Au point de vue diagnostique, l'atténuation notable de cette souche fait que l'identification du type bacillaire en cause repose sur les seuls caractères culturaux qui prennent toute leur valeur.

Passage des antitoxines tétanique et diphtérique à travers la barrière vasculo-méningée chez l'homme au cours de l'immunisation active. — MM. R. Sohier, Ch. Jaulmes et J.-F. Buvat, poursuivant leur étude sur le sort des antitoxines dans l'organisme et en particulier, sur leur passage à travers la barrière vasculo-méningée, ont cherché et dosé les antitoxines tétanique et diphtérique simultanément dans le sang et le liquide céphalo-rachidien de sujets immunisés activement au moyen du vaccin associé triple antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique. Ils ont pu ainsi constater que les antitoxines étaient retrouvées dans le liquide céphalo-rachidien, à condition toutefois que la teneur du sérum en anticorps soit suffisamment élevée. Ce passage paraît possible en dehors de toute altération biologiquement décelable de la barrière vasculo-méningée.

Recherches sur quelques facteurs susceptibles de modifier chez l'homme la perméabilité de la barrière vasculo-méningée aux antitoxines. — MM. R. Sohier, Ch. Jaulmes et J.-F. Buvat ayant établi que les antitoxines tétanique et diphtérique présentes dans le sang à la suite de l'immunisation active et passive, traversaient la barrière vasculo-méningée, ont cherché s'il était possible d'expliquer les variations assez grandes observées d'un sujet à l'autre quant au taux de passage des anticorps du sang vers le liquide céphalo-rachidien. Confrontant les résultats de leurs titrages, ils sont conduits à admettre d'une part que l'antitoxine introduite dans le sang au cours de l'immunisation passive, paraît traverser plus facilement la barrière vasculo-méningée que celle formée dans l'organisme après immunisation active, d'autre part, qu'il est, sinon hasardeux, du moins difficile de faire jouer un rôle à la nature de l'antitoxine, enfin que les lésions méningées semblent capables dans certains cas de modifier la perméabilité aux antitoxines. Mais il existe certainement de nombreux autres facteurs qu'il conviendra de préciser, si l'on veut trouver la cause des multiples variantes individuelles non explicables par les constatations précédentes.

Séance du 29 octobre 1938

Rôle du fer dans la régénération de l'hémoglobine et des hématies au cours de l'anémie provoquée chez les jeunes rats. — MM. Polonovski (M.) et Briskas (S. B.) démontrent que le fer introduit seul sous forme de sel ferreux pur, a manifestement une action sur la formation de l'hémoglobine, il n'a aucun effet régénérateur sur les hématies. La régénération éphémère de l'hémoglobine semble due à la faible réserve cuprique dans l'organisme animal.

L'adjonction finale de sulfate de cuivre provoque une régénération rapide de l'hémoglobine en utilisant alors les réserves ferriques.

Rôle du cuivre dans la régénération de l'hémoglobine et des hématies au cours de l'anémie provoquée chez le rat. — MM. Polonovski et Briskas démontrent que le cuivre seul, sous forme de SOà Cu, a une action directe sur la formation des hématies, action rapide en cas d'anémies banales, plus lente dans les anémies sévères. L'effet sur la régénération de l'hémoglobine est éphémère, car il est suivi, dès qu'on cesse l'introduction du métal, d'une baisse considé-

rable de cette dernière. Cette chute semble due non seulement à l'épuisement des réserves ferriques des tissus, mais aussi à l'action élective de sulfate de cuivre sur la régénération des hématies.

A propos de l'acido-alcoolo-résistance des bacilles paratuberculeux. — M. F. VAN DEINSE et Mlle E. HOOGHIEMSTER constatent, que non seulement certains bacilles paratuberculeux résistent parfaitement à l'action prolongée de l'acide azotique au 1/3 et de l'alcool absolu rectifié, mais que pour certains de ces bacilles saprophytes, on voit des éléments, décolorés par l'action prolongée de l'acide, redevenir rouges sous l'influence du contact prolongé avec l'alcool du commerce à 96 %. Ce dernier phénomène est dû probablement à la présence de traces d'aldéhydes dans l'alcool du commerce, utilisé dans les laboratoires de bactériologie.

Modifications électrocardiographiques produites par l'extrait de Gelsemium elegans. — M. E. MOISSET DE ESPANÈS.

1° L'extrait fluide *Gelsemium elegans* produit chez le chien chloralosé de la bradycardie par dépression cardiaque primitive ; il provoque des troubles de la conductibilité et de la circulation cardiaques.

2° L'extrait de *Gelsemium elegans* produit les mêmes modifications électrocardiographiques que celui de G. Sempeurrens.

Effet du sommeil hibernal sur la syphilis du hamster et du hérisson. — MM. A. BESSEMANS, H. DE WILDE et A. DE MOOR. L'infection syphilitique, d'abord révélée par l'infectiosité spécifique des ganglions inguinaux unilatéraux et souvent aussi par la présence, au fond noir, de tréponèmes dans ces organes, ne fut plus retrouvée par le transfert, chez le lapin, des inguinaux du côté opposé ni d'autres organes : après l'hibernation naturelle d'un hamster commun, d'un hamster doré et de deux hérissons ; ni par l'hibernation à la glacière d'un hérisson, dont la température rectale ne descendit pas au-dessous de 9,7°. Les conclusions de Jahnel sur l'action antisyphilitique du sommeil hibernal s'appliquent donc aussi au hamster commun, au hamster doré et au hérisson.

Syphilis inapparente du Macaque et résistance à la pallidoïdose. — MM. A. BESSEMANS, H. DE WILDE et E. VAN THIELEN. Six *Macacus rhesus* furent inoculés, à plusieurs reprises, de tréponèmes pâles et de tréponèmes pallidoïdes. Chez deux, le Bordet-Wassermann et le Kahn devinrent positifs ; chez un de ceux-ci et chez un troisième, le transfert des ganglions inguinaux ou poplités détermina l'apparition d'un syphilome testiculaire. Ces observations apportent deux nouveaux cas de syphilis inapparente chez le singe inférieur. Elles confirment sa faible réceptivité à l'infection syphilitique, ainsi que sa résistance à l'infection pallidoïde.

Existence dans le plasma sanguin d'une substance activant l'action peroxydasique de l'hémoglobine. — MM. POLONOVSKI et JAYLE démontrent l'existence dans le plasma ou le sérum de l'homme d'une substance qui augmente l'action peroxydasique de l'hémoglobine. L'activité est du même ordre que celle de l'acide ascorbique, mais l'activateur du plasma n'est pas oxydé par l'iode comme la vitamine C et semble lié aux matières brotéiques. Ces deux activateurs permettent l'utilisation du dérivé d'oxydation supérieur de l'hémoglobine responsable de son caractère peroxydasique dans une zone de pH où il est particulièrement instable et actif. Il est intéressant de noter les écarts qui existent au cours de certains états pathologiques entre les plasmas.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1938

Appendice étranglé à sa partie moyenne dans un sac de hernie crurale étranglée. — M. P. SÉJOURNET, à propos de la communication de M. Hautefort, apporte l'observation d'une malade de 63 ans qui présentait une hernie crurale droite étranglée. A l'intervention, l'auteur trouva un appendice sain étranglé à sa partie moyenne. Appendicectomie. Cure radicale de la hernie. Suites normales.

Traitement chirurgical des fractures du col du fémur. — M G. VIDAL-NAQUET fait un rapport sur un travail de M. Eric Lloyd (de Londres). L'auteur décrit sa technique d'enclouage des fractures du col du fémur au moyen d'un clou de Smith-Petersen modifié. Il précise les indications et les contre indications de l'intervention. Une semaine avant l'opération, il fait une traction par broche sur une attelle de Braun. La réduction est ainsi considérablement facilitée. Dans quelques cas, il recourt à la manœuvre de Leadbetter. L'auteur utilise l'appareil de visée de Raymond Fox qui permet, grâce à un contrôle radiographique de face et de profil, de mettre le clou avec le maximum de précision. Le rapporteur compare les avantages de l'enclouage extra-articulaire qui permet au prix d'un traumatisme minime une contention extrêmement solide, à l'encombrant plâtre de Whitman qui peut donner des consolidations osseuses, mais entraîne toujours des raideurs articulaires, des troubles trophiques, une importante atrophie musculaire.

Côte cervicale articulée sur la première côte dorsale. — M ROEDERER. L'auteur montre des radiographies d'un sujet présentant des côtes cervicales fort importantes et d'un aspect exceptionnel. D'un côté, la côte extrêmement longue croise tout le dôme pulmonaire. De l'autre côté, la côte également très longue est articulée sur la première côte où elle a déterminé une sorte d'exostose à collerette et paraît d'ailleurs être elle-même à ce niveau par une articulation.

Formes pseudo-occlusives et occlusives de l'appendicite aiguë. — M. MASMONTEIL, à propos de quelques observations personnelles, attire l'attention sur les formes pseudo-occlusives et sur les formes occlusives de l'appendicite, ainsi que sur les complications pseudo-occlusives et occlusives de l'appendicectomie. La radiologie d'urgence, sans préparation en position verticale, permet le diagnostic entre ces formes différentes, par l'absence ou la constatation de niveaux des liquides. Le diagnostic posé, l'auteur conseille dans les formes occlusives, l'iléostomie *d'emblée*, comme traitement complémentaire de l'appendicectomie.

Histoire d'une fausse appendicite. — M. BOVIER apporte l'observation d'une fillette de 5 ans, ayant présenté un syndrome d'appendicite aiguë. A l'intervention, la seule lésion constatée porte sur trois ganglions iléo-caecaux, gros comme des noisettes. L'enfant était une adénoïdienne. Par la suite, elle présente des vomissements avec acétonémie et des poussées d'œdème de Quincke. L'auteur croit trouver le lien qui unit toutes ces manifestations pathologiques dans une atteinte du tissu réticulo-endothélial.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. WEITZ, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr.. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

INTOXICATION MERCURIELLE AIGUE (S. ET D.)

B. *Une forme aiguë*, forme habituelle, dont le pronostic est beaucoup plus difficile à formuler.

Schématiquement, son évolution se fait par *étapes successives :*

1re ÉTAPE de début, durant 4 à 5 jours :

— Marquée par le cortège des manifestations digestives aiguës.

— Où l'anurie est bien souvent au second plan du tableau clinique.

Et cependant : malgré l'absence de signes cliniques d'urémie :

L'azotémie est élevée (1 gr. 50, 2 gr.).

La concentration maxima est basse (10 p. 1000 environ ou moins).

2e ÉTAPE, insensiblement :

— Les manifestations digestives semblent marquer un temps d'arrêt ; le malaise général s'atténue, comme l'état de shock plus ou moins prononcé du début ; les vomissements et les selles sanglantes, comme les douleurs, s'espacent.

— Souvent, des *érythèmes toxiques apparaissent*, fugaces, morbilliformes ou scarlatiniformes, siégeant au pli des aines, des aisselles, *très prurigineux.*

— On est d'autant plus tenté de parler d'*amélioration* qu'il y a très souvent :

Une reprise de la diurèse.

— D'abord émission d'urines foncées, albumineuses.

— Puis urines plus abondantes, plus claires les jours suivants.

C'est surtout à ce stade que les signes humoraux acquièrent toute leur valeur.

De fait : c'est insidieusement que se constitue *l'urémie*

1° *Certains symptômes nouveaux doivent y faire penser :*

— L'apparition d'une sensation de *soif* intense ;

— De l'*hypothermie ;*

— De la *torpeur ;*

— Des *irrégularités respiratoires ;*

— Du *myosis.*

2° *Surtout : les signes humoraux ne suivent pas toujours une évolution parallèle au taux de la diurèse :*

a) *Dans les cas mortels*, en effet,

— Malgré l'amélioration clinique trompeuse ;

— Malgré le rétablissement relatif de la diurèse aqueuse ;

— Le taux de l'azotémie demeure élevé, parfois même s'accroît encore ;

— La concentration uréique urinaire demeure nettement insuffisante, et peu à peu, tous les signes habituels d'une *urémie sèche*, à *prédominance digestive* apparaissent (—où les manifestations cardio-vasculaires sont d'ailleurs variables).

La mort survient dans ce cas vers le 8e-10e jour.

Généralement dans le coma, cette évolution fatale se voyant dans 50 p. 100 des cas environ.

b) *Dans les cas favorables*, il est rare que les signes humoraux s'améliorent très rapidement, et c'est dans la règle, plusieurs jours après le rétablissement de la diurèse que l'étude comparative des taux successifs de l'azotémie et de la concentration uréique urinaire permet de prévoir une bonne évolution : cette dernière s'élève progressivement, atteignant 30, 40 p. 1.000 (parfois véritable débâcle azoturique : 300, 400 gr. par 24 h.) — et parallèlement l'azotémie diminue.

Rappelons que cette guérison :

— Peut être retardée du fait de *complications digestives* (infection bucco-pharyngée ; hémorragie intestinale par chute d'escarre),

— Peut se faire avec des séquelles (albuminurie résiduelle, débilité rénale ultérieure).

Ainsi, fait capital, le pronostic de l'intoxication mercurielle aiguë se juge : ni sur la dose de toxique ingéré, ni sur l'allure clinique des accidents, ni sur le degré de l'anurie, ni sur le taux isolé de l'azotémie.

Mais essentiellement : *sur la comparaison quotidienne du taux de l'urée sanguine et de la concentration uréique urinaire.*

Il est enfin un *problème d'ordre thérapeutique* qui doit être résolu devant tous les cas d'intoxication mercurielle aiguë : l'intensité des vomissements et de la diarrhée crée un état de *déshydratation*, dont la corollaire est la *déchloruration.*

Les travaux modernes ont étudié les indications de la *rechloruration*, indispensable de prime abord, mais qui, dans certains cas, s'est révélée source d'accidents graves.

Ils ont distingué les cas de *chloropéine vraie* et les cas *d'hypochlorémie sans chloropénie.*

C'est pourquoi il est indispensable :

— *En dosant la réserve alcaline.*

— Et surtout en *dosant le ClNa sanguin* plasmatique et globulaire, de faire la distinction préalable entre ces deux types.

Cette réserve faite, la rechloruration, associée à l'alcalinothérapie, a pu dans certains cas, donner d'excellents résultats.

Le diagnostic de l'intoxication mercurielle aiguë n'offre pas de grandes difficultés, car en dehors même de tout commémoratif, on est guidé par un ensemble de symptômes très caractéristiques : l'intensité des troubles digestifs et l'anurie y font penser d'emblée.

Il est exceptionnellement délicat avec :

1° L'*Anurie précoce d'une scarlatine toxique*, dans sa forme sèche et anurique d'emblée ;

2° *Surtout avec d'autres intoxications*, par *l'apiol*, dans un but abortif, qu'accompagne en règle des signes de polynévrite, par l'*acide oxalique* ou le *sous-acétate de plomb.*

En fait, c'est essentiellement un *pronostic* qui se pose :

— Toujours grave,

— Longtemps imprévisible dans les formes habituelles.

— Que seuls les stigmates humoraux permettent d'apprécier.

GUY LE SUEUR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 96, du 30 nov., p. 1538.

Rapports sur la valeur alimentaire des conserves et les garanties données aux consommateurs de conserves, publié à l'occasion du 1er Congrès international de la conserve, Paris, octobre 1937, par le Comité interprofessionnel de la conserve de France. 1 vol. grand in-8 de 183 pages. Pierre Peissi, 25, rue du Général-Foy, Paris (8e), 1938.

L'angine de poitrine, par Vital LASSANCE (de Bains-les-Bains). Un vol. de 204 pages illustré avec une préface du professeur R. LERICHE. Maloine, éditeur, 1938. Prix : 30 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 99. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accepté la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). — Téléph. LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Académie de Médecine. — La séance annuelle de l'Académie de Médecine au cours de laquelle seront proclamés par M. Bezançon, président, les prix et récompenses décernés en 1938, aura lieu le 13 décembre à 3 heures précises.

M. Brouardel, secrétaire annuel, présentera un rapport sur ces prix et M. Achard, secrétaire général, prononcera l'éloge d'Adolphe Wurtz.

Faculté de Médecine de Paris. — M. J. Boeke, professeur d'embryologie et d'histologie à l'Université d'Utrecht, fera une conférence sur le sujet suivant : *Le plexus fondamental sympathique et les cellules interstitielles.* Cette conférence aura lieu au grand amphithéâtre de l'École Pratique, le mardi 13 décembre, à 16 heures.

— M. Leroux, professeur d'anatomie pathologique, est rangé dans la 2e classe des professeurs des Facultés de Paris.

École de Médecine de Clermont-Ferrand. — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant de bactériologie, hygiène et hydrologie à l'École de Médecine de Clermont-Ferrand, qui devait s'ouvrir devant la Faculté de Médecine de Toulouse le 7 décembre 1938, est reporté au lundi 16 janvier 1939.

École de Médecine de Grenoble. — Les titres de professeur honoraire et directeurs honoraires sont conférés au docteur Léon Martin, directeur retraité.

Le titre de professeur honoraire est conféré au docteur Cibert, professeur retraité.

Maison départementale de Nanterre. — L'Association des Internes et anciens Internes de la Maison départementale de Nanterre a organisé dans ce centre hospitalier des réunions médico-chirurgicales auxquelles sont invités tous les confrères et spécialement ceux des communes avoisinantes.

Ces réunions sont de deux sortes :

1° Présentation de malades le deuxième mercredi de chaque mois, à 10 h. 30.

2° Des conférences sur des sujets d'ordre pratique, le quatrième mercredi de chaque mois, à 10 h. 30.

La première conférence de cette année a été faite le mercredi 23 novembre par le docteur Thibaut, chef du Service de Dermatologie, sur : *Le traitement de la syphilis actuellement.*

La première présentation de malade se fera le mercredi 14 décembre à 10 h. 30, dans le service du docteur Français.

La deuxième conférence sera faite par le docteur Joltrain, sur : *Le traitement de l'asthme.*

En raison des vacances du jour de l'an, la conférence du docteur Joltrain aura lieu, non pas le quatrième mais le troisième mercredi, le 21 décembre, à 10 h. 30.

Réunions médico-chirurgicales de morphologie. — La prochaine réunion médico-chirurgicale de morphologie aura lieu à 21 heures précises, le mercredi 14 décembre 1938, sous la présidence du docteur Thooris, à l'amphithéâtre de l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, Paris (3e étage, au-dessus du Musée Dupuytren).

Les journées médicales de Bruxelles 1939. — A titre tout à fait exceptionnel, à l'occasion de l'Exposition Internationale de l'Eau et de l'inauguration du Canal Albert, la XVIIIe session des Journées Médicales de Bruxelles se

tiendra à Liége du 24 au 28 juin, sous la présidence du professeur Ernest Renaux, membre de l'Académie Royale de Médecine.

Le programme scientifique, semblable à celui qui connut tant de succès à Bruxelles au cours des dix-sept sessions antérieures, comprendra des conférences magistrales sur les questions médicales à l'ordre du jour, des démonstrations pratiques et des séances opératoires dans les hôpitaux.

Des fêtes nombreuses, dans le cadre de l'Exposition, et des excursions à Spa et au Canal Albert, réalisation dont s'enorgueillit la Belgique, seront offertes aux congressistes.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétaire général, docteur René Beckers, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RETRAITE DES MÉDECINS ANCIENS COMBATTANTS

par MM. L. HUFNAGEL et M. SUREAU

La loi sur la Retraite mutualiste des Anciens Combattants, votée le 4 août 1923, complétée par la loi du 30 décembre 1928, a permis aux Anciens Combattants de tous grades de se constituer une retraite dans des conditions exceptionnelles : l'État, en effet, par des versements complémentaires importants, participe à la constitution de cette retraite, dont le maximum était primitivement fixé à 6.000 francs (1). La participation de l'État pouvait, suivant l'âge de l'Ancien Combattant, atteindre 60 %.

Cette loi généreuse a été appliquée sous sa forme initiale, jusqu'au 31 mai 1933 ; à cette date le taux maximum de contribution de l'État est tombé à 30 %.

Or, il est possible que ce taux diminue encore. Et c'est cette raison qui nous a incité à avertir particulièrement aujourd'hui nos camarades, qui par négligence, n'ont pas encore entrepris des démarches si profitables pour leur avenir.

Il faut qu'ils sachent que de nombreux organismes mutualistes se sont créés pour appliquer la loi de 1923. Tous sont groupés en une Caisse Autonome Nationale, fondée par l'Union des Sociétés Mutuelles de Retraite des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre, qui comprend au total 186.000 membres, et dont l'actif a atteint au 31 décembre 1937 deux milliards de francs.

Parmi ces Associations, la Société Mutuelle de Retraite des Médecins du Front constitue un groupement de 650 médecins. Fondée en 1929 et présidée par le professeur Balthazard, elle est parmi les plus importantes par la valeur des retraites versées.

La Société Mutuelle de Retraite des Médecins du Front a transmis à la Caisse Autonome depuis sa fondation près de 30 millions de francs et elle a payé à ses pensionnés plus de 800.000 francs en 1938.

Pour le médecin, qui par sa profession même n'est pas un fonctionnaire, la retraite de 6.000 francs est pratiquement la seule qu'il puisse se constituer avec l'aide de l'État. Les médecins Anciens Combattants forment donc une Association, à laquelle leurs versements et le montant de leurs pensions confèrent une importance particulière. Mais celle-ci ne groupe pas, tant s'en faut, tous les médecins Anciens Combattants, qui ont droit à la subvention de l'État, c'est-à-dire ceux qui ont eu trois mois de présence dans une unité combattante durant la guerre 1914-18 et qui sont titulaires de la Carte du Combattant ou de la Médaille Interalliée dite « de la Victoire ».

(1) Ce maximum vient d'être porté à 9.000 francs.

Il y a là, pour certains de nos camarades, une regrettable lacune qu'il faut combler : profiter des avantages que leur offre la loi du 4 août 1923 modifiée par le décret du 31 mai 1933.

Il serait urgent de faire l'effort nécessaire, car, nous le répétons, plus le temps passe, plus l'État tend à réduire sa participation.

Les retardataires doivent à cet égard craindre le pire, tandis que les prévoyants ne risquent pas de voir diminuer la participation que l'État s'est antérieurement engagé à souscrire.

Telle est la raison de ce pressant appel. Rien n'est plus stérile que le regret d'une occasion perdue. Une sage prévoyance à l'heure opportune doit nous éviter ce regret. Que nos camarades, possesseurs de la Carte de Combattant, pensent à leur avenir pendant qu'il en est temps encore.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

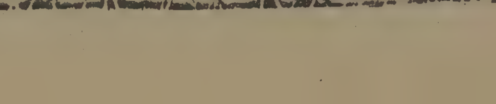
Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale. — M. le professeur E. BRUMPT commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le jeudi 5 janvier 1939, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie. — M. le professeur Maurice CHIRAY commencera son cours le mercredi 11 janvier 1939, à 16 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera ses leçons, dans le même amphithéâtre, tous les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété par une série de vingt leçons d'hydrologie thérapeutique et de climatologie pratiques, avec présentation de malades, à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat.

Chaire de thérapeutique (professeur : M. Paul HARVIER). — *Traitement des intoxications*, le vendredi et le samedi au grand amphithéâtre de la Faculté.



REVUE GENERALE

LES MANIFESTATIONS CHIRURGICALES DE LA NEUROGLIOFIBROMATOSE DE RECKLINGHAUSEN

Par MM. JEANNENEY et SOUBIRAN

La neurogliofibromatose ou maladie de Recklinghausen appartient au domaine de la neurologie et de la dermatologie ; cependant, certaines de ses manifestations sont du ressort de la chirurgie.

Rappel des généralités. — Cette affection a été décrite pour la première fois en 1882 par Recklinghausen qui admet la *théorie fibromateuse* selon laquelle les tumeurs seraient dues à une prolifération issue du périnèvre.

En 1899, Askanazy découvre dans ces tumeurs des fibres nerveuses et des cellules ganglionnaires et admet que les tumeurs sont des névromes.

En 1908, Veroçay puis Masson, Lhermitte et Leroux, Roussy et Cornil constatent que les tumeurs cutanées et nerveuses sont dues à la prolifération des cellules de la gaine de Schwann et méritent, par conséquent, le nom de *Schwannome* ou de *gliome périphérique*.

Puis on rattache à la neurogliomatose les tumeurs des nerfs craniens et notamment celles de la VIIIe paire.

Dès les premières descriptions de maladies de Recklinghausen, certains auteurs insistent au point de vue clinique sur la coexistence de tumeurs viscérales de même nature, mais c'est surtout depuis 1923 que cette étude a pris de l'importance au point de vue histologique (Lhermitte et Leroux). Ces localisations sont des plus variables.

Les unes, intéressant le système nerveux central, ont été étudiées pour la première fois en 1909 dans la thèse d'Astraud.

Quelques-unes sont thoraciques ; d'autres abdominales.

Depuis 1936, Carrière et ses collaborateurs étudient les *localisations médiastinales* de cette affection et font une mise au point de la question dans un livre récent auquel nous ferons de larges emprunts.

Etiologie

Nous n'insisterons pas sur le caractère héréditaire et familial de cette affection, ni sur sa similitude avec d'autres affections congénitales, telles que la sclérose tubéreuse de Bourneville ou l'angiomatose de Lindau, affections toutes développées aux dépens du feuillet neuro-ectodermique, avec cependant participation mésodermique d'où le terme général de *neuro-ecto-mésodermoses* ou de *blastodermoses familiales*.

Le terme de *phakomatose* sous lequel on désigne parfois ces trois affections tient compte des troubles de la mélanogenèse que l'on y rencontre toujours dans les formes typiques.

Anatomie pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique il est bien admis que les tumeurs cutanées sont développées aux dépens des gaines de Schwann des nerfs, mises en évidence par les imprégnations argentiques, mais que dans certains cas on n'y trouve que du tissu conjonctif ; il s'agit alors uniquement de fibromes cutanés développés soit aux dépens des enveloppes conjonctives des follicules pileux, soit aux dépens de la gaine des vaisseaux ou des nerfs.

La *tumeur royale* est constituée par une association de *tissu conjonctif hyperplasié* et d'*éléments nerveux* tubulaires.

Quant aux névromes plexiformes et aux tumeurs situées sur les tissus nerveux, ils sont en majeure partie développés aux dépens des *gaines de Schwann*.

*
**

Etude clinique

Au point de vue clinique nous adopterons la classification de Carrière en :

a) Syndrome cutané tumoral et pigmentaire ;
b) Syndrome nerveux central et périphérique ;
c) Syndrome tumoro-viscéral ;
d) Syndrome osseux ;
e) Syndrome endocrinien,

et à propos de chacun de ces syndromes, nous n'étudierons que les manifestations susceptibles d'intéresser le chirurgien.

Nous terminerons enfin par l'étude des complications obstétricales de la Maladie de Recklinghausen.

1° Syndrome cutané. — Certaines tumeurs royales atteignent quelquefois un tel volume qu'il est nécessaire de les enlever en raison de leur évolution ou de la gêne qu'elles entraînent.

L'augmentation de volume est parfois assez rapide pour que l'on puisse parler de *formes aiguës* de la maladie de Recklinghausen. Les *récidives* sont, dans ces cas, assez fréquentes mais conservent leur caractère de bénignité.

Tantôt c'est leur localisation qui est une gêne, par exemple au niveau des bourses, des grandes lèvres, des seins ou des paupières. C'est ainsi que Weskamp fut obligé d'intervenir pour enlever un volumineux fibrome implanté sur les 2 paupières et qui recouvrait l'œil.

Parfois enfin c'est à cause de la *transformation maligne* en sarcome que l'on est amené à pratiquer une intervention. Cette transformation sarcomateuse surviendrait dans 12 % des cas pour Hoffmann ; la tumeur, dans ce cas, s'hypertrophie brusquement, devient rouge, chaude et douloureuse et se fixe. Malgré l'ablation large et rapide, le pronostic est assez sombre et la récidive et les métastases précoces.

2° Syndrome nerveux. — On peut envisager ici les localisations périphériques et les localisations centrales. Les *localisations périphériques* sont constituées par les tumeurs des nerfs dont la symptomatologie est variable : douleurs spontanées, perte de la sensibilité, troubles moteurs ou trophiques, amyotrophies. Ces

symptômes, surtout la douleur, peuvent s'exagérer au point de nécessiter une intervention. L'opération idéale, si la tumeur est bien encapsulée, c'est l'énucléation de la tumeur par dissociation sans section de fibres nerveuses. Dans ces cas les résultats sont excellents.

Si la tumeur est infiltrée, impossible à énucléer, il faut alors recourir à la résection du segment nerveux tumoral, en faisant ensuite si possible la réunion des deux bouts par suture. Il est intéressant de signaler à ce propos que souvent la résection d'un nerf pour tumeur n'a donné lieu à aucun symptôme de paralysie ou d'anesthésie consécutive (cas de Hamant et Girard). On peut expliquer ces faits a priori paradoxaux, si différents de ce que l'on constate en matière de chirurgie traumatique des nerfs, en admettant que sous l'influence de la compression lente et prolongée du nerf, les voies anastomotiques se sont développées et suppléent aux fonctions du nerf malade.

Les localisations centrales de la maladie de Recklinghausen sont devenues des formes essentiellement chirurgicales, grâce aux progrès de la neuro-chirurgie.

Au niveau de la moelle on peut rencontrer des tumeurs extra ou intra-médullaires. Comme au niveau des nerfs périphériques, les tumeurs de la moelle repoussent le tissu nerveux, dissocient les cylindraxes sans les altérer, condition importante de la réussite des interventions.

Les symptômes de ces tumeurs médullaires sont essentiellement variables : ils peuvent simuler la sclérose latérale amyotrophique, la synringomyélie (Maas), même le tabès (Vignols Luteti, Weigmann) ; mais surtout ils affectent le type de la compression médullaire avec paraplégie ou quadriplégie.

Le diagnostic se fera facilement dans les cas de syndrome typique, où la lésion médullaire est associée à des tumeurs cutanées et des tâches pigmentaires. Le diagnostic est plus difficile dans les formes frustes ou purement médullaires et souvent, dans ces cas, seul l'examen anatomo-pathologique permettra de trancher la question.

Mais ce qui importe le plus c'est de faire un diagnostic topographique, et ici le lipiodol intra-rachidien trouve une de ses meilleures applications.

L'intervention consistera dans l'ablation de la tumeur après laminectomie, ablation facile dans le cas de tumeur extra-médullaire ; mais il faut savoir que les tumeurs peuvent être multiples et que des tumeurs extra-rachidiennes peuvent être associées à des tumeurs intra-rachidiennes.

Anthony (*Revue neurologique*, 1931) a publié un cas particulièrement intéressant de tumeurs multiples comprimant la moelle ; 3 opérations successives enlèvent 3 tumeurs différentes et améliorent progressivement le malade, mais après la 4e intervention le malade meurt. A propos de cette observation, Anthony relève dans la littérature 200 cas de maladie de Recklinghausen dont 20 avec tumeurs de la moelle ; il rapporte également le cas de Reichmann, guéri après ablation de 3 tumeurs médullaires, et celui de Walthard qui meurt après l'opération. Il admet la possibilité de la transformation maligne des schwannomes médullaires après un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

Depuis 1938, de nombreux cas ont été publiés d'interventions suivies de succès. Citons, en particulier, le cas de Chavany, David, Thiébault (Société de Neurologie, Paris 1936) concernant une observation de compression de la moelle dorsale supérieure chez une femme de 73 ans atteinte de Maladie de Recklinghausen, qui guérit après ablation de deux petits méningiomes. En effet, les tumeurs médullaires de la neurogliofibromatose peuvent être aussi bien des méningiomes que des schwannomes, ce qui s'explique très bien par la conception d'Oberling, qui admet l'origine embryologique commune des méningoblastes et des éléments qui forment la gaine du schwannome.

Plus récemment Lafargue, Bergougnian et Lafon ont rapporté une guérison après ablation d'une tumeur médullaire.

Les *manifestations encéphaliques* de la neurogliofibromatose peuvent se traduire cliniquement par des crises d'épilepsie ou par un déficit intellectuel congénital. Parfois elles peuvent se révéler par l'apparition d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne à allure rapide et mortelle, formes alors peu chirurgicales.

Dans d'autres cas, il s'agit au contraire de tumeurs plus localisées, siégeant sur un seul ou plusieurs nerfs craniens particulièrement l'auditif. Les autres nerfs de la base peuvent d'ailleurs aussi être altérés dans l'ordre de fréquence suivant : pathétique, facial, glosso-pharyngien, moteur oculaire commun, trijumeau. Le moteur oculaire externe et l'hypoglosse sont rarement frappés. Ces atteintes des nerfs craniens sont surtout représentées par des tumeurs de l'acoustique dont les rapports avec la maladie qui nous occupe sont connus depuis l'étude de Heunebery et Koch (1902), celle de Heuneir (1915) et surtout la statistique de Gardner (1930) qui relève 37 cas de tumeurs bilatérales avec neuro-fibromatose et 7 cas seulement de tumeurs bilatérales non accompagnées de neurofibromatose. On peut donc dire que les tumeurs bilatérales de l'acoustique sont très souvent en rapport avec la neuro-fibromatose.

Ces manifestations qui entrent dans le groupe des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux s'accompagnent de troubles de l'audition, de l'équilibre, et plus tard d'un syndrome cérébelleux ; le neurologiste aidé de l'otorhino-laryngologiste en fera facilement le diagnostic et le chirurgien les abordera par voie occipitale.

Ces tumeurs se laissent en général facilement énucléer, mais les résultats de cette chirurgie sont soumis aux aléas que l'on rencontre toujours en neuro-chirurgie.

On peut trouver également des tumeurs à la surface des méninges ou en plein tissu cérébral qui donnent parfois des signes en foyer ou des manifestations convulsives du type de l'épilepsie Bravais Jaksonnienne et qui peuvent relever du traitement chirurgical.

3° Syndrome tumoro-viscéral. — La *forme médiastinale* de la neurofibromatose a été particulièrement

étudiée par l'école de Lille, dont nous ne pouvons mieux faire que de résumer les travaux.

Les néo-formations intra-thoraciques de la neurofibromatose apparaissent dans la région para-vertébrale et beaucoup plus souvent à l'apex qu'aux régions hilaires ou diaphragmatiques. Elles se développent surtout aux dépens des nerfs rachidiens, parfois elles dérivent des chaînes sympathiques thoraciques juxta-vertébrales. Ces tumeurs sont donc rétropleurales. Leur volume peut atteindre celui de la tête d'un enfant. Elles restent longtemps latentes et ne sont souvent découvertes que fortuitement, à l'occasion d'un examen radiographique. Les douleurs ne sont pas constantes, les compressions du sympathique ou du récurrent sont rares, les manifestations vasculaires (cyanose, œdème en pélerine) sont également rares. Les troubles pulmonaires sont beaucoup plus fréquents : bronchite à répétition, congestions pulmonaires, dyspnée progressive, parfois épanchements pleuraux.

L'atteinte de l'état général est tardive, mais le diagnostic est surtout fait par la constatation d'une image radiologique arrondie intra-thoracique, dont l'opacité est homogène, bien délimitée et les contours arrondis, tirés au compas, dénués de battements.

Le syndrome fonctionnel des neurinomes intra-thoraciques, malgré l'évolution lente de ces tumeurs, peut conduire par son aggravation à une intervention. Il est démontré que la radiothérapie profonde est sans action sur eux ; on ne peut donc intervenir que chirurgicalement le plus souvent par voie postérieure après résection costale. La plèvre qui adhère à la tumeur est souvent lésée au cours des manœuvres de libération. Il s'agit donc toujours d'interventions sérieuses comme le prouvent, d'ailleurs, les statistiques:

Statistique de Makhes, 27 opérés, 6 décès, mortalité 23 %.

Statistique de Dubois : 7 opérés, 3 décès, mortalité 42 %.

La mortalité relève de complications pulmonaires ou cardiaques dans les suites immédiates de l'intervention. Dans les cas où l'ablation a été suivie de guérison rapide, on n'a pas noté de récidives ultérieures.

Les *manifestations digestives* et *abdominales* peuvent également avoir une part importante dans les manifestations chirurgicales de la maladie de Recklinghausen.

En 1911, Leriche attirait l'attention sur une *tumeur gastrique* enlevée chez un malade atteint de neurofibromatose, et sur l'association fréquente de cette affection avec les schwannomes gastriques. Ces tumeurs, bénignes, se développent aux dépens de la tunique neuro-musculaire de l'estomac, elles peuvent être intra- ou extra-gastriques ou mixtes ; le plus souvent extra-gastriques et appendues à un pédicule grêle et très allongé. La zone d'implantation gastrique se fait sur une muqueuse saine.

La symptomatologie est fruste ou inexistante : douleurs sans horaire fixe ou vomissements, hémorragies rares.

La radiographie donne quelquefois des images à contours nets. (Schwannomes sous-muqueux.)

Les tumeurs de la face antérieure de l'estomac sont parfois accessibles à la palpation.

On pratiquera pour ces tumeurs bénignes, des opérations limitées :

Excision d'une tumeur pédiculée intra-gastrique atteinte par gastrotomie et enlevée après excision d'une petite collerette de muqueuse autour du pédicule.

La gastrectomie segmentaire est parfois nécessaire lorsque l'implantation pariétale de la tumeur est plus large.

Enfin, dans les grosses tumeurs de l'antre pylorique, une gastro-pylorectomie est nécessaire. (Jeanneney, 1924.)

L'existence d'une augmentation rapide de volume peut faire penser à la dégénérescence sarcomateuse d'une tumeur bénigne ; c'est le cas de Hartmann (Surg. gyn. and Obst., mars 1927) où il s'agissait d'un fibro-myxo-sarcome de l'estomac, développé chez un malade atteint de neuro-fibromatose, qui fut traité par gastrectomie, mais mourut.

Les *localisations intestinales* se développent surtout au niveau de l'iléon, ce sont des tumeurs d'aspect polypeux croissant dans la lumière intestinale, de petit volume, que l'on découvre à l'occasion d'une complication : hémorragie, invagination, perforation.

Les *localisations* strictement *appendiculaires* sont plus rares, quoiqu'il existe le cas de Madlener, de péritonite par perforation de l'appendice atteint de neurofibromatose. Cependant, des faits importants ont été mis en évidence par Menier qui concernent des lésions du tissu nerveux de l'intestin en général et de l'appendice en particulier, allant de la simple hyperplasie à la tumeur vraie aboutissant à un tableau d'appendicite chronique, en réalité appendicite neurogène très souvent associée à la maladie de Recklinghausen.

Enfin, nous placerons ici les *ganglioneuromes rétropéritonéaux*, tumeurs bénignes, à évolution lente, constitués par des éléments nerveux relativement différenciés du type adulte et dont nous avons rapporté une observation caractéristique. (Jeanneney, A. Petges et Soubiran.)

Il s'agit d'une femme de 45 ans atteinte depuis l'âge de 7 ans d'une neuro-fibromatose typique : tumeurs cutanées, tâches pigmentaires, déficit intellectuel, et à laquelle on a déjà enlevé à 38 ans une masse abdominale comprimant les uretères. En mars 1938 nous intervenons pour une nouvelle masse abdominale intra-mésentérique et chirurgicalement inextirpable (fibro-sarcome à l'examen histologique).

4° Syndrome osseux. — Les lésions osseuses de la neurogliofibromatose peuvent être, d'après Carrière et ses collaborateurs, classées ainsi :

1) *Troubles de l'ostéogénèse embryonnaire :*

a) Avortements squelettiques : agenesies, atrophies, pseudarthroses ;

b) Troubles de la segmentation ;

c) Lésions hypertrophiantes.

2) *Lésions osseuses tardives et déformantes :*

a) Dystrophies fixées ;

b) Dystrophies actives évolutives.

C'est surtout dans cette dernière variété de lésions que l'on sera amené à intervenir soit par traitement orthopédique : corsets plâtrés, etc., soit par greffes ostéopériostées, essayant de fixer les lésions.

La fragilité osseuse et les fractures spontanées au niveau des os des membres sont aussi du domaine chirurgical.

La colonne vertébrale est touchée avec une certaine prédilection : ainsi on observe une cyphoscoliose à type dorsal, évoluant vers la constitution de difformités parfois monstrueuses, avec possibilité d'effondrements vertébraux (Vergoz, Torner, Schemlo). Pourtant il est rare de constater des troubles médullaires dus aux déformations vertébrales, et il est probable que les cas où on les a notés relevaient en réalité de tumeurs intra-rachidiennes.

Enfin, il faut rappeler les quelques cas publiés d'association des deux maladies de Recklinghausen (cutanée et osseuse) où le pronostic général a pu être amélioré par la parathyroïdectomie.

Ducroquet, dans une récente communication à l'Académie de Chirurgie, présente dix cas de pseudarthroses ou d'inflextions congénitales du tibia qui semblent relever de la neurogliofibromatose. Les images radiologiques d'inflexion tibiale rappellent l'ostéite fibro-géodique de Recklinghausen, ce qui permet encore de rapprocher les deux maladies.

5° Syndrome endocrinien. — Il est fréquent de constater des signes de déséquilibre endocrinien atteignant une ou plusieurs glandes au cours de la neurogliofibromatose, mais rarement ces faits ont nécessité des traitements chirurgicaux. Cependant on a noté assez souvent l'existence de tumeurs des cellules chromaffines adrénalinogènes de la surrénale au cours de la neurofibromatose. Ceci n'est pas fait pour nous étonner étant donné l'origine aux dépens des ébauches embryonnaires du sympathique, de cette partie de la glande. Et Peyron, dans une communication au Congrès de Chirurgie (1934), conclut qu'une *hypertension* surtout *paroxystique* constitue une indication opératoire dans la neuro-fibromatose.

6° Obstétrique et neuro-glio-fibromatose. — Cette question a été bien étudiée par l'école de Nancy et voici les conclusions auxquelles arrivent Fruhinsholz, Longot et Richon dans leur article de la *Presse Médicale* du 18 septembre 1935 :

a) *Influence de la gestation sur la neurofibromatose :*

1° Les lésions cutanées subissent une poussée ;

2° Les tumeurs viscérales peuvent subir une poussée et créer une dystocie (Neurogliome pelvien, *Obst. gyn.*, Nancy, février 1934) ;

3° Chaque gestation déclanche un progrès dans la maladie.

b) *Influence de la neurofibromatose sur la fonction de reproduction :*

Il est classique de dire que les femmes atteintes de neurofibromatose sont peu fécondes.

En général, même s'il y a des lésions squelettiques, il n'y a pas de dystocie osseuse.

c) *Produit fœtal :*

20 % environ des enfants héritent de la maladie maternelle, mais celle-ci n'apparaît pas en général dès la naissance.

La Maladie de Recklinghausen par ses manifestations viscérales multiples et variées mérite d'être connue du *chirurgien :* tantôt elle constitue en soi une indication opératoire, tantôt elle se complique d'accidents entraînant la nécessité d'une intervention d'urgence.

Dans tous ces cas il importe de se souvenir que le malade atteint d'une maladie de Recklinghausen est un malade qui supporte mal les opérations un peu étendues et qu'il ne faut ici intervenir qu'avec la plus grande prudence.

BIBLIOGRAPHIE

Antony. Maladie de Recklinghausen avec neurofibrome comprimant la moelle. *Revue de neurologie*, 1931, p. 592.

Astraud. Petits et grands accidents nerveux de la maladie de Recklinghausen. *Thèse Paris*, 1909.

Carrière, Huriez, Gervois, Dupret. La gliofibromatose de Recklinghausen, 1 vol., Doin, Paris, 1938.

Carillo. Relation entre les manifestations cutanées de la maladie de Recklinghausen et les tumeurs cérébrales coexistant. *Revue neurologique*, 1935, 2-p. 331.

Chavany, David, Thiébault. *Société de Neurologie*, Paris, 5 nov. 1936.

Cohen et Donady.. Coexistence des deux maladies de Recklinghausen chez un sujet, leurs liens nosologiques. *Presse médicale*, 19 décembre 1936, p. 2063.

Conos et Archelaos. Un cas de maladie de Recklinghausen, avec ulcère gastrique. *Revue neurologique*, p. 78, janvier 1931.

Cornil, Rissel, Beau et Alliez. Les formes généralisées et dissociées de la M. de R. (neuroectodermatose). Essai de synthèse des types de tumeurs du système nerveux. *Presse médicale*, 23 décembre 1933.

Dubois. La forme thoracique de la maladie de Recklinghausen. *Thèse Paris*, 1935.

Fruhinsholz, Longot et Richon. Cinq cas de maladie de Recklinghausen au cours de la gestation. *Presse médicale*, 18 sept. 1935.

Gossèt, Bertrand Lœwy. Schwannomes viscéraux. *Journal de chirurgie*, 6 juillet 1924.

Hallopeau, Lebret. Maladie de Recklinghausen avec tumeur abdominale. *Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphiligraphie*. Paris, 4 mars 1904.

Hartmann. Localisation sur l'estomac de la maladie de Recklinghausen. *Surgery, gynecology and obstetric*, mars 1927.

Heidier. Neurofibrome de la vessie. *Zentrallblatt für Gynecology*, 25 fév. 1928.

Hoey. Maladie de Recklinghausen avec fibrome de l'appendice, *Brit. méd. J.*, 15 sept. 1929.

Israël. Contribution à l'étude des localisations gastriques et intestinales de la neurofibromatose. *Thèse Lyon*, 1910-1911.

Jeanneney, A. Petges, Soubiran. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 1938. Fibrosarcome du mésentère chez une malade atteinte d'une neurogliofibromatose de Recklinghausen. *Journ. de méd. de Bordeaux*, N° 31, 30 juillet 1938, p. 95-97.

Juaristi. Neurofibromatose abdominale. *Rev. de chirurg. de Barcelona*, fév. 1936.

Lafargue, Bergouignan, Lafon. Société de médecine de Bordeaux, juin 1937.

ROCAZ, TOUYA, Mlle FIOT. Maladie de Recklinghausen avec tumeur royale géante et malformation d'un membre. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mars 1937.

ROCAZ, Mlle FIOT. Sept frères et sœurs atteints de maladie de Recklinghausen. *Soc. de méd. infantile de Bordeaux, et du Sud-Ouest*, séance du 17 novembre 1937.

RAMOND (L.). Compression de la moelle par un fibrogliome radiculaire au cours d'une maladie de Recklinghausen. *Presse médicale*, 17 janv. 1932.

SPILLMANN, CREHANGE, WEILL. Neurofibromatose et grossesse. *Bulletin Soc. franç. de derm. et syphil.*, N° 2, p. 211, févr. 1936.

TIXIER. Troubles dystrophiques osseux et maladie de Recklinghausen. *Lyon méd.*, 1926.

TIXIER. Neurofibromatose généralisée avec pseudarthrose fibreuse congénitale et pied valgus. Développement ultérieur d'un gliome du nerf péronier. *Lyon chirurgical*. Novembre-décembre 1933.

VERGOZ, TORNER, SCHEMLA. Neurofibromatose avec importante déformation vertébrale. *Presse médicale*, 5 juin 1937.

VIGANO. Altération vertébrale dans la neurofibromatose. *Archiv. f. Ortopedia*, vol. LI, fasc. 3, p. 562-591.

WESKAMP. Volumineux neuro-fibrome de la paupière. *Presse méd.*, 1920, p. 652.

WALLNER. Tumeurs multiples de la moelle épinière. *Presse méd.*, 6 sept. 1922.

ZIMMER. La neurofibromatose. *Thèse Paris*, 1936.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1938

Septicémie à « Bacillus funduliformis » d'évolution suraiguë. — MM. BRULÉ, HILLEMAND, MOLINETZ et J. LEMIERRE. Un cas de septicémie suraiguë post-angineuse à B-*funduliformis*, affection dont on ne connaît que 27 cas. L'hémoculture en anaérobie, donne lieu à des colonies du germe et permit de poser un diagnostic fatal. Le malade mourut en effet le 7e jour, n'ayant présenté aucune des localisations suppurées habituelles.

A propos de ce cas, M. Lenègre rapporte un fait à bacille semblable observé chez une jeune fille, atteinte d'une cardiopathie mitrale ancienne. L'affection qui prit momentanément l'allure d'une septicémie suraiguë se termina par contre par une guérison qui semble définitive.

Prémunition parentérale par le B.C.G. d'une adulte anergique. Persistance de l'anergie cutanée. Pleurésie séro-fibrineuse ultérieure. — MM. TROISIER, BARIÉTY, NICO. Infirmière de 25 ans qui présenta en 1936 des réactions tuberculiniques négatives, même à un C.G. Elle reçut en 1937 une injection de B.C.G.

Les réactions tuberculiniques restèrent négatives et ce n'est qu'en 1938 que la cuti-réaction devînt positive. 2 ans après l'injection de B.C.G. se déclara une pleurésie séro-fibrineuse. Cette observation soulève la question de la revaccination chez les sujets anergiques.

Cette dernière question a provoqué des observations assez troublantes de la part de certains auteurs : Rist, Besnard, Sergent, entre autres.

Anomalies de l'Electro-Encéphalogramme dans le myxœdème. — MM. GUILLAIN, BERTRAND, DELAY et Mlle GUILLAIN. — Les enregistrements ont été pratiqués à l'aide de toxillographe cathodique dans 6 dérivations symétriques : frontale-vertex, pariéto-vertex, occipitale-vertex. On remarque que l'ensemble des tracés offre un aspect « comme *écrasé* », que les ondes *alpha* ont disparu, que le stimulus lumineux est négatif dans tous les tracés et que les tracés frontaux et pariétaux ont un aspect uniforme. Les auteurs rappellent que dans le myxœdème acquis de l'adulte, les anomalies sont plus faibles, et ils ajoutent qu'elles traduisent la déchéance mentale profonde, qu'elles peuvent même provoquer.

La pyramide du rein. Ses altérations, leur rôle dans la rétention rénale. — MM. LŒPER et SOULIÉ. Les pyramides du rein semblent pouvoir jouer un rôle dans la rétention rénale. Elles présentent les lésions suivantes: congestion et hémorragie, surtout dans les cardiopathies ; œdème, fréquent dans les néphrites aiguës ; diapédèse surtout dans le diabète ; sclérose pouvant entraîner des altérations éloignées de la corticale, telles que la rétrodilatation des tubes. Cette dernière lésion peut être une cause de rétention considérable et peut intervenir dans la formation des granulations de Bright.

Evolution cyto-bactériologique de deux pleurésies suppurées à streptocoques traitées par les dérivés sulfamidés. — MM. N. FIESSINGER, MICHEL ALBEAUX-FERNET et TIFFENEAU. Cette méthode thérapeutique démontre la rapidité de la stérilisation en quatre jours dans un cas, en 7 jours dans l'autre ; la transformation des épanchements qui deviennent séro-fibrineux, et l'importance des réactions bactériophagiques et cytophagiques qui complètent la perte de vitalité bactérienne et le débordement de la fièvre qui apparaît comme une fièvre de résorption.

La (p-aminophényl sulfamide) pyridine (693 dans la Gonococcie. — M. DUREL. Traitement de 144 cas de blennorragie par le 693 (3 gr. par jour pendant 3 jours; 2 gr. pendant 3 jours, 1 gr. pendant 3 jours). Dans 56 métrites aiguës, disparition du gonocoque 38 fois en 5 jours ; 13 fois entre 5 et 10 jours. Dans 32 cas de cervicite purulente 8 fois le Gonocoque disparut dans la première semaine, 21 fois entre 8 et 10 jours. A noter quelques troubles digestifs pendant le traitement.

Les dissociations isorythmiques dans le rhumatisme articulaire. — M. LENÈGRE. Pour l'auteur les dissociations dont s'agit sont une modalité de la dissociation auriculo-ventriculaire. Elles ne s'accompagnent pas de lésions cardiaques appréciables. Il semble s'agir d'échappements ventriculaires en série.

Méningite cérébro-spinale à méningocoques B chez un nourrisson de 16 mois. Traitement par la chimiothérapie (1162 F). Guérison. — M. DARRÉ, Mme ZAGDOUN et Mlle ŒMISCHEN. Il s'agit d'un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques B traité exclusivement par le para-aminophényl-sulfamide et terminé par la guérison.

Anémie pernicieuse par un extrait gastrique injectable. — M. AUBERTIN et Mme HECTOR. Traitement par injections d'un Extrait gastrique retiré de la muqueuse pylorique du porc. Amélioration très rapide, non seulement sur le sang, mais surtout sur l'état général, sur l'appétit, les forces et le poids.

Rougeole bénigne d'un nourrisson de 13 jours. Encéphalité foudroyante mortelle de la mère. — MM. MORNET (Blois) et Pierre FILLOUX. Femme de 26 ans, présente une rougeole quelques jours avant un accouchement. Nouveau-né contaminé *in utero* présente, à l'âge de 13 jours, une rougeole bénigne. Sa mère, au lendemain de la défervescence, présente une crise convulsive et une hyperthermie à 40° avec réaction méningée discrète. Elle succombe le lendemain. Sérum de convalescent inactif.



SOCIETE DE STOMATOLOGIE DE PARIS

SÉANCE COMMÉMORATIVE DU CINQUANTENAIRE

sous la présidence de M. le Professeur A. BAUDOUIN, représentant M. le Ministre de l'Education nationale.

Le secrétaire général donne lecture de témoignages de sympathie adressés par le professeur Dan Theodorescu, au nom de la Roumanie, et du professeur Thiego Marquez pour le Portugal.

Le docteur Régis, président de la Société, résume les résultats acquis par la société qui, par les travaux de ses membres, a contribué au progrès des sciences médicales.

Le docteur Rousseau-Decelle évoque le souvenir des premiers animateurs de la Société. En 1888, Magitot fonde la société, puis en 1894, la Revue de Stomatologie. Après 1897 lui succèdent Pietkiewicz, Cruet, Gaillard, Fébrier, Galippe. En 1902, création du premier concours de stomatologiste des hôpitaux. 1907 marque une date importante, premier congrès de stomalogie, syndicat des médecins stomatologistes, association stomatologique internationale. L'Ecole de stomatologie est fondée en 1908 par Cruet.

Jusqu'à la guerre, la Société est prospère, présidée par Rodier, Capdepont, Beltrami, Chompret.

Pendant la guerre, l'œuvre des stomatologistes est féconde. E. Sauvez crée des organisations remarquables.

Après la guerre, la société a une évolution toujours ascendante, sous les directives de Gires, Fargin-Fayolle, Rousseau-Decelle, Herpin, Béliard, Bozo, Guilly, Ponroy, Chateau, Bloch, Régis.

M. le professeur de Coster et M. le professeur Van der Ghinst, de Bruxelles, apportent le salut des confrères de Belgique, et le professeur Ramorino, de Florence, celui des stomatologistes italiens.

M. le professeur A. Baudouin souligne l'importance de la manifestation qu'il préside, et la nécessité de la collaboration du médecin et du spécialiste.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

SÉANCE DU 24 JUIN 1938

Hématome rétro-péritonéal à poussées successives, consécutif à une contusion de l'abdomen : fissure probable de la veine cave inférieure. — MM. BOULARAN, VIRENQUE et LAZORTES. Homme de 55 ans, qui présenta trois mois après un violent traumatisme de l'abdomen, un volumineux empâtement du flanc droit. Mort.

A l'autopsie, énorme hématome rétro-périnéal dans le flanc droit et la fosse iliaque : il n'existait pas de lésion duodénale, pancréatique vasculaire, mais il y avait par contre une thrombose de la veine cave.

Donc rupture probable de la veine cave, mais rupture en deux temps, les constatations nécropsiques semblent indiquer le rôle d'arrêt, de barrière momentanée, jouée par la gaine vasculaire des gros vaisseaux.

Quelques considérations sur la chirurgie pure du cancer du sein. (Résultats globaux d'une statistique personnelle). — M. J. DUCUING retient pour cette statistique 243 cas divers du cancer du sein traités chirurgicalement et histologiquement confirmés. Après des opérations palliatives, appliquées à des cancers déjà très étendus, dans le seul but de supprimer des ulcérations douloureuses et des hémorragies, 20 p. 100 des malades ont survécu plus de 3 ans, 13 p. 100 entre 5 et 8 ans. Après les opérations curatives larges, 40 p. 100 des malades ont survécu plus de 3 ans, 31 p. 100 sont restées sans récidive entre 5 et 9 ans. Ce pourcentage de 31 p. 100 des malades guéries est moins

élevé que pour d'autres cancers, mais il n'est pas négligeable en raison de la malignité du cancer du sein. S'il est inférieur à celui de beaucoup d'autres statistiques sur les résultats du traitement chirurgical des épithéliomas mammaires, c'est que les indications des interventions curatives ont été aussi larges que possible. Les statistiques de prévision après roentgenthérapie ne sont peut-être pas à l'abri de causes d'erreurs, car il manque, dans de tels cas, le contrôle histologique indispensable. Il y a lieu de penser que les résultats thérapeutiques du cancer du sein obtenus par association radio-chirurgicale seule n'est pas l'acte essentiel de la thérapeutique du carcinome mammaire, mais elles justifient l'association de la radiothérapie à la chirurgie.

Rupture sus-rotulienne du quadriceps. — MM. R. Dieulafé, Laurens et Bazex. Chez un homme de 65 ans, cette lésion traitée avec succès sous anesthésie locale, suivie de récupération fonctionnelle complète, semble d'origine pathologique. En effet, malgré une sérologie négative, l'histologie montre des lésions nécrotiques avec vascularite et périvascularite intense paraissant relever d'une étiologie syphilitique.

Arthrose banale du gros orteil. — M. Raymond Dieulafé. Douleurs aiguës et bourse séreuse enflammée accompagnent un processus radiologique qui correspond aux signes d'arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. S'agit-il d'un trouble d'origine purement statique ? Le sujet est chauffeur de locomotive ; d'une atteinte pathologique ; les antécédents du sujet sont suspects, ou d'une dystrophie du 1er métatarsien analogue à ce que Köhler a décrit au niveau du IIe métatarsien ? La résection de l'articulation amena la guérison.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Thèses soutenues pendant l'année 1937-1938 (1)
(Fin.)

109. Morin. — Le traitement chirurgical du pied plat valgus congénital.
155. Morisot. — Essai sur le traitement de la fièvre ondulante.
119. Mounier-Poulat. — L'étude systématique de la tension artérielle pendant les opérations.
166. Mourier. — A propos de trente-sept observations de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. (Diagnostic et traitement).
139. Natalelli. — Les pleurésies hémorragiques du pneumothorax artificiel. (Etude de quatorze observations inédites).
20. Naveau. — L'urographie intraveineuse dans la tuberculose rénale.
137. Oudot. — Contribution à l'étude du traitement de la polynévrite alcoolique par la vitamine B1.
55. Panné. — Les formes généralisées des tumeurs osseuses secondaires.
149. Parlange. — Etude médico-psychologique sur Pauline Bonaparte.
8. Peillard. — Les parcs de santé.
86. Pellat. — Dépistage de la tuberculose par les examens radioscopiques et tuberculiniques systématiques en milieu scolaire.
124. Peretti. — Essai de météoropathologie expérimentale.
76. Perrier. — De l'exérèse ganglionnaire dans le cancer du col de l'utérus.
15. Pierre. — Opacités cornéennes « en feuille de palmier », reliquat de kératite profonde.
111. Pietra. — Des conséquences de la délivrance artificielle, d'après une statistique hospitalière.
56. Pillet (Mlle). — Les tumeurs malignes de la conjonctive bulbaire et du limbe scléro-cornéen.
95. Piquet. — Prophylaxie antituberculeuse de l'enfance. De l'importance du centre de triage et de mise en observation. (Sa réalisation dans le département de l'Isère par la filiale de l'Œuvre Grancher).
133. Plan. — Les polypeptides de protéolyse tissulaire sont-ils toxiques ?
131. Ponsot. — Du choix de l'opération dans les cholécystites calculeuses. Réhabilitation de la cholécystostomie.
13. Py. — Contribution à l'étude des complications rénales de la scarlatine d'après la statistique hospitalière de Lyon, de 1924 à 1937.
10. Quentel. — Etude critique de la valeur des principaux tests fonctionnels pour le dépistage des petites insuffisances hépatiques.
31. Quillec. — Les suppurations interpectorales aiguës et torpides.
42. Quisefit. — Contribution à l'étude de la radiothérapie des formes médiastinales et pleurales de la granulomatose maligne.
64. Quittançon. — Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde chez le vacciné.
75. Quittançon (Mme), née Lafaye. — Le « poumon azotémique » (étude radiographique).
5. Racouchot. — L'élastéidose localisée nodulaire, à kystes et à comédons.
135. Raymond. — Les données de l'électrocardiographie dans l'angine de poitrine.
132. Receveur. — Le rôle des corps gras dans l'intolérance alimentaire de l'adulte.
12. Reversat (Camille). — La scarlatine à Lyon de 1924 à 1926. Statistique hospitalière portant sur 1.890 cas.
37. Reversat (Paul). — Césarienne segmentaire d'après la technique de L. Michon (42 observations).
54. Revol. — L'exploration de la moelle osseuse par ponction sternale. Myélogrammes normal et pathologiques.
38. Reynon. — Contribution à l'étude de la syphilis acquise chez l'enfant.
33. Riché. — La fièvre boutonneuse (dothiendermie aiguë). A propos de quelques cas observés dans la région lyonnaise. Son extension en France.
160. Robert. — L'endocardite infectieuse terminale au cours des endocardites rhumatismales anciennes.
32. Robillot. — L'ostéodèse percutanée dans le traitement des fractures de jambe (fractures diaphysaires fermées).
27. Robin. — Essai sur l'insuffisance, le contrôle et l'éducation respiratoires de l'enfant.
90. Roch-Gude. — Les troubles nerveux de la lipomatose symétrique.
72. Rossand. — Le benzoate de soude intraveineux dans les abcès du poumon.
106. Rouffilange. — L'héminéphrectomie dans le traitement des affections chirurgicales du rein double.
89. Rougier (Mme), née Boutovitch. — Les mastoïdites squamo-zygomatiques (formes cliniques).
51. Sotty. — Le problème de la tuberculinothérapie dans la tuberculose pulmonaire.
11. Soustelle. — Les sigmoïdites. Etude anatomo-clinique et thérapeutique.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1938, *Thèses de Hanoï*, n° 68 du 24 août, p. 1074 ; *Thèses de Strasbourg*, n° 69 du 27 août, p. 1100 ; *Thèses de Lille*, n° 70, du 31 août, p. 1113 ; *Thèses de Marseille*, n° 71, du 3 sept., p. 1134 ; *Thèses d'Alger, Montpellier et Toulouse*, n° 78, du 28 sept., p. 1241 et 1243 ; *Thèses de Bordeaux*, n° 86, du 26 oct., p. 1374 ; *Thèses de Nancy*, n° 93, du 19 nov., p. 1488 ; *Thèses de Lyon*, n° 97, du 3 déc., p. 1566.

143. Thibaux. — Le bubon cancéreux de l'aine.

30. Thiers. — Résultats des interventions pour tumeurs intrarachidiennes (d'après la statistique du service de neurochirurgie de l'hôpital Saint-Pothin, portant sur 101 laminectomies).

59. Tonellot. — Du traitement de la maladie de Reclus (maladie polykystique du sein) par les extraits de corps jaune.

163. Tosan. — Contribution à l'étude de la tuberculose musculaire.

144. Truchet. — Reconstruction arthroplastique de la hanche dans les subluxations et les luxations congénitales invétérées. Technique, résultats éloignés, indications.

53. Turin. — Considérations critiques sur les thérapeutiques modernes de la paralysie générale

24. Vallet. — Recherches sur la cholestérolémie chez les psoriasiques. Considérations pathogéniques et thérapeutiques.

145. Vaytet. — Contribution à l'étude de l'actinomycose généralisée.

125. Vigneau. — Les infections du tronc cérébral à virus neurotrope indéterminé.

68. Vinet. — Les hémorragies graves dues au placenta prœvia dans les six premiers mois de la gestation.

63. Violet. — Recherches expérimentales sur l'embolie pulmonaire mortelle.

Doctorat d'Université. — 458. Barsoum. — Le paludisme en Egypte.

466. Farber. — Considérations à propos de 99 observations d'épreuve du travail dans des bassins limites.

448. Farmlett. — Contribution à l'étude de l'herpès géant de la face.

451. Feldstein. — Les suppurations typhiques et paratyphiques des kystes de l'ovaire.

475. Francis. — Réduction sanglante et vissage dans les fractures fermées de l'astragale.

488. Gabra. — Contribution à l'étude des pyléphlébites chroniques au cours de la maladie de Banti.

464. Gébara. — Etude statistique des décollements prématurés du placenta observés sur un ensemble de 19.654 accouchements (1928-1938).

489. Gheiliman. — Contribution à l'étude de la fissuration spontanée et symétrique des os (syndrome de Milkman).

450. Girgis. — La pseudo-sclérose type Westphal-Strümpell et sa séméiologie objective.

478. Golçhan. — Contribution à l'étude de la lithiase diverticulaire de la vessie.

469. Habib. — Mongolisme infantile et syphilis.

447. Henenfeld. — Contribution à l'étude de la radiographie d'urgence dans les syndromes abdominaux aigus.

487. Ibrahim. — La réaction de Takata. (Sa valeur diagnostique et pronostique dans les maladies hépatiques).

484. Ibrahim-Khalil. — Contribution à l'étude des fistules gastro-jejuno-coliques par ulcère peptique après gastro-entéro-anastomose.

465. Inglessis. — Contribution à l'étude des iléites terminales.

462. Josefsberg. — La dilatation à la sonde de Plummer dans le cancer de l'œsophage.

485. Karalli. — La résection transurétrale dans le traitement des dysectasies du col vésical.

454. Kokona. — Contribution à l'étude des kystes du maxillaire inférieur.

474. Kornic. — L'épidémiologie du paludisme en Palestine.

482. Kot. — Le suc gastrique dans les cirrhoses alcooliques.

468. Krakowski. — Myome rouge et puerpéralité.

449. Laverde. — Considérations sur la pachydermie verticellée. (A propos de quatre cas nouveaux).

446. Low. — La gastrostomie dans la chirurgie mutilante des cancers de la cavité buccale.

477. Mankarios. — Etat actuel du traitement du cancer du col de l'utérus.

459. Mankiewicz (Mme), née Meyer. — Sur l'action de la testostérone sur le tractus génital femelle.

483. — Massoud. — Contribution à l'étude des tumeurs des nerfs périphériques.

480. Perez. — Traitement des asphyxies accidentelles en temps de paix.

481. Rizk. — Quatre observations de stérilisation chez des femmes atteintes d'une affection médicale chronique.

470. Rodriguez Bello. — Considérations sur la conception actuelle du sanatorium.

461. Saad. — Trois ans d'expérience de la résection transurétrale de la prostate à la clinique urologique.

460. Seddik. — Sur le tubercule de Carabelli.

456. Siminovici. — Cinq observations de sclérose polyviscérales chez les nouveau-nés morts au cours du travail ou rapidement après la naissance.

476. — Somogyi. — Statistique des corps étrangers de l'œsophage observés dans le service du professeur Collet entre 1927-1937.

452. Szer (Isaac). — Diabète insipide et son état humoral.

453. Szer (Jéhuda). — Contribution à l'étude des troubles cardiaques du diabète sucré.

486. Sztatler. — De l'analgésie obstétricale par les inhalations de protoxyde d'azote.

457. Sztokhamer. — L'angiodermite purpurique pigmentée des membres inférieurs. A propos de cinquante-huit observations nouvelles.

463. Szwarc. — Les endocardites infectieuses à entérocoque.

473. Tchetchik. — Les métastases osseuses dans le cancer du col utérin.

472. Tou Fen. — Paralysie de l'œsophage.

455. Warmund. — Contribution à l'étude du lymphangiome de l'utérus.

471. Wulc. — Contribution à l'étude du thorium X en thérapeutique.

467. Zazani. — Calculs du rein et de l'uretère chez l'enfant.

479. Zylberberg. — La leucémie aiguë à monocytes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Jeudi 17 novembre. — Jury : MM. Gougerot, Président ; Guillain, Gastinel, Chevallier. — M. Chardac. Sur les leucémies chroniques et mononucléaires clairs.

Mercredi 23 novembre. — Jury : MM. Abrami, président ; Chiray, Loeper, Troisier. — M. Desgeorges. Collopathies à fermentations acides et leur traitement à Vichy. — M. Georgel. Le priapisme leucémique. — M. Tisca. Traitement du pyothorax tuberculeux par le lavage pleural.

Jeudi 24 novembre — Jury : MM. Claude, président ; Pierre Duval, Leroux, Huguenin. — M. Dsigan. Etude sur le traitement des états schizophréniques par le cardiazol. — M. Périer. A propos des complications du diverticule de Meckel, la hernie de Littré, en particulier. — M. Isidor. Essai d'étude morphologique de certaines formes d'interaction utéro-placentaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 100. — MERCREDI 14 DÉCEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Séance du 12 décembre. — Anatomie. *Question sortie :* Anatomie descriptive et rapport de la trachée.

Questions restées dans l'urne : 1. Artère linguale et ses branches ; 3. Les vaisseaux sanguins du rectum ; 4. Anatomie et rapports de la capsule surrénale gauche avec histologie sans physiologie ; 5. Muscles péroniers latéraux (anatomie et physiologie) ; 6. Le nerf récurrent gauche (physiologie des récurrents) ; 7. Le nerf obturateur chez la femme sans la physiologie; 8. Articulation tibie tarsienne (anatomie et physiologie ; 9. Anatomie descriptive et rapports de la tête du pancréas.

Faculté de Médecine de Nancy. — Prix de fin de première année : Prix : Mlle Munier, Marie, Gilberte, née le 28 décembre 1916, à Charmois-l'Orgueilleux (Vosges) ; mention « très honorable » : Mlle Husson Lucie, Paule, Edmée, née le 10 octobre 1917, à Troyes (Aube) ; M. Nordon Robert, né le 31 octobre 1918, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Prix de fin de deuxième année : Prix : M. Faivre Gabriel, René, Michel, né le 23 janvier 1915, à Froideconche (Haute-Saône) ; mention « honorable » : M. Lafay Jean, Marie, Edouard, Auguste, Paul, Jules, né le 19 février 1917, à La Rochelle (Charente-Inférieure).

Prix de fin de troisième année : Prix : M. Lajeunesse Roger, Louis, né le 31 décembre 1915, à Nancy (Meurthe-et-Moselle); mention « honorable » : M. Piétra Pierre, Louis, André, né le 10 mars 1915, à Moyen (Meurthe-et-Moselle).

Prix de fin de quatrième année : Prix : Mlle Strub Suzanne, Marie, née le 13 avril 1914, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Prix de fin de cinquième année : non décerné.

Prix Bénit, dit « de l'internat » : M. Penin Jean, Denis, Joseph, né le 5 décembre 1910 à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Prix Pierre Schmitt (décerné à l'interne des hôpitaux reçu premier au concours de 1937) : M. Abel François, Paul, né le 10 mai 1914 à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Prix Alexis Vautrin : 1er prix : M. Weill René, né le 14 septembre 1910, à Ribeauvillé (Haut-Rhin). 2e prix : M. Foucault Louis, Pierre, né le 16 janvier 1912, à Brabant-le-roi (Meuse).

Prix Rittor : Mlle Dehaye Jeanne, Marie, Joséphine, Marguerite, née le 5 janvier 1910, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Prix Heydenreich-Parisot (médecine) : M. Royer Jean, né le 25 juillet 1913, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Prix Grand'Eury-Fricot : non décerné.

Prix du département de Meurthe-et-Moselle et de la ville de Nancy : *ex-æquo* : M. Karcher François, né le 26 novembre 1914, à Bischwiller (Bas-Rhin) ; M. Blum Michel, André, né le 13 août 1910 à Thann (Haut-Rhin).

Prix de la fondation « Schemol » : *ex-æquo* : M. Davidsohn Sulem, né le 1er janvier 1915, à Buhush (Roumanie) ; M. Deloupy Henri, Victor, André, né le 8 mai 1911, à Montlouis (Pyrénées-Orientales).

Mentions :

Mlle Bitschiné Fryda, Thérèse, née le 13 septembre 1912, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

M. Castel André, Fernand, Charles, né le 18 janvier 1914, à Roubaix (Nord).

M. Dehouck René, Auguste, Emile, né le 24 février 1912, à Cambrai (Nord).

M. Denis Robert, né le 9 février 1912, à Charmes (Vosges).

M. Gille Pierre, Robert, né le 28 avril 1910, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

M. Lugez André, Henri, né le 14 avril 1913, à Béthune (Pas-de-Calais).

M. Rothberger Antoine, Jean, né le 23 janvier 1907, à Algrange (Moselle).

Mlle Wojskowska Esfir, née le 27 octobre 1914, à Sokolki (Pologne).

Faculté de Bordeaux. — A l'occasion d'une conférence qu'il a faite le 29 novembre, sur « l'Influence médicale française en Roumanie », à la Faculté de médecine de Bordeaux, M. le professeur Constantin Daniel, de l'Université de Bucarest, ancien interne des hôpitaux de Paris, a reçu les insignes de docteur *honoris causa*, de l'Université de Bordeaux.

Collège de France. — M. le Professeur Courrier, titulaire de la chaire de morphologie expérimentale et endocrinologie au Collège de France, fera sa leçon inaugurale le mercredi 14 décembre, à 17 heures.

Guerre. — Les médecins capitaines, dont les noms suivent, sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce et reçoivent les affectations suivantes, avec la mention « service » :

1° Section de médecine. M. le médecin capitaine Gounelle, du 11e régiment de cuirassiers. — Affecté à l'école d'application du service de santé militaire (chaire d'hygiène et de prophylaxie).

2° Section de chirurgie. M. le médecin capitaine Toulemonde, chirurgien des hôpitaux militaires, du 19e corps d'armée. — Affecté à l'école d'application du service de santé militaire (chaire de chirurgie de guerre, appareillage, orthopédie).

3° Section d'électroradiologie. M. le médecin capitaine Trial, assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Sédillot à Nancy. — Affecté à l'école d'application du service de santé militaire (chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie, radiumthérapie).

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR PIERRE MAURIAC

MONTAIGNE ET L'ITALIE

Le 1er décembre, tandis qu'à Rome l'amitié traditionnelle de la France et de l'Italie était soumise à une épreuve aussi rude qu'inattendue, M. le professeur Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, faisait, sous les auspices de l'UMFIA, et sous la présidence d'honneur de S. E. l'ambassadeur d'Italie, une conférence très remarquable sur **Montaigne et l'Italie.**

Après une très amicale présentation du conférencier par M. Dartigues, président fondateur de l'UMFIA, M. Pierre Mauriac prit la parole.

On sait, dit-il, que Montaigne entreprit son tour d'Allemagne, de Suisse, d'Italie sans souci littéraire pour se divertir et se soigner. Il parcourait les pays cherchant le document, s'intéressant à tout ce qui pouvait lui faire mieux comprendre l'homme. Peu sensible à la poésie des paysages et des pierres, il est philosophe de l'histoire; il n'en est ni l'artiste, ni le poète. Son journal de voyage est une récolte documentaire qui nous livre de lui un aspect différent, mais tout aussi simple, naturel et ordinaire que dans les Essais.

Montaigne se livre tout entier au pays qu'il traverse, il se plie aux mœurs, à la police, à la langue. Passé maître dans l'art de se bien faire venir, il aime les réceptions, les bons dîners, et surtout les relations aimables. Sensible aux honneurs qu'on lui décerne, malgré son détachement apparent, il fait montre tout au long de son voyage d'une futilité inattendue : les préséances le trouvent docile, il fréquente les courtisanes, et s'il n'eut été bridé par la maladie sans doute eut-il donné des entorses à sa légendaire sagesse. La maladie, en effet, le tortura, le posséda; son journal de voyage montre la place qu'elle occupait dans sa pauvre existence. Il lui fallait une rare énergie pour monter à cheval et aller de ville en ville malgré la colique; il est vrai qu'il courait après la guérison en buvant consciencieusement à toutes les sources qu'il rencontrait. Il n'avait foi ni dans la médecine ni dans les médecins; il se confiait à la nature et à ses remèdes, les eaux minérales.

L'audience que le Pape accorde à Montaigne ne le remue guère, pas plus que les cérémonies et processions de la Semaine Sainte. Il trouve la religion des Italiens toute extérieure et de mauvais aloi; pourtant il fait pieusement son pèlerinage à N. D. de Lorette et y porte un ex-voto; bien plus il parle avec sérieux et conviction des miracles qui s'y produisent, et l'on s'étonne à lire la relation de son voyage qu'on ait pu douter de sa foi.

Montaigne, en abordant un pays, s'abandonnait au préjugé sympathique; il s'efforçait de comprendre même et surtout ce qui choquait ses habitudes de gascon. Il agit ainsi à l'égard des Italiens et il lance un appel d'amitié franco-italienne dont l'écho se prolonge à travers les siècles jusqu'à nous.

Le conférencier fut l'objet d'une très sympathique ovation de la part d'une assemblée très nombreuse où l'on remarquait la présence de nombreuses personnalités italiennes.

L'Académie Duchenne de Boulogne, dont le but est de récompenser un travailleur indépendant, de nationalité française, qui, par ses propres moyens, aura fait progresser la science médicale, a décerné son prix annuel de dix mille francs, pour 1938, à M. Raoul Lecocq, pharmacien chef de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, pour l'ensemble de ses travaux sur les déséquilibres alimentaires et nutritifs.

Nous rappelons que les mémoires inédits et non encore récompensés, doivent être envoyés au Secrétariat de l'Académie, avant le 1er octobre de chaque année, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (centre Marcelin-Berthelot).

LES POLYNÉVRITES SULFAMIDIQUES

Par M. SCHACHTER (de Bucarest)

La liste déjà longue des polynévrites médicamenteuses vient de s'enrichir, au cours de cette année-ci d'un tableau clinique non décrit encore : nous avons nommé la polynévrite consécutive à l'emploi thérapeutique de préparations sulfamidiques.

Démontrée efficace dans la lutte contre l'infection streptococcique, la médication sulfamidique s'est montrée également intéressante dans le traitement de la blennorragie et des grandes infections (pneumococcies, mélitococcies, collibacilloses et staphylococcies). Cependant en même temps, un nombre de travaux assez important attirait l'attention sur certains ennuis et parfois des dangers causés par cette médication.

Dès lors, fallait-il s'attendre aussi à des complications de la part du système nerveux, qui souffre ou bien directement ou par voie indirecte, quand le régime métabolique général a été plus ou moins touché, par la drogue.

La première constatation d'une atteinte polynévritique par suite d'une absorbtion massive d'une préparation sulfamidique, paraît être due à Janet qui, en 1937, relata à la Société Française d'Urologie l'observation d'un malade ayant présenté entre autres symptômes des douleurs et crampes dans les membres supérieurs, consécutivement à l'ingestion de 4 grammes d'une préparation sulfamidique (1162 F). Ce malade souffrait d'une uréthrite blennorragique aiguë.

Mais c'est aux urologistes allemands H. Hüllstrung et Krause (1938) que revient le mérite d'avoir non seulement attiré l'attention sur la polynévrite sulfamidique, mais aussi d'avoir établi expérimentalement la réalité de cette complication nerveuse.

Leur premier cas concernait aussi un malade souffrant d'uréthrite blennorragique, pour laquelle il fut soumis à un traitement sulfamidique (sous forme d'Uliron) et dont il ingéra la dose totale de 24,5 grammes.

Or, environ trois semaines après la cessation de cette thérapeutique, le malade constata une faiblesse notable des deux membres inférieurs, avec difficulté de la marche. Ces troubles s'intensifièrent, obligeant le malade de garder le lit.

L'examen neurologique montra alors une diminution importante de la force des membres inférieurs, une difficulté des mouvements de flexion et extension des orteils, une diminution dans la force d'extension du pied et une abolition du réflexe achilléen gauche. Les deux rotuliens et l'achilléen droit étaient normaux.

Pendant les essais de la marche, le steppage fut très net.

La sensibilité objective et subjective étaient conservées. Pas de R.D. Pas d'amyotrophies. Pas de troubles généraux.

Banale en apparence, cette polynévrite, qui fut traitée intensivement avec de la vitamine B_1, n'était pas encore guérie au bout de trois mois. Revu plusieurs fois, le malade présentait un steppage net et une diminution notable de la force d'extension du pied et de la capacité d'exécuter des mouvements de latéralité avec ses pieds.

Cette première observation complète de polynévrite sulfamidique fut confirmée, peu de temps après, par d'autres auteurs.

Ainsi, Stumpke (deux cas), Tietze (deux cas), Hofmann (un cas), Schreus, Hüllstrung et Krause (un cas), Löhe, Schölzke et Zürn (quatre cas) et Lehmke (cinq cas) relatèrent avec des détails plus ou moins amples, des faits similaires chez des malades ayant été soumis à des traitements intempestifs avec des préparations sulfamidiques.

Mais si dans le cas princeps, dans celui de Hofmann, dans 2 observations de Löhe et dans ceux de Lehmke, l'atteinte portait seulement sur les membres inférieurs, dans les autres cas des mêmes auteurs ou de Tietze, l'on nota également une atteinte simultanée des membres supérieurs.

L'examen neurologique avait montré dans tous ces cas l'installation, après un intervalle variable à partir du dernier jour d'ingestion de la drogue, d'une diminution des forces musculaires dans les membres inférieurs, avec difficulté ou impossibilité de marcher. Parfois, on nota de l'ataxie nette, et des douleurs à la pression des masses musculaires. Mais ce qui frappait l'attention des observateurs, c'était l'existence des réflexes rotuliens et l'abolition presque constante des achilléens. Le steppage était toujours très net.

Les malades ayant présenté également une atteinte des membres supérieurs, avaient une ataxie plus ou moins accentuée, adiadokocynésie légère avec dysmétrie

Dans aucun cas la R.D. ne fut anormale.

La sensibilité fut conservée presque tout le temps. Seulement dans deux cas, on a pu noter l'existence d'une hypoesthésie légère à la partie interne des membres inférieurs (Stümpke, Tietze).

La pression douloureuse des masses musculaires fut rarement notée.

De même, l'atteinte des nerfs craniens paraît exceptionnelle, puisque seulement signalée par l'américain P. C. Bucy (1938), qui parle d'une névrite optique toxique, consécutive à un traitement sulfamidique (1162 F). Il s'agissait d'une malade qui se plaignit d'une baisse considérable de la vision et chez laquelle l'examen ophtalmologique mit en évidence un scotome central et des signes de névrite optique. La cessation de la médication avait été suffisante pour faire rétrocéder ces troubles.

Quant aux troubles cérébraux, ils semblent, malgré leur banalité, plus fréquemment rencontrés. On cite ainsi fréquemment un état d'asthénie, des céphalées et des états vertigineux. Rarement a-t-on noté des troubles plus sérieux. Ainsi, Alder et Markoff, Hagen et Mac Namara, Paton et Eaton ont observé un état de confusion mentale.

	dose	per. latence	type clin.	local. élective	réflexes rotul.	réflexes achill.	sensibil.	R. D.
Polynévrite sulfamidique	plus de 25 gr.	12-40 j.	moteur.	m. infér. segm. distaux.	norm.	abolis	norm.	absente.
Polynévrite apiolique	variable.	8-14 j.	moteur.	m. infér. segm. distaux.	norm.	abolis	norm. le plus souv.	totale.
Polynévrite émétinienne	après 1 gr.	au cours du trait.	moteur.	quadriplégique préd. m. infér.	abolis	abolis	douleurs.	partielle.
Polynévrite aurique	variable.	au cours du trait.	sensitive.	surtt. m. infér.	abolis	abolis	fortes douleurs.	partielle.
Polynévrite sérothérapique	variable.	après 7-14 j.	sensitivo-moteur.	rac. des m. sup. et infér.	abolis	abolis	fortes douleurs.	partielle.
Polynévrite barbiturique	variable.	au cours du trait.	sensitivo-moteur.	quadriplégie.	abolis	abolis	fortes douleurs.	presque tot.

En résumé, et en ne considérant que les polynévrites qui sont les plus fréquentes et qui nous intéressent ici, nous pouvons dire que la polynévrite sulfamidique se caractérise par :

a) Une atteinte des extrémités inférieures (surtout segments distaux) rarement précédée de quelques sensations paresthésiques ;

b) Une diminution ou abolition des achilléens avec conservation des rotuliens ;

c) Une absence de tout trouble de la sensibilité subjective ou objective (sauf de rares exceptions) ;

d) Absence d'amyotrophie et absence (sauf exception) de la R.D.

Cet ensemble symptomatique souligne le caractère presque purement *moteur* de la polynévrite sulfamidique.

Quand Hüllstrung et Krause ont observé leur premier malade, ils se sont posés la question si cette polynévrite n'était en relation avec l'infection blennorragique. Cependant l'examen attentif de leur cas pouvait permettre l'élimination de cette hypothèse. D'abord, parce qu'il s'agissait d'une blennorragie banale sans aucune complication, ensuite parce que, bientôt, des cas de streptococcies traitées avec des sulfamides furent également suivis de la même complication, et enfin parce que les polynévrites blennorragiques sont caractérisées par des troubles sensitifs très marqués et par des atrophies musculaires précoces très intenses, symptômes qui n'existent pas dans la polynévrite sulfamidique.

Mais ce furent surtout les expériences instituées par ces deux auteurs, chez des pigeons, qui ont apporté la réponse sur la nature sulfamidique indiscutable des polynévrites observées en clinique humaine.

En effet, l'administration de préparations sulfamidiques (les auteurs ont eu recours à la préparation allemande Diseptal, DB87) a provoqué après une « incubation » qui oscillait entre 7 jours et deux semaines au maximum, ensemble avec un état d'amaigrissement, une difficulté dans la marche et ensuite une véritable paralysie.

Les mêmes résultats furent notés à la suite de l'administration de grandes (3 gr. par kilogramme de poids) ou de petites (0,5-1 gr. par jour) doses. Il paraissait même que l'administration prolongée des petites doses était plus nocive encore.

Enfin, l'administration simultanée de vitamine B_1 fut capable d'empêcher l'apparition des paralysies chez ces pigeons.

Ces recherches ont ainsi apporté la preuve de la nature sulfamidique des polynévrites observées en clinique et l'hypothèse du rôle favorisant que paraît jouer un élément carenciel dans leur apparition.

L'étude soigneuse des observations cliniques montre que cette polynévrite s'installe un certain temps après la cessation du traitement sulfamidique. Ce temps ou « intervalle » a varié entre 12 et 40 jours au maximum, la moyenne étant d'environ trois semaines, comme pour les polynévrites apioliques.

Quant aux doses ingérées par ces malades, elles ont varié entre 15 et 60 grammes, ce qui démontre l'intervention d'un élément de tolérance individuelle. C'est cette constatation qui a déterminé Schreus de préconiser la règle de ne jamais dépasser la dose totale de 15 grammes.

Le diagnostic clinique est facile à faire. Il suffit en effet de faire préciser par le malade si dans les 7-40 jours antérieurs il a été soumis à la médication sulfamidique, si « moderne » actuellement dans le traitement des infections générales ou locales.

Quant au diagnostic différentiel, il pourra se faire avec les autres polynévrites médicamenteuses. Le tableau schématique ci-joint nous paraît plus utile que toute autre discussion et il nous permet de voir comment la polynévrite sulfamidique se rapproche de la polynévrite apiolique.

Le pronostic est, comme le montrent toutes les observations, favorable dans le sens que la restitutio ad integrum est la règle. Du point de vue de la récupération sociale elles ne sont pas moins sérieuses que les autres polynévrites. En effet, des comptes rendus de certains auteurs, il résulte que de longs mois sont nécessaires avant de pouvoir parler de guérison complète.

Quant au traitement, il ne diffère en rien de celui de toutes les polynévrites (massages, électrothérapie, strychnine), mais l'adjonction d'une ou de plusieurs séries d'injections de vitamine B_1 semble accélérer la guérison.

On ne peut pas parler d'une prophylaxie efficace, si l'on ne se tient pas aux conseils de prudence de Schreus, qui demande de ne pas dépasser la dose de 12-15 gr.

C'est seulement ainsi que l'on pourrait espérer à la disparition de ces complications nerveuses. Nous disons « espérer », car il reste toujours possible de voir de telles complications, chez des malades très sensibles à la drogue ou bien préparés par des infections ou intoxications autres (alcool surtout). Et ainsi que l'en-

seigne avec raison le professeur H. Roger (Marseille) la polyétiologie des polynévrites est plus fréquente qu'on le dit. C'est d'ailleurs cette façon très clinique de voir le problème des polynévrites qui nous semble justifier la connaissance des faits que nous venons d'exposer dans les lignes précédentes.

BIBLIOGRAPHIE

A. ALDER et N. MARKOFF. Danger of prolonged therapy with sulfanilamide subt., *Schweiz. mediz. Woch.*, 14 mai 1938.

J. BOUDOURESQUES. Les Polynévrites, *Thèse de Marseille*, 1938.

P C. BUCY. Toxic optic nevritis resulting from sulfanilamide. *J. A. M. Assoc.*, 1007-8, 1938.

J CAMBESSÉDÈS. Rech. sur la chimiothérapie de la blenn. par les dérivés organiques du souffre, *Thèse de Marseille*, 1938.

B W. HAGEN et Mc NAMARA. Psychosis precipitated by sulfanilamides. *U. S. Navy Medic. Bulletin*, janvier 1938.

H. HÜLLSTRUNG et F. KRAUSE. Polyneuritis nach sulfonamidhaltigen Verbindungen beim Menschen und Tauben : Deux mémoires, *in Deutsche med. Wochschr*, n° 4, 21 janvier, et n° 34, 29 août 1938.

Ed. HOFMAN. Beobachtungen b. Uliron-beh. der Gono, *Dermatol. Wschr.*, 22 janv. 1938.

W W. KÜHNAU. Ueber die Nachuntersuchung des Uliros u. seiner Derivate, *Klin. Woch.*, 22 janvier 1938.

H. LÖHE, SCHÖLZKE et ZÜRN. Neuere Wege in der Gonorrhoe-behandlung, *Mediz. Kl.*, 7 janv. 1938.

R. LEHMKE. Ueber Neuritis nach Uliron-medikation, *Münchener mediz. Woch.*, 25 mars 1938.

H. T. SCHREUS. Chemother. der Gono, *Dermatol. Zeitschr.*, décembre 1937.

H. T. SCHREUS, HÜLLSTRUNG et NORDMEYER. Untersuch. ü. Aufnahme und Ausscheidung des Ulirons, *Klin. Woch.*, 23 avril 1938.

G. STÜMPKE. Einiges zur Ulironsfrage, *Deutsche mediz. Woch.*, 25 février 1938.

A. TIETZE. Periphere Lähmungen nach Ulironbehandlung, *Münchener mediz. Woch.*, 4 mars 1938.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES CONCEPTIONS DE M. AUGUSTE LUMIÈRE EN CE QUI CONCERNE LA PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

La tuberculose est-elle contagieuse ? Les anciens en doutaient et, parmi les contemporains, pour les allopathes, le professeur Landouzy, pour les homéopathes, M. Jousset qui, au Congrès de 1900, proposait à ses contradicteurs de partager la couche de phtisiques et leur reprochait avec véhémence leurs arguments expérimentaux, ajoutant, non sans malice : « Que me font, à moi, les expériences sur des *cobaux ?* », et, comme l'auditoire se récriait sur ce pluriel imprévu du mot cobaye, il lui affirmait avec une gravité impertubable, appliquer certaine règle de grammaire sur les mots dont le singulier se termine en *ail*...

Ses arguments ont été repris et amplifiés par M. Auguste Lumière qui, dans son dernier ouvrage comme dans les précédents, affirme que la tuberculose commune est due, non à la contagion, mais à l'hérédité (1).

En effet :

1° *Il est exceptionnel que des époux se contagionnent l'un l'autre*, et, dans les cas où le mari et la femme sont tous deux tuberculeux, il s'agit uniquement de coïncidences, le pourcentage de 10 p. 100, admis par les classiques, correspondant précisément au taux des cas où ces sujets seraient devenus tuberculeux s'ils ne s'étaient pas mariés et le sont devenus du seul fait des facteurs de tuberculisation qui leur sont propres. Il y a plus : lorsqu'on scrute avec soin l'hérédité du conjoint atteint, on se rend compte que, dans la plupart des cas, leurs parents n'étaient pas indemnes : l'argument invoqué en faveur de la contagion joue donc, en fait, en faveur de l'hérédité.

2° Tout le monde est d'accord pour admettre *l'absence de contagion chez les phtisiologues et dans les sanatoria.* Aussi bien les phtisiologues que le personnel des sanatoria respirent, constamment, un air chargé de germes, comme le prouvent les expériences du docteur Natale, constatant la présence du bacille de Koch vivant et virulent sur la muqueuse nasale de 20 à 30 p. 100 de ces sujets.

3° *Il est impossible de préserver de la maladie les descendants de tuberculeux*, quelles que soient les précautions prises, notion qui n'est « guère compatible qu'avec la notion de l'immunité de l'infection ».

4° *On peut, à l'avance, désigner les familles dont les membres seront touchés par la maladie bacillaire* et celles qui resteront indemnes, quelles que soient les conditions dans lesquelles les uns ou les autres se trouvent placés. Les descendants de parents reconnus de souche parfaitement indemne après enquête, examen clinique et radiographique, peuvent séjourner dans les milieux les plus bacillisés, sans être contaminés, tandis que des enfants appartenant à des familles bacillaires sont très fréquemment atteints, même si les dispositions les plus sévères sont prises pour éviter tout contact avec un cracheur de germes ;

5° On connaît des cas où, dans une famille indemne, un seul enfant est tuberculeux. Une enquête discrète montre qu'il « est le fruit d'une défaillance de la mère, de relations clandestines avec un phtisique, complètement ignoré du mari » : argument de l'*enfant tuberculeux issu d'un amant bacillaire.*

6° *Les enfants tuberculeux ressemblent physiquement à celui des conjoints qui est atteint de bacillose ;*

7° *Lorsqu'un père succombe à la tuberculose avant la naissance de son enfant, celui-ci devient fatalement tuberculeux*, quels que scient les soins dont on l'entoure ;

8° *La tuberculose affecte les mêmes formes chez les bacillaires et chez leurs descendants ;*

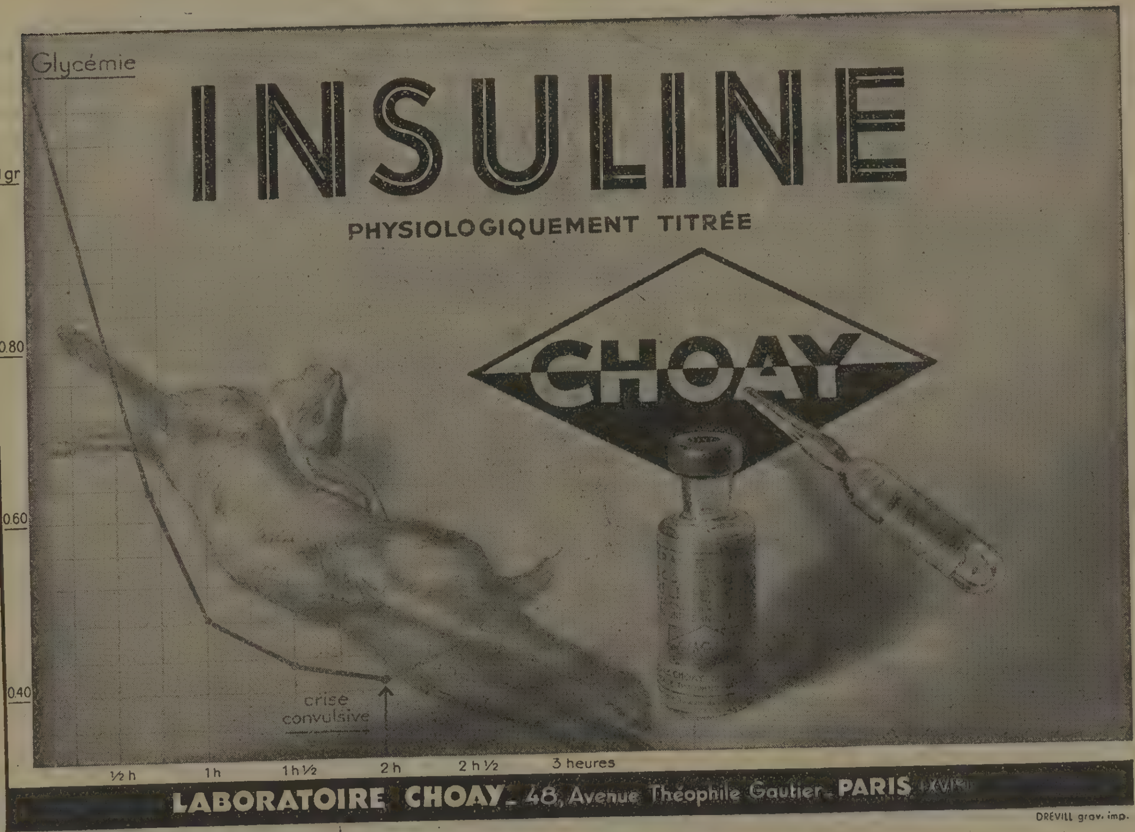
9° Les *anciens bacillaires*, depuis longtemps guéris et dont la bacilloscopie a toujours été négative, ont souvent la pénible surprise de voir leurs enfants verser dans la tuberculose ;

10° *Le bacille de Koch peut passer de la mère tuberculeuse à son enfant* (Brindeau et Cartier), de même, les formes filtrables du bacille ;

11° *Le testicule et les spermatozoïdes sont souvent lésés chez le tuberculeux ;*

12° *Il est impossible de reproduire la tuberculose commune chez l'animal par inoculation post-natale, alors que rien n'est plus facile si on inocule l'embryon ;*

(1) Auguste LUMIÈRE. Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose, Lyon, 1938, in-8, 6e fasc. de 150 p.


Glycémie
1gr
0.80
0.60
0.40
crise convulsive
½ h
1 h
1 h ½
2 h
2 h ½
3 heures
INSULINE
PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE
CHOAY
LABORATOIRE CHOAY - 48, Avenue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)
DREVILL grav. imp.

13° *La longue durée d'incubation indique qu'il s'est agi d'une infection non acquise, mais prénatale :* c'est ce que démontre l'expérience sur le cobaye ;

14° *Les caractères de l'hérédo-syphilis et de la tuberculose commune sont très comparables :* comme il s'agit, dans celle-là, d'infection héréditaire, la même hypothèse vaut assurément pour celle-ci ;

15° *La cuti-réaction tuberculinique est due, non au microbe, mais à ses protéines.* Les sujets qui réagissent ne sont pas nécessairement des infectés, mais des anaphylactisés. D'ailleurs, on peut facilement créer cet état, chez l'animal, sans l'infecter ;

16° *Si la cuti-réaction est le signe de l'infection, comment expliquer que la courbe qui représente sa fréquence ne soit nullement parallèle à la courbe de la mortalité tuberculeuse ?*

17° *Les courbes de mortalité tuberculeuse ne ressemblent en rien aux courbes de mortalité des maladies infectieuses non héréditaires ;*

18° *L'homme adulte présente une très grande résistance à la tuberculisation,* même par inoculation de bacille vivant et virulent, fait dû à ce qu'il est anaphylactisé, c'est-à-dire immunisé contre l'infection. Toute tentative d'imprégnation nouvelle provoque une violente réaction inflammatoire au point de pénétration de l'antigène, avec formation d'abcès et élimination des microbes inoculés (*immunité de refus*) ;

19° *Les réinfections et surinfections n'existent pas :* « hypothèse imaginaire pour les besoins du contagionnisme. »

20° *A l'amélioration des locaux d'habitation ne correspond aucun arrêt dans l'évolution de la tuberculose* (Juillerat).

Que penser de ces arguments ? Ce que nous en écrivions, en 1935, dans le *Monde médical* (n° 1, 15 juin). Sans doute, les théories que soutient le grand biologiste qu'est M. Auguste Lumière peuvent-elles choquer les cliniciens. Mais nos lecteurs ne sont-ils pas d'âge à se faire une opinion ? Et n'est-ce pas du choc des idées que, souvent, jaillit la lumière ? »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1938

En l'honneur de M. Achard, qui rentre d'une mission en Afrique Centrale, M. le Ministre des Colonies s'est fait représenter par le commandant de Jonquières, de son état-major particulier.

Assistent encore à la séance M. le médecin général Blanchard, inspecteur général du service de santé des colonies, M. le médecin général inspecteur Normet, et M. Bourdarie, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences coloniales.

Mission médicale en Afrique Centrale de M. Ch. Achard. — Au Congo belge, l'organisation sanitaire est fondée sur les mêmes principes que dans les colonies françaises. Mais une différence importante consiste dans le recrutement des médecins coloniaux. Tandis que dans nos colonies la plupart de ces médecins ont une formation commune, sont soumis à la même discipline et relèvent directement du service de santé, ceux du Congo belge sont en grand nombre des étrangers, pourvus d'un diplôme jugé équivalent au doctorat belge. De plus, beaucoup sont attachés à des sociétés privées et à des missions religieuses. Il en résulte que le corps de santé n'a pas la même cohésion que chez nous et ne relève pas directement du service central.

En Afrique équatoriale française, il y a beaucoup à faire pour l'organisation sanitaire. C'est surtout le service de brousse qui doit être développé. Or il ne peut l'être sans le concours d'indigènes ayant une instruction suffisante pour constituer un personnel subalterne d'aides-médecins et d'infirmiers, et ce personnel n'existe pour ainsi dire pas. Il n'y a pour le créer qu'à imiter l'exemple de l'Afrique occidentale, du Caméroun et de Madagascar, où d'excellents résultats ont été obtenus. En attendant, car il faut pour cela plusieurs années, il importe de faire venir de la métropole des sages-femmes, des infirmières et des infirmiers.

La question des transports joue un rôle important dans le fonctionnement du service sanitaire, les routes étant pour la plupart impraticables pendant la saison des pluies. L'aviation doit être développée pour faciliter la surveillance des postes secondaires confiés au personnel subalterne et pour l'application des mesures de traitement et de prophylaxie.

On s'est beaucoup préoccupé, même dans le public non médical, de la maladie du sommeil. Elle existe en petits foyers au Cameroun et en Afrique équatoriale, mais n'y est pas en progression. Une augmentation des cas repérés tient souvent à une prospection sanitaire plus complète. Ce qui est surtout rassurant, c'est le nombre considérable des guérisons parmi les cas traités d'une façon suffisante et suffisamment précoce.

Rapport. — M. Tanon lit son rapport au nom de la commision des méfaits du bruit.

Appréciation des tendances évolutives de la primo-infection tuberculeuse de la seconde enfance et de l'adolescence. Déductions thérapeutiques et médico-sociales. — MM. d'Œlsnitz et R. Raibaudi ont, pendant trois années consécutives, étudié 92 cas de primo-infection tuberculeuse, parmi lesquelles ils ont plus spécialement retenu 57 observations où les recherches cliniques, radiologiques, biologiques, ont été répétées périodiquement afin d'en apprécier longuement les variations et les diverses tendances.

Relevant les défaillances des manifestations stéthacoustiques par réponses tardives ou trompeuses, ils ont, au moyen de clichés périodiques, noté les modifications d'importance et de qualité des images radiologiques. Les renseignements pronostiqués ainsi fournis n'ont été en discordance avec l'évolution clinique ultérieure que dans 11 pour cent des cas.

Recherchant si les modifications des caractères qualitatifs de la cuti-réaction ont quelque valeur pronostique, ils ont enregistré des résultats contradictoires dont se dégage cependant l'impression qu'une évolution du cuti-faible à cuti-forte est généralement favorable et vice-versa.

Parmi les réactions biologiques, ils ont retenu les épreuves de floculation (Vernes-Résorcine) et celle de la vitesse de sédimentation globulaire. Ces réactions n'ont respectivement discordé avec l'évolution radio-clinique que dans 9 et 6 pour cent des cas, la seconde donnant par surplus des réponses d'une plus grande précision.

Objectivant graphiquement tous ces résultats par des courbes semi-radio-humorales, les auteurs ont constaté qu'elles permettaient d'apprécier assez exactement les variations et tendances évolutives de chaque cas considéré et d'en tirer de précoces déductions pour les décisions à prendre.

Les impressions concernant l'activité des thérapeutiques mises en œuvre, reposent sur les observations que l'un des auteurs a relevées depuis plus de vingt années. Les primo-infections tuberculeuses, dépistées assez précocement, ont habituellement une tendance spontanée à la guérison, quand les sujets sont soumis au repos, à l'aération, et à une alimentation substantielle. Il est important d'éviter les régimes ali-

mentaires carencés, l'abus des chimiothérapies d'utilité discutable, la pratique des vaccinothérapies de tous ordres, des physiothérapies et surtout de l'héliothérapie, facteur de réveil ou d'aggravation de la lésion première; enfin, il faut, sauf cas d'urgence, éviter toutes interventions chirurgicales, dangereuses par le choc qu'elles produisent, l'anesthésie qu'elles impliquent et la restriction alimentaire qu'elles entraînent.

On réalisera une réelle prophylaxie quand il sera possible de créer des centres de dépistage, de triage et de surveillance de la primo-infection tuberculeuse, permettant de reconnaître, à temps voulu, les réveils, toujours possibles, dans la période scolaire, et particulièrement à l'âge des examens et des concours.

La maladie des porchers en Franche-Comté. — M. Ledoux (Besançon) signale l'existence de la maladie des porchers, en Franche-Comté (12 cas) atteignant, comme en Suisse et en Savoie, les jeunes porchers travaillant dans les établissements élevant de nombreux animaux.

Un fait qui mérite de retenir l'attention est **l'inconstance de la méningite,** tant dans ses manifestations cliniques, que d'après l'examen du liquide céphalo-rachidien. Si la méningite, au cours de la maladie des porchers, a été observée fréquemment en Savoie et dans le canton de Genève, si elle est rare, sinon absente chez les malades du canton de Vaud, elle est inconstante chez les porchers franc-comtois.

Dans ces conditions, il vaut mieux conserver à cette maladie la rubrique provisoire de « Maladie des Porchers » qui ne préjuge pas de l'existence ou de l'absence des réactions méningées au cours de cette affection.

Les allongés. Considérations médico-sociales sur les insuffisances surrénales inapparentes : les débilités surrénales congénitales. — M. P. Chatagnon et Mlle C. Chatagnon.

Sur les huiles de schistes à ichtyol et les produits qui en dérivent. — MM. J. Denusse et Beaubourg.

LIVRES NOUVEAUX

La maîtrise de soi (1) (3e édition), par le docteur Marcel Viard, professeur à l'Ecole de psychologie.

Cette troisième édition comporte cinq chapitres entièrement nouveaux : La mystique de soi-même ; la connaissance de soi-même ; les moyens à employer pour atteindre la maîtrise de soi-même ; le juste milieu ; le beau rôle.

« *La Maîtrise de Soi* » nous apparaît comme un des moyens les plus efficaces, de supprimer l'angoisse, l'anxiété, la timidité, la crainte sous une forme quelconque.

« *La Maîtrise de Soi* », c'est l'art de discipliner les forces qui sont en nous. Ces forces utilisées raisonnablement, nous procurent un état de quiétude, de confiance, de bien-être physique et moral qui confine au bonheur.

Elle ne consiste donc pas seulement dans la répression volontaire et accidentelle d'un geste, d'un désir, d'une impulsion, d'une passion, mais surtout dans l'orientation constante de la pensée et des sentiments vers des réalisations utiles.

Il s'agit d'une technique qui s'appuie sur des lois (loi de sobriété, loi du mouvement rythmé, loi des associations d'idées, etc.) qui tient compte du tempérament et de la constitution du sujet (réalisateur, penseur, mobile sédentaire ; corporel, cérébral ou émotif), de son degré d'évolution. Enfin, elle comporte la mise en œuvre de tout l'arsenal psychothérapique rénové des auto-suggestions actives et passives, des actes conscients, de la concentration de la pensée, des chaînes d'images, de la dérivation, de la sublimation, etc.

(1) Editions « Calme et Santé », 11, rue du Printemps, Paris (17e). Prix : 8 francs.

PRATIQUE MÉDICALE

LES COAGULANTS ET LE CONTROLE DE LEUR ACTION APPLIQUÉE EN CLINIQUE

par J.-J. Beretewide, R.-A. Neyra et O.-A. Fitte

(Extrait de la *Presse Médicale d'Argentine*)

L'extrait du tissu Fibrogène-Merrel est une suspension stérile de tissu fibronogène purifié à l'aide de céphaline et ne recélant ni albumines ni protéines étrangères. Il est présenté en boîtes de 4 ampoules pour emploi buccal et sous-cutané (1).

Les ampoules buccales contiennent 3 cc., celles pour emploi sous-cutané 2 cc. Il est tout spécialement recommandé de ne pas le donner en injections intraveineuses et il ne doit être administré que plusieurs heures après les transfusions ou une médication à base de sérum ou d'antitoxines. Les fabricants indiquent que ce produit ne cause pas d'anaphylaxie et qu'une dose un peu plus forte reste sans danger. — Nous avons dressé le graphique de ses effets sur 30 malades; l'effet buccal aussi bien que l'effet produit par l'emploi sous-cutané, non seulement en tant qu'agent curatif mais également comme agent préventif. Dans nos travaux de statistique, nous avons pu prouver l'évident pouvoir coagulant de ce produit. Pour l'emploi buccal, l'effet maximum varie entre 45 minutes et 1 heure après ingestion. Pour l'emploi sous-cutané, l'effet apparaît deux heures après l'injection. Le pouvoir coagulant du sang par l'emploi de ce produit offre un graphique ascendant puis une courbe descendante pendant une période qui varie entre 3 ou 4 heures avec l'emploi sous-cutané et de 2 heures avec l'emploi buccal. Cette information vaut pour des doses uniques. L'action du produit est plus forte lorsque les malades sont soumis à plusieurs doses.

Notre technique est la suivante : nous donnons le produit avant l'opération et l'on effectue celle-ci au moment du pouvoir maximum du Fibrogène. — Immédiatement après l'opération, le malade reçoit une autre dose exactement identique à la première. La dose précédant l'opération a son effet contrôle d'après l'indice respectif — l'effet est toujours évident avec de légères variations. Nous avons remarqué que pour certains malades une ampoule seule ne suffisait pas à modifier l'indice de coagulation. D'autre part, nous avons toujours pu constater l'effet favorable du produit lorsque deux ampoules étaient administrées. Nous avons noté que seulement dans 1 cas sur 20, il y avait légère réaction d'urticaire à l'endroit de l'injection mais qu'elle disparaissait immédiatement en usant d'adrenaline.

Comme conclusion, nous dirons que le Fibrogène est un excellent agent de coagulation, d'une action rapide et évidente, qu'il convient d'en administrer plusieurs doses à certains intervalles de temps. Il peut être employé librement sans danger.

(1) Le Fibrogène, produit américain, n'est présenté en France que sous forme d'ampoules buvables (boîtes de 2 ampoules).

La médecine en Assyrie et en Babylonie, par le docteur Georges Contenau. Un vol. de 230 pages, avec 60 fig. et une carte, en souscription. Maloine, éditeur, 1938. Prix : 75 fr. sous couverture ; 125 fr. relié.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHLEGMONS DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Deux grandes formes :
Suppurée : localisé ou diffus.
Gangréneuse : angine de Ludwig.

ETIOLOGIE

Toujours secondaire :
— Ulcération de la langue ou de la muqueuse du plancher de la bouche.
— Angines de toutes natures.
— Lésions dentaires : carie et surtout périostite et arthrite alvéolo-dentaire (obturation sur dent encore infectée) ; accident d'éruption, en particulier de la dent de sagesse.

CLINIQUE

I. *Formes suppurées :*

A) *Adéno-phlegmons :*

1. *Sous-maxillaire.* Se développe dans la loge sous-maxillaire. D'abord simple adénite douloureuse, avec périadénite. S'accompagne d'un peu de fièvre, de gêne à la mastication.

Cette adénite peut :

a) Se résorber.

b) Aboutir au phlegmon suppuré. La douleur devient lancinante ; l'insomnie annonce la collection du pus.

— Tout mouvement de la mâchoire devient impossible (trismus).

— La fièvre monte à 39°-40°.

— Localement : une tuméfaction mal limitée envahit toute la région sus-hypoïdienne latérale, immobile sur le maxillaire inférieur et les plans profonds du plancher. La peau est tendue lisse, mais de coloration normale. Douleur vive à la palpation, sans point douloureux précis. Au toucher buccal : le sillon gingivo-jugal est libre.

— Pour inciser, il ne faudra pas attendre une fluctuation, d'apparition tardive, entre la main qui palpe et le doigt intra-buccal. Mais, dès qu'il apparaît un point rouge, ramolli, et exquisément douloureux, intervenir.

2. *Sous-mental.* Beaucoup plus rare.
La tuméfaction est plus antérieure, mieux circonscrite, nécessite plus rarement l'ouverture.

B) *Ostéo-phlegmon.* Deux variétés :

1. *Au-dessous du mylo-hyoïdien :* ostéo-phlegmon inférieur. Tuméfaction diffuse sus-hyoïdienne infiltrant tout le plancher buccal. La peau est d'aspect normal ; il n'y a pas de fluctuation.

Au toucher buccal : sillon gingivo-jugal libre.

En l'absence d'intervention, ce phlegmon s'ouvrirait à la peau, et non dans la cavité buccale.

2. *Au-dessus du mylo-hyoïdien :* ostéo-phlegmon interne.

S. F. : douleur, dysphagie, trismus.
S. P. : pas de tuméfaction externe.
Au toucher buccal : infiltration de tout le plancher, respectant cependant le sillon gingivo-jugal.
L'ouverture se ferait dans la bouche, dans le sillon gingivo-lingual.

C) *Phlegmon diffus suppuré,* envahissant tous les espaces celluleux du plancher de la bouche.

Douleur violente, trismus serré. Tout mouvement de déglutition ou de mastication est impossible.
Etat général grave : fièvre élevée, urines rares.
Tuméfaction diffuse, dure, extrêmement douloureuse.
Peut se compliquer d'œdème de la glotte, d'ulcérations vasculaires de diffusion aux espaces celluleux du cou.
Toutes les formes intermédiaires avec la forme suivante :

II. *Phlegmon gangréneux diffus,* improprement appelé angine de Ludwig.
A. P. Siège au-dessous du mylo-hyoïdien.
Liquide sanieux et bulles gazeuses clivent les espaces celluleux et nécrosent les tissus. Pas de pus.
Microbes :
Tous les anaérobies.
Aérobies : rôle prépondérant du streptocoque.

Signes :

a) *Début :* tantôt secondaire, tantôt spontané et progressif.
Tuméfaction sus-hyoïdienne uni, puis bilatérale, en fer à cheval, d'une dureté pierreuse, mal limitée, indolente. Peau normale.
Toucher buccal gêné par le trismus : tumeur faisant corps avec la tumeur sus-hyoïdienne.
Déglutition impossible, dyspnée angoissante.
Signes généraux d'intoxication massive : délire, agitation ou, au contraire, prostration ; facies plombé. Pouls à 140 avec température normale. Urines rares où on cherchera l'albumine et le sucre.

b) *Evolution :*
1. *Non opéré.* Mort par intoxication, collapsus cardiaque sans que localement soient apparus des signes de suppuration.
2. *Opéré.* Très réservé. Peut guérir après une interminable suppuration. Peut mourir par cellulite gangréneuse du cou, œdème de la glotte ou broncho-pneumonie. Dépend surtout du terrain.

DIAGNOSTIC

1. *Trismus :* éliminer une angine, un phlegmon de l'amygdale, une arthrite temporo-maxillaire.
2. *Tuméfaction :* éliminer :
— L'abcès dentaire.
— L'ostéo-phlegmon externe : n'infiltre pas le plancher (toucher buccal).
— Le phlegmon thyro-glosso-épiglottique, avec dysphagie et dyspnée ; rare d'emblée. Plancher indemne.

TRAITEMENT

1. *Adéno-phlegmon.*
Inciser au point ramolli et exquisément douloureux. Bistouri pour la peau, puis sonde cannelée (faciale dans la loge). Drainer, Si origine dentaire, avulsion de la dent.
2. *Ostéo-phlegmon.*
Suivant les cas, incision sous-maxillaire ou dans le sillon gingivo-génien.
3. *Phlegmon diffus.* Incisions multiples.
4. *Angine de Ludwig.* A l'anesthésie locale ou sans anesthésie, incisions médiane et latérales traversant le mylo-hyoïdien Ecoulement de sérosité ; drainage. Traitement général : tonicardiaques, insuline, sérum antigangréneux.

PIERRE SAGAUT

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

N° 101. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — *Pathologie médicale.*

Question sortie: 5. La spirochétose ictéro-hémorragique.

Questions restées dans l'urne : 1. Causes, symptômes, diagnostic et traitement des œdèmes aigus du poumon ; 2. Les endocardites malignes à évolution lente ; 3. Les formes cliniques et le diagnostic de la scarlatine ; 4. Les formes cliniques et le diagnostic de la péritonite tuberculeuse ; 6. Amibiase intestinale ; 7. Diagnostic des épanchements sérofibrineux de la grande cavité pleurale ; 8. Diagnostic des hématemèses ; 9. Signes, diagnostic et traitement de l'érysipèle de la face.

Pathologie chirurgicale.

Question sortie N° 3. — Symptômes et diagnostic des épididymites tuberculeuses.

Questions restées dans l'urne : 1. Formes cliniques et complications des fractures fermées de l'extrémité inférieure de l'humérus. — 2. Mal de Pott sous-occipital. — 4. Les épanchements sanguins de la cavité pleurale d'origine traumatique. — 5. Les anévrysmes artériels poplités. — 6. Symptômes, évolution et diagnostic de la perforation en péritoine libre d'un ulcère pyloro-duodénal. — 7. Symptômes, évolution et diagnostic des fractures fermées du cou de pied (type Dupuytren). — 8. Signes et diagnostic des hémarthroses du genou d'origine traumatique. — 9. Les péritonites aiguës d'origine appendiculaire sans le traitement.

Anatomie. — Composition du jury : MM. les docteurs Desmarest, Fey, Escalier, H. Bénard, Lallemant.

1re séance : samedi 17 décembre, à 9 heures, à l'hôpital Necker.

En principe : dimanche à 14 heures, lundi à 20 heures, mardi à 9 heures, mardi à 20 heures, jeudi à 20 heures, vendredi à 20 heures.

Pathologie médicale. — Composition du jury : MM. les docteurs Ameuille, Tzanck, Cain, Jacquet, Caroli.

1re séance : vendredi 16 décembre, à 8 h. 30, à l'hôpital Laënnec.

En principe : lundi à 9 heures, mercredi à 17 heures et 20 h. 30, jeudi à 17 heures et 20 h. 30, vendredi à 9 heures, samedi à 17 heures et 20 h. 30, dimanche à 9 heures et 14 heures.

Pathologie chirurgicale. — Composition du jurry : MM. les docteurs Picot, Cleisz, Madier, Soupault et Couvelaire.

1re séance : samedi 17 décembre, à 16 h. 30, à l'hôpital Laënnec.

En principe : lundi à 16 h. 30 (séances couplées), mercredi à 16 h. 30 (séances couplées), vendredi à 16 h. 30 (séances couplées), mercredi à 9 heures.

Concours de l'Externat. — *Questions sorties :*

Anatomie. — 1. Olecrâne; 2. Ligament latéral externe de l'articulation du genou (anatomie descriptive) ; 3. Insertions sur le fémur des trois muscles fessiers ; 4. Énumérer les branches collatérales et les branches terminales de l'artère carotide externe ; 5. Énumérer les branches collatérales du nerf médian.

Pathologie médicale. — 1. Manière de rechercher l'existance d'une hémiplégie au cours d'un coma ; 2. Durée de la période d'incubation des maladies suivantes : oreillons,

varicelle, scarlatine, rougeole ; 3. Caractères de la polyarthrite du rhumatisme articulaire aigu ; 4. Les taches rosées de la fièvre typhoïde ; 5. Examen d'un membre inférieur atteint de phlegmatia alba dolens à la période d'état ; 6. Technique de la ponction lombaire.

Pathologie chirurgicale. — 1. Sièges et caractères de l'adénopathie dans le cancer du sein ; 2. Signes fournis par l'inspection dans la fracture de Dupuytren ; 3. Énumérer les complications des varices ; 4. Signes fournis par l'examen clinique d'une coxalgie chez l'enfant à la période de début (avant l'apparition des attitudes vicieuses et des abcès).

Hôpital de Saint-Denis (Seine). — Un *concours pour quatre places d'internes* s'ouvrira le lundi 16 janvier 1939 à l'hôpital de Saint-Denis.

Inscriptions closes huit jours avant le concours.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur de l'hôpital de Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures.

Cinquantenaire de l'Institut Pasteur. — La cérémonie de commémoration de la fondation de l'Institut Pasteur aura lieu le 15 mars 1939, sous la présidence effective de M. Albert Lebrun, président de la République, et de M. Rucart, ministre de la Santé Publique.

Faculté de Médecine de Paris. — Sont pérennisés : M. Bulliard, agrégé d'histolorie ; Mlle Lévy, agrégée de pharmacologie et matière médicale.

École de médecine de Dijon. — M. le docteur René Olivier est institué professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicale.

Légion d'honneur. — AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Chevalier :* M. le docteur Robert d'Ernst, président de l'Association des Médecins du canton de Genève.

Nous sommes heureux d'adresser à notre éminent confrère et vieil ami, toutes nos félicitations les plus vives.

Distinctions honorifiques. — Notre cher confrère et ami le docteur Léopold Mayer, rédacteur en chef de *Bruxelles médical*, et président du prochain Congrès de la Société internationale de Chirurgie vient d'être promu officier de l'ordre de Léopold II. Nous lui adressons bien cordialement nos félicitations et tous nos meilleurs vœux.

CHRONIQUE

L'ÉLOGE D'ADOLPHE WURTZ (1817-1884) PAR M. CH. ACHARD

Le nom du savant auquel M. ACHARD vient de consacrer un éloge de haute tenue « s'inscrit à juste titre parmi ceux des grands ouvriers de la chimie ».

M. Achard, après avoir rappelé les origines alsaciennes de Wurtz, retrace la carrière du chimiste élève à la Faculté de Médecine de Strasbourg, et docteur en médecine, puis disciple de Liebig à Giessen. Sur la recommandation de Liebig, Wurtz entre ensuite dans le laboratoire de J.-B. Dumas, puis il devient chef des travaux chimiques à l'École Centrale. Là, il poursuit ses travaux sur les acides du phosphore ; en 1849, il découvre les ammoniaques composées ou amines, en 1856, les glycols ; enfin, il obtient la synthèse des phénols.

Agrégé en 1847, il succède à J.-B. Dumas, à la Faculté de Médecine en 1853. Il développe « la théorie atomique » dont il est l'un des plus ardents promoteurs.

« Introduite avec quelques erreurs par Berzélius, cette notation atomique avait trouvé son véritable promoteur et ardent défenseur en Gerhardt, comme Wurtz fils d'Alsace et comme lui, élève de Liebig. C'est en 1842 que cet illustre chimiste avait donné à cette notation sa formule définitive. Violemment attaqué, malgré l'approbation de Dumas et l'amical soutien d'Auguste Laurent, son collègue de Montpellier, il dut lutter toute sa vie pour la défense et l'extension de ses idées. Lorsqu'il mourut, en 1856, ce fut Wurtz qui, seul en France, poursuivit le combat et contribua au triomphe définitif de la théorie atomique... »

On comprend que le prestige de l'illustre chimiste ait pu attirer des jeunes gens désireux de s'instruire. Et M. Achard nous raconte très simplement qu'au début de ses études, il eut l'idée, accompagné de son ami M. Henri Hartmann, d'aller trouver le maître et de lui demander l'accès de son laboratoire. Wurtz reçut avec bonté les deux jeunes gens, mais l'accueil plutôt frais des collaborateurs du savant fit comprendre aux jeunes gens « qu'il ne faut pas détourner de leur travail les chercheurs ».

Wurtz mourut en 1884, il avait été doyen de la Faculté de Médecine, de 1866 à 1875. Membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences, on lui devait la fondation de l'Association pour l'Avancement des Sciences ; on lui devait surtout le célèbre *Dictionnaire de Chimie pure et appliquée.*

Ce fut un grand chimiste, mais cet Alsacien fut aussi un très grand Français, et nous devons remercier M. Achard de lui avoir consacré un de ses plus beaux éloges.

F. L. S.

NÉCROLOGIE

Le docteur Raymond Durand-Fardel, de Vichy, vient de mourir à Paris, à l'âge de 85 ans. Il était correspondant national de l'Académie de Médecine, président du Syndicat des Médecins des Stations thermales, président du bureau permanent des Congrès d'hydrologie. Enfin, depuis un an, il était président de l'Association des anciens Internes des hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Sous la direction de M. ANDRÉ LEMIERRE,

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE.

Tuberculose pulmonaire latente et infections saisonnières. Les cortico-pleurites intriquées. André JACQUELIN, A. BAUDOUIN, M. MALLET, Chr. SOULIGNAC. *Bulletin Médical*, 18 juin 1938.

Les auteurs décrivent une forme particulière d'affection bronchopulmonaire aiguë à caractère saisonnier et à leur avis relativement fréquente.

Cliniquement il s'agit d'une cortico-pleurite avec souffle à timbre tubaire ou tubopleural remarquable par son intensité et sa diffusion, et susceptible en dehors même de toute atteinte bilatérale d'être entendu des deux côtés.

Ces signes font penser à une affection aiguë « grippale », car elle débute en milieu épidémique et au milieu de coryzas aigus, de trachéobronchites fébriles et même de bronchopneumonies. Elle commence brusquement avec grosse réaction fonctionnelle et générale, herpès labial, présence de liquide sérofibrineux ou hémorragique dans la plèvre. Dans le liquide se trouvent des polynucléaires.

Même l'examen du sang tend à faire conclure à un processus grippal.

Cependant la principale localisation est d'emblée profonde, juxtapleurale avec participation de la séreuse et apparition d'un exsudat. La recherche des antécédents révèle dans le passé des épisodes suspects ou même franchement tuberculeux.

La radiographie, si elle peut être faite, montre des lésions anciennes ; la ponction montre l'existence de pachypleurite.

Les auteurs en tirent des conclusions de divers ordres. Pathogénique : L'importance et la brutalité du processus congestif sont le résultat du terrain et de l'imprégnation tuberculeuse ancienne. — Pronostique : Bien que relativement bénigne cette corticopleurite tuberculeuse comporte des réserves puisqu'elle témoigne d'un réveil de l'affection. — Thérapeutique : Contre-indication de toute sérothérapie antipneumo ou antistreptococcique toujours nocives aux tuberculeux. Contre-indication des vaccinothérapies trop actives. On devra se contenter du vaccin administré per os, du rhodium ou de l'argent colloïdaux, de l'eucalyptol, du gaïacol.

Il faudra surveiller de très près la convalescence et recourir si nécessaire à l'or, la créosote, la cure sanatoriale.

R. LEVENT.

La variation quotidienne de la réaction à la tuberculine. John S. HOWE. *The American Review of Tuberculosis*, mars 1938.

Chez 4 sujets l'auteur a recherché quotidiennement leur réaction à la Tuberculine (intradermoréaction) par un procédé s'inspirant de la méthode de Gröer en vue de dresser la courbe de l'allergie.

2 sujets ont été pris comme témoins ; ils avaient des réactions tuberculiniques positives sans aucun signe clinique ni radiologique de tuberculose.

Chez tous les sujets, la réaction à la Tuberculine a montré des fluctuations allant de 100 % à 50 % de la réaction maxima obtenue avec la même dose de Tuberculine.

Il existe également des variations saisonnières.

Chez le moribond la réaction s'atténue à l'approche de la mort.

Ces résultats ne montrent pas de différence appréciable entre les sujets tuberculeux et les témoins, exception faite pour le sujet qui a succombé et qui, d'une manière constante, s'est montré moins sensible à la tuberculose ou avait besoin d'une dose plus élevée pour montrer une réaction d'intensité normale.

L'existence de ces variations doit entrer en ligne de compte lorsqu'on veut apprécier justement des réactions pratiquées à de longs intervalles et tirer des conclusions de leur variation.

Il existe un rapport défini entre l'intensité de la réaction et l'état des vaisseaux périphériques ; on apprécie ce dernier par la mesure quotidienne de la tension artérielle diastolique.

Sur 6 sujets suivis on a constaté des périodes de vasoconstriction périphérique caractérisées par l'élévation de tension diastolique et accompagnées par une diminution de la réacton à la Tuberculine ou même l'absence de réaction en présence de doses faibles.

Les périodes de vasodilatation périphériques étaient au contraire caractérisées par la diminution de la tension diastolique et s'accompagnaient d'une réaction tuberculinique plus intense.

Cette exagération est particulièrement nette aussitôt après une période de haute pression barométrique.

Chez tous les sujets étudiés pendant la même période, l'évolution des variations de l'intradermoréaction s'est poursuivie parallèlement.

Cette constatation est à rapprocher de celle de Petersen qui a constaté que la vasodilatation et la vasoconstriction mesurées au moyen de la pression diastolique subissent largement l'influence de la pression barométrique.

Ces variations de la réaction tuberculinique semblent sous la dépendance de changements périodiques dans la perméabilité des vaisseaux et des tissus agissant sur l'exsudation locale que provoque une dose définie de Tuberculine.

La perméabilité accrue a pour résultat une augmentation de la sensibilité cellulaire vis-à-vis de la tuberculine.

L'épisode vasculaire peut retentir non seulement sur les variations de la réponse à la Tuberculine, mais encore sur le syndrome clinique et sur les modifications chimiques et sérologiques de l'organisme.

R. LEVENT.

COMPLICATIONS.

Le problème des épisodes méningés bénins chez les tuberculeux pulmonaires. M. ROCH. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 septembre 1938.)

Deux questions se posent, lorsqu'un tuberculeux présente des symptômes méningés. Y a-t-il réellement méningite ou seulement méningisme ? S'il y a inflammation méningée, quel en est l'agent ? La réponse à cette seconde question est de la plus grande importance pronostique et prime de beaucoup les apparences cliniques. Les épisodes méningés curables ont été observés par de nombreux auteurs, mais sont trop disparates pour qu'une ligne de conduite soit aisée à déterminer. On peut cependant, en pratique, se refuser à admettre que tous les syndromes méningés survenant chez des tuberculeux pulmonaires annoncent nécessairement une méningite tuberculeuse mortelle.

Il ne faut pas perdre de vue en effet qu'il existe d'authentiques méningites bacillaires qui peuvent guérir et que l'ancienneté du processus tuberculeux n'est peut-être pas sans exercer sur le pronostic une influence favorable.

Il semble aussi que certaines atteintes méningées soient dues à un virus atténué ou même à l'irritation par des toxines diffusant d'un foyer bacillaire, hors duquel les bacilles eux-mêmes n'ont pas essaimé. Peut-être aussi les germes d'infection secondaire surajoutée jouent-ils aussi leur rôle.

Enfin une coïncidence est possible avec un processus méningé d'autre nature et d'autre origine, ce qui comporte un pronostic spécial.

Sans compter les facteurs encore inconnus et pourtant capables d'influencer le pronostic.

R. LEVENT.

FORMES CLINIQUES.

Contribution à l'étude de la tuberculose congénitale. BERTIL HAMNE et NILS GELLERSTEDT. (*Acta paediatrica*, volume XX, fasc. 3, mars 1938).

Les auteurs ont observé un enfant né 4 semaines avant terme d'une mère bacillaire, dont il a été immédiatement séparé et qui n'a survécu que 48 heures à la naissance. L'enfant est mort au 68e jour de péritonite avec splénomégalie de nature tuberculeuse.

Toute possibilité d'infection extra-utérine semble pouvoir être éliminée à coup sûr.

L'infection semble avoir été contractée pendant la vie intra-utérine par voie amniotique et intestinale. Il existait en effet un complexe primaire typique dans la région iléocæcale avec propagation de l'infection au foie et à la rate ainsi qu'aux poumons et aux autres organes. Présence de très nombreux bacilles.

Parmi les cas de tuberculose congénitale, on n'en compte avec celui que rapportent les auteurs que 3 qui relèvent à coup sûr d'une inoculation intestinale. Dans l'un des cas (Möller) l'enfant bien que mort 67 heures après la naissance était déjà porteur de lésions bacillaires de l'intestin avec adénopathies mésentériques.

R. LEVENT.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. POINDECKER. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 12 août 1938.)

L'activité de la tuberculose correspond soit aux progrès du processus tuberculeux, soit à la persistance des signes toxiques.

Le plus souvent, quels que soient les signes physiques, un seul examen clinique est insuffisant ; de même pour l'examen radiologique. Si les douleurs d'origine pleurale sont un signe de probabilité, il en est d'autres qui peuvent reconnaître une autre cause ou coexister avec une tuberculose arrêtée dans son évolution. Les signes fonctionnels ou physiques au niveau de la paroi thoracique ont surtout de la valeur lorsqu'ils sont réunis. La toux et l'expectoration n'ont de valeur que par leur exagération ou lorsque les crachats contiennent des fibres élastiques ; la présence de bacilles n'a de valeur que lorsqu'elle augmente notablement et l'hémoptysie qu'accompagnée de fièvre durable.

Dyspnée et cyanose sont en général de fâcheux augure de même la tachycardie sans cause cardiaque. L'évolution de la température semble le signe le plus important, surtout lorsque c'est la température matinale qui est modifiée ou si l'élévation correspond à un déploiement insignifiant d'activité physique ou aux règles en dehors de toute cause décelable. De même les sueurs nocturnes, la pâleur. De même la perte de poids persistante, la perte d'appétit et les troubles digestifs, les troubles menstruels, la nervosité ou la fatigabilité exagérée.

Egalement les réactions cutanées à la tuberculine exagérées ou s'accompagnant de fièvre. Il faut cependant tenir compte des anergies temporaires ou durables. L'existence d'une bacillémie est peu utilisable en pratique.

La formule hématologique : lymphocytose, mononucléose, anéosinophilie, déviation à gauche de la formule d'Arneth est importante et plus encore l'accélération de la sédimentation si aucune autre cause ne peut l'expliquer, mais ne correspond qu'aux formes exsudatives.

Il convient dans tous les cas de tenir compte de l'existence possible de tuberculose extrapulmonaire. Le diagnostic d'activité est toujours plus aisé à l'hôpital qu'en pratique urbaine.

R. LEVENT.

Diagnostic de cancer du poumon associé à une tuberculose pulmonaire. Marcel NAVILLE. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 juillet 1938.)

Malgré les progrès de ces dernières années, le diagnostic entre cancer et tuberculose pulmonaire demeure malaisé, et suivant les auteurs et les époques, on a pu évaluer le taux des erreurs commises entre 50 et 96 p. 100.

Le diagnostic des cas les plus simples de cancer repose sur un grand nombre de signes de présomption : dyspnée, adénopathies, signes de compression, hémoptysies, coïncidence d'une autre néoplasie. Les signes radiologiques, l'étude de la perméabilité bronchique, les discordances symptomatiques, l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration doivent éveiller la méfiance. La certitude n'est guère obtenue que grâce à la biopsie de végétations bronchiques prélevées par bronchoscopie, ou si l'on peut découvrir des cellules néoplasiques dans l'expectoration.

Le diagnostic est plus délicat encore, lorsqu'il y a association de cancer et de tuberculose, association qui peut s'établir de diverses façons.

Dans ce cas, l'attention devra être attirée par : la violence anormale des douleurs et leur ténacité, la toux quinteuse rebelle à tout traitement, les altérations de la voix, la dysphagie, la compression de la veine cave supérieure, la présence d'adénopathies de sièges divers ne tendant pas à la caséification, l'unilatéralité entière de lésions pourtant profondes, l'existence de métastases dans d'autres organes, la persistance de signes fonctionnels et physiques, malgré la chute de la température et la disparition des bacilles de Koch, le syndrome radiologique.

On devra toujours envisager l'hypothèse d'une néoplasie associée dans tous les cas de bacillose pulmonaire évoluant « hors de la règle »

R. LEVENT.

PRONOSTIC.

L'avenir des tuberculeux cavitaires (Prognosis of the cavity bearer). Hermann SCHWATT et Arthur REST. (*The American Review of Tuberculosis*, janvier 1938.)

En 1921, Graeff a émis l'opinion que la tuberculose pulmonaire doit être considérée comme mortelle en quelques années, s'il existe une caverne et si sa dimension atteint celle d'une cerise.

Les auteurs considèrent ce pessimisme comme excessif. Il est certain que le pronostic est d'autant plus sévère que la cavité est plus importante et que sa gravité est maxima quand les lésions sont bilatérales.

Les lésions du côté droit ont dans l'ensemble un pronostic moins mauvais que celles du côté gauche.

La présence d'une tuberculose laryngée ou intestinale, cette dernière surtout, aggravent le pronostic.

De même, la présence de bacilles dans l'expectoration.

L'âge a également son influence ; c'est entre 20 et 35 ans que l'on trouve la mortalité la plus élevée ; après 40 ans, le taux s'abaisse.

Les malades qui survivent pendant les premières années sont dans une situation d'autant moins défavorable que le temps passe.

Malgré tout, le pronostic demeure extrêmement sérieux quand il existe une excavation et que les crachats contiennent des bacilles.

L'étude porte sur 267 cas suivis pendant huit ans.

R. LEVENT.

La reprise du travail et l'avenir social des tuberculeux pulmonaires. André FABRE. (*Presse médicale*, 28 sept. 1938.)

Malgré l'amélioration du pronostic de la tuberculose qu'ont permis d'obtenir la collapsothérapie et les œuvres post-sanatoriales, la reprise d'une activité lucrative semble encore peu fréquente pour les anciens tuberculeux : 15 à 18 p. 100 d'après les statistiques des Assurances sociales de la région parisienne. Ce taux, il est vrai, tend à s'améliorer à mesure qu'on s'élève sur l'échelle sociale. L'exercice de métiers ne demandant pas d'effort physique, la bonne surveillance médicale ont, il est vrai, une action appréciable.

Pour pouvoir être un conseiller utile, le médecin devra tenir compte des documents cliniques, bactériologiques et radiologiques, tenir compte aussi de la façon dont le traitement a été conduit, le critérium clinique étant, dans tous les cas, celui auquel on devra attacher le plus de poids.

Le travail surveillé, considéré comme « épreuve lésionnelle » a également la plus grande importance. Ce travail devra avoir le caractère d'un travail régulier.

On devra tenir compte aussi des réserves respiratoires et des résultats des épreuves psychotechniques.

En général, l'artisanat est préférable au travail en usine et permet d'éviter plus aisément le surmenage.

L'activité professionnelle doit être préparée de longue date, au sanatorium même, s'il se peut. Un organisme spécialisé post-sanatorial peut avoir la plus heureuse influence sur la réadaptation.

Les petits établissements semblent être ceux qui, à tous égards, répondent le mieux aux nécessités et facilitent le plus la surveillance médico-sociale. Les installations suburbaines sont celles qui conviennent le mieux aux invalides pulmonaires à capacité restreinte.

Un service de placement spécialisé est un organisme nécessaire à cette réadaptation économique et sociale.

R. LEVENT.

A propos du pronostic des pleurésies exsudatives. (Le délai d'extériorisation clinique des lésions cliniques dans les divers appareils, conséquence d'une dissémination hématogène unique. René JEANNERET et André VAQUETTE. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 juin 1938.)

Les auteurs se sont d'abord attachés à mesurer la fréquence des incidents pleuraux dans les antécédents des tuberculeux pulmonaires. Sur 301 malades, ils ont relevé 80 fois l'existence d'une pleurésie : 17,6 p. 100 étaient des pleurésies exsudatives vraies ; 0,9 p. 100 des pleurésies secondaires à une lésion pulmonaire évolutive ; 7,9 p. 100 des antécédents pleuraux, dont il a été impossible de connaître avec précision les caractères.

Les auteurs ont de plus suivi pendant un temps prolongé l'histoire clinique de 24 malades atteints de pleurésie exsudative bien caractérisée qui avait été pour eux le premier signe apparent d'une atteinte bacillaire. 22 malades ont guéri en six mois de cure sanatoriale et sont demeurés guéris après six et même 10 ans. 2 malades ont fait, longtemps après leur pleurésie des lésions viscérales, osseuses ou ostéoarticulaires. Ces lésions, selon les auteurs, résultent d'une dissémination bacillaire unique qui s'est faite par voie sanguine et dont on peut retrouver les traces dans l'histoire clinique.

Cette atteinte tuberculeuse est plus ou moins précoce cliniquement et plus ou moins grave, selon le système organique envahi, rapidement manifeste dans les séreuses, elle est, au contraire, tardive dans le système osseux.

La localisation pulmonaire ne paraît pas la plus fréquente ni la plus à redouter, mais elle est grave, du fait de son siège et par l'impossibilité habituelle de pratiquer un pneumothorax.

Le traitement précoce de la pleurésie exsudative par une pneumoséreuse leur paraît donc particulièrement intéressant, puisqu'il empêche l'établissement de la symphyse pleurale. Très important aussi le séjour prolongé en sanatorium après guérison apparente de la pleurésie qui permet de traverser sans incident la période critique.

R. LEVENT.

RECHERCHES DE LABORATOIRE.

La recherche sérologique de la tuberculose sur la goutte de sang d'après la méthode de Chediak-Dahr. Ch. DIGHENOPOULOS. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 8 avril 1938.)

Cette réaction pour laquelle suffit une seule goutte de sang recueillie par piqûre, a été mise au point par Dahr, par adaptation du procédé employé par Chediak pour le diagnostic de la syphilis ; elle est aisée à pratiquer dans le cabinet du médecin et utilise les extraits préparés pour la réaction de Meinicke en vue du diagnostic de la tuberculose. L'auteur en a comparé les résultats avec ceux de la réaction de Meinicke et avec ceux de la déviation du complément. Dans 75 cas : 24 sujets exempts de tuberculose et 51 tuberculeux. Chez les non tuberculeux, les résultats ont été les mêmes qu'avec la technique type de Meinicke. Chez les tuberculeux, 41 p. 100 de résultats positifs ont été obtenus avec le Meinicke, 49 p. 100 de résultats positifs avec le Chediak-Dahr. (64 p. 100 avec la déviation du complément). Les résultats négatifs chez des tuberculeux sont relatifs aux tuberculoses ganglionnaires ou laryngées, aux granulies ou aux tuberculoses anciennes apparemment éteintes.

Dans un second groupe de 375 cas, la réaction négative a été constatée chez 96 p. 100 des sujets sains et chez 84 p. 100 des malades atteints d'affections non tuberculeuses. Chez les tuberculeux, le pourcentage des résultats positifs a varié entre 53 et 67 p. 100 ; les tuberculoses ouvertes ont donné 59,5 p. 100 de résultats positifs, les tuberculoses fermées 42,7 p. 100. Selon la forme des lésions pulmonaires, le taux de positivité a varié entre 42 et 80 p. 100.

La réaction de Chediak-Dahr ne donne donc pas une certitude absolue, mais elle présente un intérêt pratique comme complément des autres modes d'examen.

R. LEVENT.

La sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire. C. Fossati. (*Acta medica Scandinavica*, vol 97, fasc. 1-2, 1938.)

Dans 20 observations personnelles, l'auteur a comparé la sédimentation et les variations numériques des globules rouges.

Chez les tuberculeux pulmonaires, la réaction de sédimentation semble un reflet fidèle de l'évolution de la maladie. Dans les formes graves, en effet, la sédimentation présente une accélération notable, dans les formes moins graves et dans celles où le traitement institué précocement paraît suivi d'heureux résultats, la vitesse de sédimentation est moindre. Il en est de même dans les cas avec bon état général, soit que les lésions soient légères, soit qu'elles soient en bonne voie de guérison.

Dans aucun des cas étudiés, il ne semble y avoir de relation fixe entre la vitesse de sédimentation et le nombre des globules rouges. Dans les cas graves seulement, il semble y avoir une certaine coïncidence entre l'accélération de la sédimentation et un certain degré d'anémie.

Il semble donc qu'on puisse conclure de ces faits que dans les formes évolutives, la sédimentation est accélérée, tandis que dans les formes chroniques à tendance fibreuse, la sédimentation est normale ou proche de la normale. Comme à d'autres auteurs, la sédimentation ne semble à l'auteur avoir aucune valeur diagnostique, mais être un témoin fidèle de l'état actuel et permettre une certaine approximation pronostique.

R. LEVENT.

GÉNÉRALITÉS.

La régression de la mortalité par tuberculose. D. K. Ryrels. (*Revue de la Tuberculose*, mars 1938.)

Depuis 1920, on observe une régression de la mortalité par tuberculose qui, en 1930, a été inférieure à la moitié de la mortalité constatée en 1910.

La mortalité par toutes les formes de tuberculose évoluée, en donnant au taux de 1910 l'indice 100, s'est élevé en 1920 à 173 et est retombé en 1930 à 90.

Cette mortalité demeure plus forte chez la femme que chez l'homme ; le plus fort abaissement constaté est celui des jeunes sujets, entre 1 et 14 ans ; l'indice le moins modifié est au contraire, celui des sujets entre 15 et 19 ans. Pour la femme, la mortalité est plus élevée à la campagne ; pour l'homme, elle est plus forte en ville. Mais la situation d'ensemble est plus défavorable en milieu rural qu'en milieu urbain.

R. LEVENT.

Les réactions tuberculiniques indésirables. Hans Behrendt. (*Acta paediatrica*, vol. XXIII, fasc. 1, 1938.)

La recherche des réactions à la tuberculine est dans l'immense majorité des cas inoffensive et l'auteur n'entend en aucune façon nier ce fait d'expérience. Il est cependant de rares circonstances où l'administration de tuberculine a pu, de façon non douteuse, donner lieu à des accidents, soit locaux soit à distance toujours ennuyeux et dans quelques cas très rares, d'une gravité certaine.

Malgré la rareté de ces faits, il convient donc, à son avis, de n'user que d'une tuberculine aussi fortement diluée que possible et avec une posologie très prudente ; d'éviter la répétition habituellement inutile de la réaction tuberculinique chez un même malade et surtout si l'on a connaissance chez lui d'une réaction antérieurement trouvée positive. On doit s'attacher à dépister autant que possible un état d'hyperergie et se méfier particulièrement des sujets porteurs d'une tuberculose de type exsudatif. Il est bon, aussi, surtout pour les médecins attachés aux services d'hygiène publique de ne pas négliger avant de pratiquer la réaction, les renseignements que pourra fournir l'entourage du malade en ce qui touche aux antécédents personnels.

R. LEVENT.

THÉRAPEUTIQUE.

La notion de position dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. P. Pruvost. (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, N° 4, 1938.)

Depuis quelque temps, on attache une importance croissante à la position donnée à un malade tuberculeux, dans le but de compléter l'action d'un traitement en cours.

Il est en effet utile de savoir quelle attitude habituelle convient ou ne convient pas au malade. On doit chercher à obtenir l'immobilisation relative de la région atteinte, la détente du lobe malade et des brides qui tiraillent le contour d'une caverne et obtenir suivant les cas, la stase circulatoire ou au contraire la décongestion nécessaires.

Chez les tuberculeux traités sans intervention, il y a en général intérêt à prescrire la position déclive pieds légèrement exhaussés.

Dans certains cas d'hémoptysie, même prolongée, il est utile de coucher le malade sur le côté opposé à celui qui saigne.

Pour choisir la position utile, il y a avantage à se baser sur l'étude radiologique de la statique et de la cinématique pulmonaire au cours du changement d'attitude.

Chez les tuberculeux traités par phrénicectomie, après échec d'un pneumothorax, le décubitus latéral sur le côté opéré favorise l'ascension de l'hémidiaphragme. Il doit cependant n'être pratiqué qu'avec prudence dans la période qui suit immédiatement les repas.

Chez les tuberculeux traités par pneumothorax, la position assise et verticale peut être autorisée s'il n'y a ni liquide pleural ni adhérences.

S'il y a des adhérences et surtout des brides, mais pas d'épanchement, on doit chercher à combattre l'action de la pesanteur ; on doit chercher à empêcher en choisissant l'attitude habituelle le tiraillement de la périphérie de la caverne ; l'absence de douleur et de température sont un bon indice clinique qui complète les indications fournies par la radioscopie.

La cure déclive est un adjuvant utile, surtout au cas de lésions apicales ou sous-apicales assez limitées avec des brides fibreuses rétractiles et impossibles à sectionner, le reste de la surface pulmonaire demeurant libre.

Il en est de même en l'absence d'épanchement, le décubitus favoriserait en effet l'épaisseur des adhérences et l'établissement d'une symphyse pleurale.

De même, si du côté opposé existent des lésions évolutives ou mal éteintes, ou s'il existe des adhérences pariétales ou axillaires, la cure de décubitus latéro-déclive sur le côté insufflé sera contre-indiquée.

Lorsque le pneumothorax se complique d'un épanchement, on pourra s'il y a intérêt à favoriser la production d'une symphyse, coucher le sujet sur le côté malade. Au cas contraire, on le fera coucher sur le côté sain.

Dans le cas d'un pneumothorax unilatéral et controlatéral d'emblée, on fera pratiquer la cure latéro-déclive du côté des lésions.

R. LEVENT.

Les indications majeures et actuelles de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Jean VALTIS et N. TSOUTIS. (*Presse médicale*, 19 octobre 1938.)

Après une période de faveur excessive où certains auraient volontiers vu dans la phrénicectomie, une méthode capable de remplacer dans tous les cas, la collapsothérapie est venue une période de défaveur qu'il serait injuste aussi de pousser à l'extrême. La phrénicectomie n'est pas sans défauts, surtout lorsqu'elle est maniée sans discernement ; comme toute autre méthode, elle donne des résultats d'autant meilleurs que ses indications sont plus précises. Ces indications sont différentes de celles du pneumothorax.

Elles sont dans certains cas en rapports avec la forme anatomo-clinique des lésions : la phrénicectomie s'adresse alors exclusivement à des lésions relativement jeunes, limitées, faiblement évolutives, à tendance fibreuse et entourées de parenchyme sain ; dans les autres formes de lésion, elle est inutile ou nuisible.

D'autres fois, la phrénicectomie est indiquée par le siège des lésions : lésions de la base, surtout si le pneumothorax est impossible. Encore les lésions centrales sont-elles seules influencées ; les lésions proches du gril costal le sont peu ou pas. La phrénicectomie peut cependant rendre service dans les lésions juxtascissurales, même celles du lobe supérieur à la condition qu'il n'y ait au voisinage aucune lésion fibreuse de caractère symphysaire et que leur situation soit centrale.

Sauf considération spéciale, les lésions apicales sont une contre-indication habituelle.

Enfin la phrénicectomie peut être une opération associée tantôt à un pneumothorax homolatéral (pneumothorax à corde ou poumon adhérant par sa base au diaphragme), tantôt à une thoracoplastie partielle. Mais la thoracoplastie doit dans tous les cas précéder la phrénicectomie. Elle s'adresse dans ce cas à des lésions tuberculeuses que l'on voit apparaître dans la partie du parenchyme sous-jacente à la thoracoplastie et dont cette dernière n'a pu réaliser le collapsus.

R. LEVENT.

Importance du psychisme dans le traitement de la tuberculose. Hannes ALEXANDER. (*Munchener Medizinische Wochenschrift*, 18 mars 1938.)

La relation admise par les anciens auteurs entre la tuberculose et les psychoses n'est plus admise actuellement. Même lorsqu'il s'agit de schizophrénie, il semble que le seul lien entre les deux affections soit le terrain, l'habitus leptosome qui augmente la prédisposition à la tuberculose de certains schizophrènes.

Les poisons du bacille de Koch n'agissent guère sur le psychisme ; les troubles mentaux et l'euphorie de la période terminale sont en réalité des phénomènes asphyxiques, dûs à l'intoxication par le gaz carbonique ou par des médicaments.

Les troubles légers du psychisme sont au contraire très fréquents. L'action des toxines, particulièrement nette chez l'enfant, entraîne des changements du caractère qui sont parfois le premier signe de la germination pulmonaire.

Chez le tuberculeux adulte, il peut exister des troubles subjectifs, soit au début de la maladie, soit lorsque commence une récidive. Il y a retentissement sur le système nerveux autonome ou sur les appareils endocrines. Les symptômes sont d'ailleurs influencés par le caractère de chaque sujet. La tuberculose peut de la sorte révéler une neurasthénie jusqu'alors latente.

Mais il n'y a pas de psychisme spécial au tuberculeux en dehors des déformations qu'il faut attribuer à la littérature ou à une mentalité sanatoriale.

La révélation d'une tuberculose ignorée est un traumatisme psychique, dont le retentissement est influencé par le caractère du sujet et par la façon dont son état lui a été révélé. L'ambiance, le savoir-faire du médecin ont donc une importance particulière ; de même par la suite, l'atmosphère qui règne dans le sanatorium. Les conversations, les réunions, les journaux de sanatorium ont donc une importance très grande. Il faudra aussi, de longue main, préparer le malade aux problèmes qui se poseront pour lui à sa rentrée dans la vie normale. La cure de travail, et en particulier de travail utile et productif est un adjuvant du traitement médical qui s'aidera aussi de conférences faites par les malades eux-mêmes à leurs compagnons ; la bibliothèque, le concert, le cinéma sont des moyens précieux pour l'enrichissement des facultés intellectuelles et aussi de la vie intérieure des malades.

On a beaucoup romancé sur l'influence excitante de la toxine tuberculeuse à qui l'humanité serait redevable de certains génies ; en réalité, ces génies se sont manifestés malgré la tuberculose beaucoup plus que grâce à elle. Cette influence excitante se manifeste tout au plus, et très légèrement, au début de poussées évolutives très bénignes.

R. LEVENT.

La prémunition active contre la diphtérie chez l'enfant tuberculeux. Hans BERGER. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 15 avril 1938.)

La vaccination a été faite avec le Al F. T. de Behring toxoïde formolée adsorbée par l'hydroxyde d'aluminium d'emploi courant en Allemagne depuis 1934, sur 190 sujets.

Il n'y a eu de réaction générale défavorable que chez 16 enfants. Deux seulement ont présenté une poussée pulmonaire et avaient d'ailleurs dès auparavant une courbe pondérale peu satisfaisante.

Les réactions locales ont été observées chez 47 enfants, réactions banales au point d'injection, souvent un peu plus intenses à la 2e injection qu'à la première. Le caractère de cette réaction ne semble être influencé en rien par les lésions pulmonaires.

Dix des sujets firent des diphtéries après le commencement de la vaccination, dont 5 dans les tout premiers jours. Il ne s'est jamais agi que de formes légères et sans complications ; les diphtéries postérieures au 10e jour après la première injection ont été d'une insignifiance qui en d'autres circonstances, les aurait fait passer inaperçues.

Le taux de morbidité diphtérique semble s'être abaissé mais il est légitime de n'attendre d'abaissement sensible et persistant que lorsqu'un nombre suffisant d'hospitalisés aura été vacciné.

Quant à la tuberculose, quels qu'en soient le stade et la localisation, elle semble n'avoir en rien été influencée du fait de la vaccination, ni dans son évolution, ni dans sa forme anatomique, ni dans son allure clinique.

R. LEVENT.

Plusieurs observations de tuberculose pulmonaire cavitaire traitée par pneumothorax bilatéral. I. STAHLE. (*Acta medica Scandinavica*, vol. 97, fasc. I-II, 1938.)

L auteur étudie 10 observations personnelles de cavernes tuberculeuses bilatérales traitées par pneumothorax bilatéral. Des sections d'adhérences ont été faites pour améliorer le collapsus pulmonaire et obtenir de meilleures conditions locales dans tous les cas où les adhérences étaient totalement ou partiellement accessibles et sans tenir compte du fait que les signes cliniques ou l'expectoration de bacilles pouvaient témoigner de l'activité du processus.

Des exsudats pleuraux légers ou sans tendance à l'augmentation, n'ont pas été considérés comme constituant une contre-indication.

Dans cinq cas, le pneumothorax a été d'un côté total d'emblée en l'absence de toute adhérence, tandis que de l'autre côté, la section d'adhérences était nécessaire.

Dans cinq autres cas, il a fallu faire des sections d'adhérences des deux côtés. On a ainsi obtenu dans sept cas un collapsus hilaire bilatéral ; dans un cas, un collapsus hilaire d'un côté avec collapsus suffisant du côté opposé ; dans les deux derniers cas, un collapsus suffisant des deux côtés.

Les bacilles n'ont disparu de l'expectoration qu'après collapsus suffisant. Un exsudat pleural unilatéral est survenu dans trois cas ; les autres cas ont évolué sans complications.

Les divers malades ont été suivis pendant un temps variant de 6 mois à 5 ans. Leurs poumons offrent actuellement une image radiologique de guérison ; le parenchyme ne semble présenter aucune séquelle tardive. Les malades sont dans un bon état fonctionnel et ont une activité normale.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1938)

La séance est ouverte à 15 heures. M. le Président BEZANÇON et les membres du bureau sont en uniforme.

M. Georges BROUARDEL, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés.

M. le PRÉSIDENT proclame les prix.

M. ACHARD, secrétaire général, prononce l'éloge du chimiste Adolphe Wurtz.

PRIX DÉCERNÉS :

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (1.200 fr.). — MM. les docteurs Julio Palacio et Egidio Mazzei, de Buenos-Ayres.

PRIX AMUSSAT (1.500 fr.). — Partagé entre M. le docteur Arnaud, de Paris ; M. le docteur Sargnon, de Lyon ; M. le docteur Piquet, de Lille.

PRIX ANONYME (2.000 fr.). — M. le docteur Radaody-Ralarosi, de l'Institut Pasteur de Tananarive.

PRIX APOSTOLI (1.000 fr.). — M. le docteur Louis Chauvois, de Paris.

PRIX ARGUT (800 fr.). — M. le docteur Thieffry, de Paris.

PRIX AUDIFFRED (un titre de rente 3 p. 100 de 24.000 fr.). — Trois mémoires ont été présentés. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une partie des arrérages disponibles : à M. le docteur Sotirios Briskas, de Paris ; à Mlle le docteur Anne-Marie Binet, de Metz ; à M. le docteur Abaza, de Paris.

PRIX BAILLARGER (2.500 fr.). — M. le docteur Boris Kreis, de Paris.

PRIX BARBIER (2.500 fr.). — L'Académie partage le prix entre : M. le docteur A.-R. Duval, de Paris ; M. le docteur Brouet, de Paris ; M. le docteur Violle, de Marseille.

PRIX BARTHÉLEMY (3.000 fr.). — M. le docteur Gorse, de Paris.

PRIX BERRAUTE (un titre de rente 3 p. 100 de 3.092 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les arrérages disponibles à M. le docteur Auzépy, de Paris.

PRIX BOULLARD (2.000 fr.). — M. le docteur Witold Aubrun, de Paris.

PRIX BOULONGUE (6.000 fr.). — Mme le docteur Coquoin-Carnot, de Paris.

PRIX BOURCERET (1.200 fr.). — M. le docteur MOUGEOT, de Royat.

PRIX BRAULT (4.000 fr.). — L'Académie partage le prix entre : M. le docteur Mercier, de Garches ; M. le docteur Curasson, de Dakar ; M. le docteur Parrot, d'Alger ; M. le docteur Martin, de Châtel-Guyon ; MM. les docteurs Blanc et Bordes, de Brazzaville ; M. le docteur Dodero, d'Hanoï.

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — Mme le docteur Roy-Boutaric, de Dijon.

PRIX CAILLERET (500 fr.). — M. le docteur Bioy, de Paris.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS (3.000 fr.). — M. le docteur Henry Duvergey, de Bordeaux.

PRIX CHEVILLON (3.000 fr.). — M. le docteur Alfred Bensaude, de Paris.

PRIX CLARENS (500 fr.). — M. le docteur Gervois, de La Madeleine.

PRIX COMBE (3.000 fr.). — M. le docteur Jacques Malarmé, de Paris.

PRIX DEMARLE (750 fr.). — M. Olivier Gaudin, de Neuilly-sur-Seine.

PRIX DESNOS (3.600 fr.). — M. le docteur Bruneton, de Paris.

PRIX DESPORTES (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix entre : M. le docteur G. Willot, de Paris ; M. P. Rode, de Paris ; M. L. Launay, d'Argenteuil.

PRIX DIEULAFOY (2.000 fr.). — M. le docteur Malinski, de Paris.

FONDATION DREYFOUS (1.400 fr.). — M. Robert Mallet.

PRIX GUSTAVE DURANTE (2.000 fr.). — M. le docteur Jaïs, de Paris.

PRIX PHILIPPE DURANTE (2.000 fr.). — Mme le docteur Brizard, de Divonne-les-Bains ; MM. les docteurs Lafon et J. Roche, de Montpellier.

PRIX ALFRED DUTENS (10.000 fr.). — M. le docteur Vague, de Marseille.

PRIX ERNEST GODARD (1.000 fr.). — M. le docteur Lœwe-Lyon, de Paris.

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix entre les auteurs dont les noms suivent : M. le docteur Henriet, de Besançon, et Mme Valdejo, de Pontarlier ; Mme le docteur Brouet-Sainton, de Paris ; M. le docteur Perreau, d'Angers. L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. le docteur Latifi, de Troyes, à M. le médecin-commandant Baudet, de Toulouse.

PRIX PAUL GUILLAUMET (1.500 fr.). — M. le docteur Pierre Carrez, de Paris.

PRIX GUINCHARD (8.000 fr.). — Mlle le docteur Marcelle Ladet, de Paris.

PRIX GUZMAN (un titre de rente de 2.500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix mais elle accorde, à titre d'encouragement, les arrérages à M. le docteur R. Heim de Balsac, de Paris.

PRIX CATHERINE HADOT (3.600 fr.). — M. le docteur Marlin, de Montfaucon-du-Lot.

PRIX TH. HERPIN (de Genève) (3.000 fr.). — MM. les docteurs H. Roger, de Marseille, et Yves Poursines, de Beyrouth-Liban.

PRIX LÉON LABBÉ (3.000 fr.). — Le prix est partagé entre : MM. les docteurs Massart et Vidal-Naquet, de Paris ; M. le docteur Henri Fontaine, de Paris.

PRIX LABORIE (8.000 fr.). — M. le docteur Varangot, de Paris.

PRIX LARREY (500 fr.). — M. le médecin-colonel Chaumet, de Beyrouth.

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — Mlle Madeleine Dubois.

PRIX LEFÈVRE (3.000 fr.). — M. le docteur Montassut, de Paris.

PRIX JULES LEFORT (300 fr.). — M. Henry Delfour, pharmacien, de Pouillon.

PRIX LEVEAU (2.000 fr.). — Le prix est partagé entre : MM. les docteurs Villey-Desmeserets, J.-F. Buvat et Mme le docteur Buvat-Pochon, de Paris ; M. le docteur Perrot, de Saint-Lizier.

PRIX HENRI LORQUET (300 fr.). — M. le docteur J. Lemant, de Paris.

PRIX MAGITOT (1.000 fr.). — M. le docteur Jean Goulesque, de Paris.

PRIX A.-J. MARMOTTAN (100.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais attribue les arrérages disponibles à M. le docteur Brunel, de Paris.

PRIX MAUREL (800 fr.). — M. le docteur Forestier, d'Aix-les-Bains.

PRIX GEORGES MERZBACH (12.000 fr.). — MM. les docteurs Michel Léon-Kindberg, Lapine et Adida, de Paris.

PRIX MEYNOT (3.000 fr.). — MM. les docteurs Aubry et Ombrédanne, de Paris.

PRIX MONBINNE (1.500 fr.). — Le prix est partagé entre : M. le docteur André Thomas, de Paris ; MM. les docteurs Marcenac, de Saumur, et Lemétayer, de Garches.

PRIX NATIVELLE (1.000 fr.). — M. le docteur Cheymol, de Sèvres.

PRIX ORFILA (3.000 fr.). — M. le docteur Perrault, de Paris.

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — M. Lucien Léger, de Paris.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — M. le docteur Mollaret, de Paris.

FONDATION JULES-ÉMILE PÉAN (12.000 fr.). — M. Lartigue, de Vanves.

PRIX RICAUX (diabète) (5.000 fr.). — M. le docteur Jean Ferroir, de Montrouge.

PRIX RICAUX (tuberculose) (5.000 fr.). — Le prix est partagé entre : M. le docteur Bidou, de Paris ; M. le docteur Parodi, de Côme (Italie).

PRIX ROBIN (600 fr.). — MM. les docteurs Dodel et Dastugue, de Clermont-Ferrand.

PRIX ROGER (2.500 fr.). — MM. les docteurs Broca et Julien Marie, de Paris ; une mention honorable est accordée à M. le docteur Gavois, de Paris.

PRIX SABATIER (600 fr.). — M. le docteur Levenson, de Paris ; une mention très honorable est accordée à M. Albert Khouri, d'Alexandrie (Égypte).

PRIX SAINTOUR (5.000 fr.). — MM. les docteurs Sainton, de Paris ; Simonnet, de Maisons-Alfort ; Brouha, de Liége.

PRIX STANSKI (1.500 fr.). — M. le docteur Robert Fasquelle, de Paris.

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — M. le docteur Palmer, de Paris.

PRIX TREMBLAY (9.000 fr.). — M. le docteur Coujard, de Paris ; une mention honorable est accordée à M. le docteur Ginestié, de Montpellier.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — Le prix est partagé entre : M. le docteur, BOURGUIN, de Paris ; M. le docteur Grenoilleau, de Blois ; en outre, une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs Pierre et André Pecker, de Paris.

PRIX ZAMBACO (600 fr.). — Mme le docteur Delanoé, de Mazagan (Maroc). *(A suivre.)*

L'angine de poitrine, par Vital LASSANCE (de Bains-les-Bains). Un vol. de 204 pages illustré avec une préface du professeur R. LERICHE. Maloine, éditeur, 1938. Prix : 30 fr.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DÉFENSE DE LA PROFESSION AU CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT

Ordre du jour adopté dans la séance du 12 décembre 1938 :

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris, après avoir pris connaissance des questions qui seront vraisemblablement présentées à l'assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux, concernant les propositions de loi Pomaret et Portmann, le projet de qualification des spécialistes et les naturalisations de médecins et étudiants étrangers, décide :

1° *Proposition de loi Pomaret* de repousser le projet d'une retraite qui serait facultative, mais pour laquelle les versements seraient obligatoirement faits par ceux qui n'acceptent pas de prendre une retraite tendant à assimiler les médecins, membres d'une carrière libérale, à des fonctionnaires dont ils n'ont pas les avantages ;

2° *Proposition de loi Portmann : a*) de repousser le projet Portmann, qui a pour objet de restreindre le nombre des étudiants en médecine, par l'instauration d'un concours limitatif à l'entrée des facultés et écoles de médecine, au mépris du libéralisme qui caractérise celles-ci, et tendant, de ce fait, à calquer leur régime sur celui des Grandes Écoles du Gouvernement où se recrutent des fonctionnaires ;

b) De demander, par contre, le relèvement du niveau du baccalauréat ;

c) De lutter contre l'invasion des médecins étrangers, en donnant la priorité aux Français ;

3° *Spécialisations :* de s'opposer au morcellement du doctorat en médecine par la création de certificats ou de mentions de spécialités — ainsi que l'ont proclamé, cet été, les professeurs Marfan et Sergent, au cours d'interviews publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 octobre 1938 ;

4° *Grade de « docteur-dentiste » :* de repousser la création du grade de docteur-dentiste pour les chirurgiens-dentistes qui deviendraient ainsi des docteurs sans doctorat ;

5° *Naturalisations :* de demander :

a) La révision des naturalisations de médecins et étudiants en médecine prononcées depuis 1920, sauf de celles des médecins et étudiants ayant fait la guerre de 1914-1918 à titre étranger dans l'armée française ;

b) L'obligation pour tous les naturalisés de faire le service militaire actif, quel que soit leur âge ;

c) L'interdiction d'exercer la médecine sociale et administrative pendant les dix ans qui suivent la date de la naturalisation et l'obtention du doctorat en médecine d'État.

Le Président, Docteur D'AYRENX. — Le Secrétaire général, Docteur Ch. GRIMBERT.

Revue Médicale Française d'Extrême-Orient (1)

Nos confrères d'Indochine, groupés en Société médico-chirurgicale de l'Indochine, depuis 1908, ont heureusement renouvelé et rajeuni la formule de leur organe officiel en le présentant sous forme de revue. On sait que cette Société est la seule société de médecine française de l'Extrême-Orient, et l'on conçoit l'intérêt que présente, pour la pensée médicale française, la diffusion de cette revue. Nous sommes d'ailleurs assurés de son succès.

La revue paraît une fois par mois, dans les mêmes conditions que le bulletin qu'elle remplace, c'est-à-dire dix fois par an (interruption en juillet-août). Le volume annuel représente environ 1.200 pages. Sa lecture nous paraît indispensable à tous ceux qui s'intéressent à la médecine tropicale, et plus spécialement extrême-orientale.

(1) Boîte Postale 18, Hanoï, Indochine Française (*numéro spécimen sur demande*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 102. — MERCREDI 21 DÉCEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.*

Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

Mlle Aalam ; MM. Albert, Albou, Alhomme, Alloiteau, Alpérine, Amado (Georges), Amado (René), Ancelin ; Mlle Antoine ; MM. Arnaud, Arnavielhe, Attal, Aublin, Aubouy, Audoly, Auquier, Aurégan, Azaïz.

MM. Bach, Bachet, Badin, Bailly (Roger), Ballade, Ballerin, Bally (Jacques), Barbier (Michel), Barbier (Pierre), Barré (André), Barré (Yves), Barrier, Bastin, Bauchart, Baudon, Beau, Béna ; Mlle Bénézit ; MM. Berger, Bergeron, Bernard (Pierre, Maurice), Bernheim, Bernard (Pierre), Bernard (Pierre, Maurice), Bernheim, Berthet, Berthon, Bertier, Berveiller, Bessière, Biardeau, Bignon, Bijoux (Robert), Blanc (Guy), Blancard, Blanchon, Bloch (Claude), Blondé, Boeswillwald, Boismoreau, Boitard, Bolivar, Bonnefis, Bonvallet, Boreau, Borja, Borniche, Bory, Bouche, Bouillié (Raymond), Mme Bouillié (Camille) ; MM. Boulay, Bour ; Mlle Bourbon ; MM. Bourdin, Bourdy ; Mlle Bourget ; MM. Bourguet ; Mlle Bournisien ; MM. Boutbien, Bouttier, Bouvaist, Bouygues, Brac, Braillon, Brandon, Brenier, Brille ; Mlles Brisac, Brissy ; MM. Buchenaud, Bugaut, Bureau, Butet.

MM. Cabrières, Cacault ; Mme Cachin, née Dicky ; MM. Cachin (Yves), Cahn, Caillods, Caldier, Camus (Jean), Camus (Pierre), Canivet, Caplier, Capron, Carlotti, Carraud, Carrillo, Maurtua, Casalta, Caufment ; Mlles Caulliez, Caussé ; MM. Cayé, Chabasseur, Chabert ; Mlle Chaillet ; MM. Champagne, Chapelet, Chappellart, Chardack, Chardin, Chartrain ; Mlle Chassaing ; MM. Chateau, Chatelin, Chauvin, Chavarot, Chenille, Chessebeuf ; Mlle Chevallier (Jeanne) ; MM. Chevallier (Pierre), Chevillotte, Di Chiara, Choubrac, Ciaudo, Ciechanowicz, Clamageran ; Mlle Colombe ; MM. Comte, Corbineau, Corcos, Coriat ; Mlle Corre ; MM. Cossart, Couder, Couleru, Coulon, Courchet, Courjaret, Courtenay-Mayers, Cousin, Coville, Crabol, Crépin, Cuadrado, Cuenca, Cuzin.

MM. Dailly, Danion, Danset, Darricau, Daumet, Dausset, David, Davy, Debost, Debusschère, Deguel, Delater, Delatour, Delcambre, Delouche, Demassieux, Demétriadès, Denis (Jean, Charles), Denis (Jean, Pierre), Denizet, Deniziaut, Denoyelle, Dépinay ; Mlles Depitre, Desclaux, Descroix ; MM. Descubes, Deslandes, Devieux, Devimeux, Devraigne, Dezarnaulds, Didier, Douay ; Mlle Doumic (Alice) ; MM. Doumic (Jacques), Drylewicz, Dubel, Dubois (Jacques) ; Mlle Dubois (Laure) ; MM. Duchene, Ducournau, Dufour, Dufresne, Dugrenot, Duhamel, Dumas (Michel), Dumas (Pierre) ; Mlles Dumont, Dupont ; MM. Dupont (Victor), Dupré, Dupuy, Durand (Maurice), Durupt, Duval.

MM. Edelmann (Gilles), Elhaik, Eman-Zadeh, Enel, Estéve, Etienne, Eydieux.

MM. Fayein, Ferrand, Filippi ; Mlle Fillon ; MM. Flabeau, Flandin ; Mlle Fommarty ; MM. Forgeois, Fortin ; Mlle Fossier ; MM. Foulon, de Fourmestraux, François (Armand), Francois (Raymond), Fraquet, Frinault, Fronville.

MM. Galand, Galey, Gallimard, Galmiche ; Mlle Garnier ; MM. Gaulier, Gauthey (Maurice), Gauthier (Raymond), Gérard (Jean), Gerbaux ; Mme Germain ; MM. Germond, Gertzberg, Gibrat, Girard, Giraud (Paul), Girod (Raymond), Godlevsky, Goltz, Gorce, Gorin, Gosselin, Goury-Laffont, Gouault ; Mlle Granier ; MM. Granjon, Grel, Grémont,

Grigné, Gross ; Mlle Grould ; MM. Guéraud, Guézou, Guichard, Guimezanes, Guy, Guyot.

MM. Habas, Hadengue, Hagège, Haguet ; Mlle Hahn ; MM. Halfon ; Mlle Haller ; MM. Hallot-Boyer, Haquin, Hardré, Hartman ; Mlle Hatt ; MM. Hébert (André), Hemeury, Henrot, Henry, Hérard, Hermann, Hertz, Hervet ; Mlle Heulot ; MM. Hewitt, Hiverlet, Honvilleur, Houdart, Mlle Huguenard ; M. Hussameddin.

MM. Iagello, Isal, Isorni.

MM. Jardel, Joannès, Joinville, Jomier, Joublin, Joussemet, Jouve ; Mlle Jurain.

M. Kaeppelin ; Mlles Kahn (Madeleine), Kahn-Bruker ; MM. Kalmar, Kartun, Kerschen, Klein, Koenig, Komarover, Koskas, Krawiecki, Kreisler, Kropff.

MM. Labayle, Lachovsky, Lacour (Armand), Lacour (Jean) ; Mlles Lagroua, Laisney ; MM. Lallemand (Jean), Lallemant (Yves), Lambert (Léon), Lamy, Lanchon, Landau, Lang, Lanvin, Laroche, Lasry, Léandri, Lebas, Lebel, Le Bihan, Le Bourg, Le Brigand (Henri), Le Brigand (Jean), Leca, Lecointe ; Mlle Lécuyer ; M. Lefébure ; Mlle Lefèvre ; MM. Le Floch, Legendre (Jacques), Legendre (Jean), Léger, Legrand (Marcel), Lehec, Leiser, Lelièvre, Lemanissier, Lemierre, Lemoine, Leprat, Leroy ; Mlle Leuthreau ; MM. Lévy (Émile), Lévy (Michel), Lhermet, Libert, Lichnewsky, Lienard ; Mlles Lipmann, Lorton ; M. Loubrieu.

MM. Machoire, Mage, Maignan, Maigne, Maillard, Maille, Marchal, Marchon, Mariage, Marmier, Martin (Paul), Martin de Frémont, Marzet, Masmonteil, Massebœuf, Mathias, Mathieu, Mattei (Marc) ; Mme Mattei ; MM. Maugeais, Maurice, Maury, Mayaud, Medvedeff ; Mlles Mendras, Merle ; M. Metropolitanski ; Mlles Meugé, Meunier (Huberte, Andrée) ; MM. Meunier (Jean), Metzger, Michon, Milstein ; Mlles Mirabail, Mirès ; M. Moch ; Mlle Monghal ; MM. Monié, Monod (Claude), Monod (Marc) ; Mlle Moreau ; MM. Moreau (Michel), Moullé (Antony), Moulle (Henry), Mouzon, Msélati, Muller (Jean).

MM. Nalpas, Nanty, Narboni, Narevsky, Nataf, Nebout, Negellen, Nehlil, Neveux, Nguyen-Trung-Nam, Nomdedeu ; Mlle Noufflard.

M. d'Oelnitz ; Mlle Oganesoff ; MM. Orfali, Orliac, Oudot.

MM. Paley, Pardon, Parsy, Pastier, Patin, Payenneville, Pecheux, Peiffert, Pellet, Pellot, Pergola, Pérol, Perraudin, Perrier, Perrotin, Pestel, Petit, Peyron, Piard, Piarrat, Pichot de Champfleury, Picot, Piérart, Pinasseau, Pinot (Jean), Pistre, Pitollet, Pley, Pluvinage, Poggioli, Poirier, Polliot, Poncet, Pons, Ponsar, Postel-Vinay, Poulain, Pouponneau, Pouret, Poussier, Pradelle, Pradoura, Prochiantz ; Mlle Proux ; M. Pruvot ; Mlle Puget ; M. Pujol.

M. Quintescu.

MM. Radzievsky, Rahmani, Rathery ; Mlle Ravet ; M. Raymond (Jean) ; Mlles Raymond (Maria), Rémond (Simone) ; MM. Renault (Paul), Renault (Pierre), Reverdiau, Rey, Reynaud, Richet, Rie, Robert, Roblinl Rodde, Roger, Rognon, Roman, Rometti, Ronsin ; Mlles Rosenkovitch, Rosental ; MM. Rosey, Rouault de la Vigne, Rouget, Roujon, Routier, Roux (Jean), Roux (Michel), Roy (Georges), Royer, Ruel.

MM. Salinesi, Saltet de Sablet d'Estières ; Mlle Samuel ; MM. Sarfati, Satgé ; Mlle Saulnier ; MM. Scebat, Schaap, Schapiro ; Mlle Schauwing ; MM. Scherrer, Schneider ; Mlle Schweisguth ; MM. Sclafer (Maurice), Sebag, Sénécal, Serre, Serreau, Sevileano, Seyer, Sicard ; Mlle Sikorav ; MM. Simon (André), Simon (George), Sissmann (Robert), Solal ; Mlle Spach ; MM. Sriber, Staub, Stépanoff, Stévenin.

MM. Tahar, Talbot, Tallet, Tararine, Tavernier, Ternier, Thaon, Thiebot, Thierry, Tibi, Tola (Alfred), Tola (Ricardo), Toufesco ; Mlles Tourneville, Tostivint ; MM. Tostivint (René), Toupet, Tran Van Hoa, Tricard, Tricot, Tronc, Tubiana.

M. Umdenstock.

MM. Vaissié, Valentin, Vasquez, Verdier, Verliac, Verriez ; Mlle Verron ; M. Vesval ; Mlle Vettier ; MM. Veyrières, Vialard-Goudou, Viguié, Vila, Villebrun, Vissian.

MM. Warmé, Weil (Raymond) ; Mlles Weinberg, Wetzlar ; MM. Weyl (Jean), Woimant, Wolf, Wollmann.

M. Xambeu.

Académie des Sciences. Prix décernés pour 1938.

Prix généraux. *Prix Serres* (7.500 francs) : M. Robert Courrier, du Collège de France.

Prix Estrade-Delcros (8.000 francs) : M. Justin Jolly, du Collège de France.

Médecine et Chirurgie. *Prix Monthyon.* Trois prix de 2.500 francs à MM. Léon Binet et Georges Weller (Paris) ; Auguste Pettit (Institut Pasteur), Frédéric Trensz (Institut Pasteur d'Alger). Trois mentions honorables de 1.500 francs à MM. Marc Barthélemy (Nancy), Alfred Bensaude et Mlle Marcelle Ladet (Paris).

Prix Barbier (2.000 francs) : MM. Louis Courty et Manuel Ausel (Lille).

Prix Bréant (5.000 francs) : MM. Paul Remlinger et Jacques-Ed. Bailly (Institut Pasteur de Tanger).

Prix Mège (1.000 francs) : MM. André Donatien et Félix Lestoquard (Institut Pasteur d'Alger).

Prix Bellion (1.400 francs) : M. Pierre Coulouma (Lille).

Prix du baron Larrey (1.000 francs) : M. le médecin-colonel Marcel Liegeois.

Prix Jean Dagnan-Bouveret (6.000 francs) : Mme Arthur Randoin, née Lucie Fandard ; (5.000 francs) : M. Xavier Henry ; (4.000 francs) : M. Léon Delhoume.

Cancer et tuberculose. *Fondation Roy-Vaucouloux* (6.000 francs) : M. Voldemar Vilter.

Prix Louise Darracq (6.000 francs) : MM. Albert Peyron (Institut Pasteur), Henri Limousin, Guy Poumeau-Delille et Bernard Lafay.

Physiologie. *Prix Monthyon* (1.500 francs) : M. Maurice Fontaine.

Prix L. La Caze (10.000 francs) : M. André Mayer, du Collège de France.

Prix Pourat (1.500 francs) : M. Marcel Florkin (de Liége).

Prix Martin-Damourette (1.400 francs) : M. Roger.

Prix Martin-Damourette (1.400 francs) : M. Roger Duffau.

Médecins de sanatoriums publics. — Le *Journal Officiel* du 14 décembre publie (p. 14016 et 14017), un décret relatif aux conditions du recrutement et de nomination par voie de concours des médecins de sanatoriums publics.

*

SUR QUELQUES ASPECTS ACTUELS DE L'HYSTÉRIE

PAR MM.

G. CARRIÈRE, Professeur de clinique médicale

P.-G. GINESTE, Chef de clinique médicale adjoint

à la Faculté de médecine de Lille.

Les manifestations pithiatiques sont devenues rares. Mais il peut être dangereux d'en écarter d'emblée la possibilité lorsqu'on établit un diagnostic.

Les trois observations qui suivent, recueillies au cours de l'année 1937 à la Clinique Médicale de l'Hôpital Saint-Sauveur, suffiraient à démontrer, s'il en était besoin, que l'hystérie est loin d'être morte.

Observation I.

Odette C... — Le 4 novembre 1937 entre dans le service une jeune femme de 19 ans : depuis une semaine elle présente des vomissements, de l'insomnie, et une coloration ictérique des muqueuses et des téguments.

Au premier abord, ni la malade, ni son affection n'ont aucun caractère qui puisse attirer plus spécialement l'attention : cette jeune femme est mariée depuis 3 ans ; elle habite avec son mari et son enfant âgé de vingt mois ; elle s'est toujours bien portée et ne semble avoir à se plaindre d'aucun ennui d'ordre matériel, sentimental ou physique, c'est une jeune personne très bien constituée et de visage fort avenant.

Cependant, au cours d'un séjour à l'hôpital qui n'a pas dépassé 6 semaines, cette malade devait présenter une succession rapide de phénomènes que nous pouvons classer, d'après leur ordre d'apparition, sous quatre chefs :

1° Un *ictère par rétention* typique, d'évolution apyrétique et bénigne, qui disparut en quelques jours sous l'influence du traitement classique ;

2° *Un épisode de névralgies*, caractérisé par des phénomènes douloureux siégeant dans toute la moitié droite du corps : douleurs à type de sciatique, de plexite brachiale, de névralgies intercostales et abdomino-génitales ;

3° Ces accidents sont remplacés très vite par une *hémiplégie droite sensitivo-motrice*, hémiplégie totale à début apoplectiforme avec paralysie de la plupart des nerfs craniens du même côté. Cet épisode, particulièrement bruyant et spectaculaire, a constitué l'événement capital du séjour de la malade et a résisté pendant 10 jours aux diverses thérapeutiques instituées ;

4° Enfin deux jours à peine après la guérison des phénomènes précédents, nous voyons survenir un syndrome typique de cholécystite, avec une douleur aiguë au point vésiculaire : la température s'éleva à 39°5, mais fut brusquement ramenée à la normale de la manière dont il sera rendu compte plus loin.

***

L'histoire de l'ictère qui fut la première de ces manifestations serait tout à fait banale sans son étiologie un peu spéciale : quelques jours auparavant, notre malade voit une de ses parentes étendue sur son lit de mort. Elle ressent aussitôt une violente impression de malaise ; en rentrant chez elle, elle présente des vomissements intenses et le lendemain matin son ictère est constitué.

Notre examen nous met en présence d'un ictère par rétention typique, avec décoloration des selles et urines acajou, sans prurit, sans bradycardie, sans hypertrophie de la rate ni du foie.

Tous les symptômes cèdent rapidement au traitement habituel : repos au lit, régime lacté, cholagogues et uroformine.

Le 10 novembre, 6 jours après l'entrée de la malade, les urines sont devenues claires et il persiste à peine un subictère des conjonctives.

Au cours de cet épisode, la température est toujours restée normale ; nous n'avons pas trouvé de points douloureux abdominaux.

Mais cette convalescence devait être de courte durée.

Le 13 *novembre*, dans l'après-midi, sans cause apparente, surviennent des phénomènes douloureux dans le membre inférieur droit.

Ces douleurs ont la topographie classique de la névralgie sciatique : débutant dans la fesse, elles suivent la région postérieure de la cuisse et le creux poplité, avec des irradiations dans la jambe au moment des paroxysmes douloureux.

A l'examen, le membre inférieur est à demi-fléchi, on note une certaine hyperesthésie cutanée dans toute la zone des douleurs.

Les signes de Lasègue et de Bonnet sont positifs ; la pression exercée au niveau de tous les points classiques provoque de vives douleurs. Le réflexe achilléen est exagéré du côté atteint.

Ces phénomènes douloureux persistent sans modifications jusqu'au 16 novembre : la marche est impossible, mais le sommeil reste normal.

Les comprimés de crésopirine calment un peu les douleurs, qui restent cependant très vives.

Le 16 *novembre* de nouveaux symptômes apparaissent. La malade, après avoir mis son bras droit sur l'oreiller au-dessus de sa tête, se trouve dans l'impossibilité de le ramener en position normale. En même temps elle ressent une douleur assez vive, d'abord localisée au niveau du coude, puis qui s'étend à tout le membre supérieur.

A l'examen la sensibilité de la peau au tact et à la piqûre est normale dans tout le territoire intéressé.

La pression au niveau du point d'Erb réveille une douleur très vive. Les mouvements actifs et passifs des articulations du membre supérieur sont possibles, mais vite limités par la douleur.

Le 23 *novembre* apparaissent des élancements douloureux d'intensité variable dans tout le côté droit du gril costal et de l'abdomen. Les douleurs suivent approximativement le trajet des nerfs intercostaux et abdomino-génitaux. La pression des points de Valleix est très douloureuse.

Il n'y a toujours aucune modification de la sensibilité objective.

La malade absorbe chaque jour 6 gr. de crésopirine en comprimés. Peu à peu les phénomènes douloureux diminuent d'intensité ; la sciatique cède la première et, le 2 *décembre*, toute douleur a disparu.

***

Mais, en même temps que ces symptômes s'apaisaient, un nouveau signe attirait notre attention.

Depuis le 26 novembre, le pouls présentait une courbe progressivement ascendante : partant de 70 à 80 pulsations, il arrive le 2 décembre à 110 pulsations par minute, la température restant toujours normale.

L'examen montre un cœur rapide et régulier, avec tendance au rythme embryocardique ; il existe un point douloureux très net au niveau de chaque annexe.

La malade est conduite dans une salle voisine où l'on procède à un examen au spéculum : celui-ci montre un col un peu congestif, non ulcéré.

L'examen terminé, la malade traverse la salle pour regagner son lit lorsque soudain elle pousse un cri et tombe à terre sans connaissance.

Pendant 2 heures environ elle reste dans un état subcomateux, prononçant quelques paroles indistinctes quand on cherche à la faire sortir de sa torpeur. Puis elle retrouve peu à peu sa lucidité, et l'on s'aperçoit alors qu'elle est paralysée du côté droit.

Il s'agit d'une hémiplégie flasque, totale : tout mouvement actif est impossible dans le membre supérieur et le membre inférieur droit ; les réflexes rotuliens sont normaux ; le réflexe cutané plantaire est aboli des deux côtés.

Il existe une anesthésie totale au tact, à la chaleur et à la piqûre dans toute la moitié droite du corps, bien limitée sur la ligne médiane; la pulpe du doigt se laisse traverser de part en part avec une aiguille sans que la malade présente la moindre réaction.

Les nerfs craniens sont également touchés : il y a *anosmie* et *amaurose* complète du côté droit. Par contre, il n'y a pas de paralysies oculaires, ni de disparition du réflexe lumineux au niveau de la pupille droite.

L'anesthésie de la conjonctive et de l'hémiface droite est complète, le réflexe nauséeux aboli. Mais il n'y a ni paralysie faciale, ni troubles de la phonation ou de la déglutition.

L'état psychique paraît normal : la malade n'est pas agitée, mais semble assez inquiète sur l'issue de ce nouvel accident. Toutefois, elle se laisse assez facilement rassurer lorsqu'on lui annonce une guérison rapide. Le jour même, on commence à pratiquer une série d'injections sous-cutanées d'eau distillée.

Ce traitement est continué plusieurs jours sans résultat appréciable.

Le 8 *décembre*, on ajoute des injections sous-cutanées de bleu de méthylène.

L'état psychique est bon, mais la malade a présenté plusieurs petites crises d'agitation avec des gémissements et des larmes.

Du côté droit, l'amaurose a disparu : on peut alors mettre en évidence la triade classique de l'hystérie : anesthésie cornéenne, polyopie monoculaire, rétrécissement concentrique du champ visuel: Il n'y a pas de dichromatopsie.

Le 9 *décembre*, l'état restant stationnaire, on procède à une anesthésie générale au chloroforme. Le résultat est absolument nul : au début de la narcose et au cours de la période de réveil, la malade présente des mouvements du côté gauche, mais le membre supérieur et le membre inférieur droits ne sont le siège d'aucun mouvement actif.

Le 10 *décembre* la malade est isolée avec interdiction absolue de recevoir des visites ; le lendemain, le docteur Bonte procède à une séance de faradisation. Au bout d'un quart d'heure les mouvements du côté droit reparaissent et la malade, qui était arrivée sur un brancard, peut regagner sa chambre en marchant de manière tout à fait normale.

L'examen clinique montre alors la disparition totale de tous les signes moteurs et sensitifs.

Cependant on note une légère douleur au niveau du point vésiculaire. La température est normale, le pouls bat à 80 pulsations.

⁂

Les jours suivants on assiste à une élévation progressive et symétrique de la température et du pouls.

Le 19 *décembre*, la température atteint 38°3, le pouls bat à 120 pulsations par minute.

A l'examen, le signe de Murphy est nettement positif. Il n'y a pas de contracture ni d'empâtement de la zone sous-hépatique. Le foie ne déborde pas le rebord costal ; on ne trouve aucun signe d'ictère et les urines gardent leur coloration normale. Il n'y a pas de frissons. Cependant et malgré tout, en présence d'un tel tableau clinique, on ne peut s'empêcher de songer à un syndrome cholécystique.

La malade est mise au régime lacté ; elle conserve une vessie de glace sur la vésicule et reçoit 1 gr. 50 d'uroformine.

Cependant la température continue à s'élever ; le 24 décembre elle atteint 39°6 : le signe de Murphy persiste, à l'exclusion de tout autre symptôme objectif.

A ce moment nous nous informons des conditions dans lesquelles s'effectue la prise de la température, et nous apprenons que la sœur, après avoir mis le thermomètre en place, quitte la chambre et y revient seulement quelques minutes après, afin de noter sur le tableau le chiffre obtenu.

A partir du 25 décembre au matin, la sœur ne quitte plus la chambre de la malade pendant la prise de la température : celle-ci tombe immédiatement à 37°3 — au lieu de 39°6 la veille — et ne dépasse plus jamais 37°5.

Le 28 décembre, le signe de Murphy a disparu, et le 30 *décembre* la malade quitte le service, complètement guérie.

Cette observation rentre évidemment, par certains de ses éléments, dans le cadre des manifestations pithiatiques. Mais les circonstances étiologiques qui l'accompagnent, ses caractères cliniques et évolutifs, lui donnent un intérêt tout particulier.

Du point de vue étiologique, il nous est difficile de retrouver ici les conditions classiques de l'hystérie : il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, mariée, mère d'un enfant de 20 mois, paraissant avoir des conditions de vie affective et sexuelle tout à fait normales.

Nous rencontrons la même incertitude dans la cause occasionnelle des accidents successifs présentés par le sujet : si, dans l'hémiplégie, nous trouvons à la fois le facteur émotionnel et le début subit classiques des manifestations hystériques, les accidents névralgiques qui les ont précédés ont débuté progressivement et sans cause apparente.

Du point de vue clinique, tous ces accidents frappent au premier abord par leur complexité. Leur étude analytique permet de les ranger sous trois chefs :

1° L'*hémiplégie sensitivo-motrice* réalise évidemment le type même de l'hémiplégie hystérique.

Nous y retrouvons les stigmates classiques de Charcot : polyopie monoculaire, rétrécissement concentrique du champ visuel, anesthésie cornéenne, abolition du réflexe pharyngé. L'absence de modification des réflexes, la délimitation nette des troubles de la sensibilité viennent à l'appui du diagnostic. Nous y rencontrons l'anesthésie totale de la pulpe du doigt, dont on a signalé jadis l'intérêt pour éliminer la simulation.

D'autres éléments de ce complexe neurologique ont été signalés beaucoup plus rarement au cours de l'hystérie : l'*anosmie* a été observée par *Pitres et Lichwitz;* la *surdité* par *Briquet* et *Gellé ;* l'*amblyopie* par *Landolt*, *Charcot* et *Pitres*. L'ensemble de tous ces signes réalise le tableau le plus complet de la grande hémiplégie hystérique, telle que l'avait décrite jadis *Sy-*

denham et telle qu'on la trouve dans les traités classiques de *Charcot*, de *Pitres* et de *Gilles de la Tourette*.

2° L'*ictère par rétention*, la *tachycardie* constituent déjà des manifestations plus rares : on connaît l'existence d'ictères émotifs, de tachycardies émotives.

La nature exacte de ces phénomènes est difficile à interpréter : observés seuls, ils ne pouvaient pas permettre le diagnostic de pithiatisme.

Notons seulement l'absence de tout signe de déséquilibre neuro-végétatif à prédominance sympathique ou vagale : le réflexe oculo-cardiaque, recherché à plusieurs reprises, s'est constamment montré normal ; nous n'avons observé ni l'éclat brillant du regard, ni le tremblement des extrémités qui accompagnent habituellement les dystonies vaso-sympathiques.

Que dire des *épisodes névralgiques* présentés par la malade ? Leur interprétation est rendue encore plus difficile par l'existence d'un troisième ordre de manifestations :

3° Nous voulons parler de cette *hyperthermie* à 39°6 qui fut brusquement et définitivement supprimée à la suite d'une surveillance plus stricte de la prise de température. La première hypothèse qui se présente pour expliquer cet incident est celle de la *simulation :* nous n'en avons aucune preuve certaine. Toutefois, la réalisation du *pseudo-syndrome subjectif de cholécystite* guéri brusquement par cette seule intervention plaide en faveur de notre opinion.

A la complexité de ces faits cliniques répond un comportement assez différent selon les diverses thérapeutiques utilisées.

L'ictère a obéi au traitement classique des ictères par rétention ; les névralgies ont disparu sous l'action de cachets calmants ; l'hémiplégie, enfin, s'est d'abord montrée rebelle au traitement habituel des manifestations pithiatiques (injections d'eau distillée et de bleu de méthylène, narcose chloroformique). Au contraire, l'isolement et le traitement électrique ont eu une action curative immédiate.

De telles observations sont rares : le mélange de signes organiques, de pithiatisme et de simulation qui en fait l'intérêt montre toute la difficulté du diagnostic. Mais à côté de ces cas extrêmement complexes il en est d'autres où le diagnostic de l'hystérie s'impose.

OBSERVATION II.

Lucienne G... est une jeune fille de 17 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels notables.

Il y a deux mois, en pleine nuit, elle ressent soudain une impression de malaise et d'angoisse et commence à présenter une crise dyspnéique extrêmement bruyante, accompagnée d'un tremblement du membre inférieur gauche.

Cette crise dure vingt minutes environ, puis tout rentre dans l'ordre.

Depuis cette date, elle présente 9 à 10 fois par jour des crises du même type, survenant soit sans cause apparente, soit à l'occasion d'une petite émotion.

A l'examen, nous sommes en présence d'une jeune fille petite et maigre, de physique assez ingrat. *Dès notre entrée dans sa chambre la crise commence :* la malade est assise, les lèvres écartées et les dents serrées ; à chaque inspiration et à chaque expiration on perçoit un sifflement. Le nombre des respirations étant d'environ quarante par minute, le tout constitue un bruit qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celui d'une machine à vapeur ou à celui d'une scie coupant du bois.

L'illusion est complétée par l'existence d'un tremblement de grande amplitude du membre inférieur gauche, réalisant un mouvement de pédale.

A l'examen du thorax on observe un tirage intense : sus-sternal, sus-claviculaire, sous-claviculaire et intercostal. La palpation, la percussion, l'auscultation donnent des résultats entièrement normaux. Le pouls est rapide et régulier ; il bat à 105 pulsations par minute ; le réflexe oculo-cardiaque est inversé : 104-116.

La malade a été réglée à 15 ans ; ses règles sont normales et régulières. L'examen de tous les appareils et organes est complètement négatif.

En l'absence de tout signe organique, nous portons le diagnostic de manifestations pithiatiques et nous commençons le traitement approprié : isolement complet, injections sous-cutanées d'eau distillée.

A la 8e injection, nous n'observons encore aucun résultat : les injections de bleu de méthylène, puis un badigeonnage du thorax au collodion fuschiné n'ont pas un meilleur succès. Nous décidons alors de pratiquer une intervention simulée sous narcose chloroformique, après avoir exposé devant la malade les raisons qui la motivent, c'est-à-dire « la section du nerf phrénique pour empêcher les contractions spasmodiques du diaphragme, cause première des crises de dyspnée ».

On exécute donc sous anesthésie une simple incision de la peau qu'on ferme avec des agrafes et qu'on recouvre d'un énorme pansement.

La guérison est totale, immédiate et définitive.

OBSERVATION III.

M... Aline . — Le 2 février 1937 se présente à la Consultation de l'Hôpital Saint-Sauveur une femme âgée de 47 ans, de corpulence très forte.

Il y a 4 ans, à la suite d'un traitement par pulvérisations laryngées que motivait un enrouement chronique, cette femme a présenté des crises bruyantes de spasme laryngé qui ont résisté depuis à toutes les thérapeutiques : pulvérisations de cocaïne, teinture de belladone, calmants divers, et même une série d'injections de novarsénobenzol.

Actuellement, nous nous trouvons devant une femme qui frappe au premier abord par une forte *obésité* (elle

pèse 87 kgs pour une taille de 1 m. 56) et un *virilisme* marqué : pilosité très apparente de la lèvre supérieure et du menton ; disposition masculine du système pileux pubien. Elle n'a jamais été mariée, n'a jamais eu d'enfants. Notons que sa mère et sa sœur sont aussi corpulentes qu'elle ; son frère était également obèse et a succombé à 42 ans d'une affection pulmonaire aggravée par l'existence d'un diabète sucré.

Ce *spasme laryngé* se manifeste dans des conditions très spéciales : tout mouvement d'élévation actif ou passif du bras droit, quel que soit son amplitude, détermine aussitôt une quinte de toux violente, accompagnée de congestion de la face : la respiration s'arrête pendant quelques secondes en expiration forcée ; puis survient une inspiration longue et bruyante, réalisant un véritable cri d'allure assez impressionnante. La respiration reprend alors son rythme normal ; la congestion de la face disparaît et la crise s'apaise.

Ce tableau clinique présentait au premier abord quelques bizarreries qui attirèrent très vite notre attention :

1° Lorsqu'elle était seule dans sa chambre, la malade pouvait s'habiller et se déshabiller sans que le cri survienne : or il semble difficile d'admettre que ces opérations puissent s'effectuer sans aucun mouvement du bras droit ;

2° L'intensité et la durée de la crise variaient en raison directe du nombre des assistants. Lorsque la chambre était remplie de spectateurs, les crises se succédaient presque sans discontinuer. Tout mouvement du bras droit provoquait non pas un seul cri, mais une succession de quintes de toux et de cris inspiratoires qui pouvaient durer plusieurs minutes.

L'*examen objectif* de la région intéressée est absolument négatif.

L'examen du cou ne montre ni goitre ni adénopathies. La radiographie du thorax n'indique aucune ombre anormale du médiastin ; la laryngoscopie ne montre aucune lésion organique du larynx.

La recherche des stigmates classiques de l'hystérie est également négative : nous n'observons ni troubles oculaires, ni abolition du réflexe nauséeux, ni zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, ni zones hystérogènes.

***

Un traitement par des injections sous-cutanées d'eau distillée donne un résultat rapide : à la 3e injection tous les phénomènes ont disparu et la malade rentre chez elle complètement guérie.

C'est alors que commence la seconde étape de cette observation. Pendant 6 mois environ, nous avons reçu deux à trois fois par mois des lettres dont la longueur variait entre 6 et 10 pages et où, parmi des démonstrations de reconnaissance, notre malade nous renseignait scrupuleusement sur toutes les modifications survenues dans son état. Petit à petit, nous voyons les signes réapparaître, d'abord les quintes de toux, puis le spasme laryngé, enfin le cri inspiratoire, et le 24 novembre 1937 la malade entre de nouveau à l'hôpital.

Un examen pratiqué à ce moment montre l'apparition de deux nouveaux symptômes qui viennent à l'appui du diagnostic d'hystérie : le rétrécissement concentrique du champ visuel et l'abolition du réflexe nauséeux.

Une nouvelle série d'injections d'eau distillée amène, le 6e jour du traitement, la disparition complète du spasme laryngé.

Mais il ne semble pas que cette observation soit définitivement terminée, car, il y a quelques jours, la malade nous adressait une longue lettre pour nous annoncer des prodromes inquiétants : quintes de toux, étouffements passagers, qui annoncent à bref délai la réapparition complète du syndrome.

***

Dans ces deux dernières observations, le diagnostic des manifestations pithiatiques est bien plus aisé que dans la première : elles rentrent dans le cadre des Spasmes Respiratoires compliqués, tels que les a décrit Pitres dans son Traité sur l'Hystérie.

Nous y retrouvons le terrain classique de l'hystérie : jeune fille ou vieille fille, signes de déséquilibre vago-sympathique ou de dysendocrinie. L'étrangeté des syndromes observés, leur caractère bruyant et spectaculaire, l'influence du facteur émotif dans le déclanchement des crises, enfin l'absence de tout signe organique constituent autant d'éléments en faveur de notre interprétation.

***

Cependant, les trois observations que nous venons de rapporter conservent certains caractères communs : l'absence de la grande crise hystérique classique, le caractère transitoire ou inconstant des stigmates hystériques, et surtout l'obéissance au traitement.

Il semble, à mesure que les manifestations pithiatiques deviennent plus rares, qu'elles perdent de plus en plus les caractères étiologiques et cliniques qui en constituaient jadis le fond commun et permettaient une description d'ensemble du syndrome hystérique.

Dans leurs conditions étiologiques, dans leurs manifestations cliniques, les observations actuelles se montrent encore plus divergentes qu'elles ne l'étaient au temps de Charcot.

Et ce fait vient encore à l'appui des opinions de Babinski sur l'influence de la suggestion dans la symptomatologie de l'hystérie.

Du point de vue thérapeutique, enfin, nous avons vu que les traitements classiques conservent tout leur effet. Mais plusieurs tentatives sont souvent nécessaires avant d'obtenir un résultat ; l'association avec un élément de simulation reste toujours possible et peut venir compliquer l'interprétation des faits et l'évolution des phénomènes cliniques ; quant à la guérison, une fois obtenue, elle est rarement définitive. Les rechutes sont fréquentes et le séjour prolongé des malades dans un milieu hospitalier peut aboutir à un enrichissement progressif des manifestations cliniques et à des difficultés de plus en plus grandes de leur traitement.

TRAITEMENT ESTHÉTIQUE DE L'ANTHRAX FACIAL

Par M. George PASCALIS

J'ai vu et suivi un nombre important d'anthrax de la face, de tous sièges et de toutes dimensions. Bien que le traitement chirurgical ait, en pareil cas, assez mauvaise presse, je l'ai toujours utilisé immédiatement, et n'ai eu qu'à m'en louer à tous égards, ayant toujours arrêté net une évolution souvent dangereuse, parfois mortelle.

Mais, contrairement à mon habitude, je n'ai pas ici, pour des raisons esthétiques faciles à comprendre, bien qu'elles soient au deuxième plan, utilisé la méthode que j'ai toujours préconisée pour en avoir obtenu des résultats constants, je veux dire l'ablation en masse comme d'une tumeur, qui évite au patient une période d'élimination interminable et parfois épuisante.

J'ai cherché par d'autres moyens à arriver au même but.

Avant toute action un examen détaillé général du malade doit être pratiqué. C'est se bander les yeux que de rechercher seulement le sucre dans les urines ; il est indispensable d'étudier et d'étudier encore la glycémie avant toute conclusion. Puis, après recherche du réflexe oculo-cardiaque et réalisation de l'équilibre vago-symdathique une anesthésie générale est donnée.

L'éther, le chlorure d'éthyle, le cyclopropane qui s'enflamment, sont ici proscrits et l'on peut choisir le chloroforme vaporisé par la soufflerie du thermocautère, après correcte mise en place d'une sonde de Nélaton dans une narine. On peut aussi utiliser une infiltration intradermique de novocaïne à 2 %, faite à distance et autour du foyer ; mais, elle est douloureuse et ne donne qu'un résultat incomplet. La peau étant désinfectée au goménol, on ponctionne, dans toute son épaisseur, avec la pointe fine du thermocautère le point le plus saillant de la petite tumeur, et par cet orifice, que l'on a soin de ne pas agrandir, on pratique la destruction sous-cutanée au fer rouge des bourbillons. De temps à autre, par une pression légère ou par un petit lavage avec une solution de sulfate de cuivre à 1 ‰ on évacue les sanies. Lorsque la destruction est totale et l'évacuation terminée on lave la poche au bouillon vaccin antistaphylococcique et l'on applique un pansement compressif.

L'évolution est arrêtée immédiatement. Les pansements seront vite réduits à la mise en place d'une gaze tartinée d'une pommade à l'oléate de cuivre, dont mon ami Clément Simon a réalisé une formule parfaite. Les rayons ultra-violets ont toujours un effet heureux sur la cicatrisation. Il va de soi qu'un traitement au vaccin antistaphylococcique sera institué immédiatement. J'ai souvent obtenu de meilleurs résultats avec un vaccin à boire que par la voie parentérale.

Ce traitement n'a pas donné d'échecs et n'a laissé place à aucune complication. Je l'ai vu agir là où d'autres méthodes avaient fait défaut et — chose importante particulièrement chez les femmes — les cicatrices sont à peu près invisibles.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1938) (1)

SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES. — *Rappels de médailles de vermeil :* MM. Mans, Lamy.

Médailles de vermeil : MM. Gréhant, Martial, Cazanove, Gay-Bonnet.

Médailles d'argent : MM. Perrier, Martin, Benech, Forestier, Montus, Drouant, Le Danois, Prunet, Père Cassaigne (Jean), Mme Chauvineau.

Médailles de bronze : MM. Simon, Hanriot, Reilly, Daudé, Blanc, Hauduroy, Funck-Hellet, Bezançon, Le Floch, Lagleize, Coulon, Depierris, Olieux, Navarre, Dupuy, de Marans, Gelin, Bragard.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — *Médailles d'or :* M. le professeur Fabre, de Paris ; M. le docteur Gerst, de Paris ; M. le professeur Piéry, de Lyon ; M. le professeur Giraud, de Montpellier ; M. le docteur Moncorgé, du Mont-Dore ; M. le docteur Cottet, d'Évian.

Médaille de vermeil : M. le docteur Merklen, d'Aix-les-Bains.

Médaille d'argent : M. le docteur Vauthey (fils), de Vichy.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Joyeux, de Bourbonne-les-Bains ; Decaux, de Vittel.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — *Médaille d'or :* Sa Majesté l'Impératrice d'Annam, à Hué, M. le docteur Bonnenfant.

Rappel de médailles de vermeil : MM. les docteurs : Felhoen, à Neuilly-sur-Seine ; Raffali, à Seillans (Var).

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Angelesco, de l'hôpital français de Bucarest ; Aublant, inspecteur d'Hygiène de Seine-et-Oise ; Barbary, inspecteur général de la Protection de l'Enfance ; Florentin, à Eurville (Haute-Marne) ; Garnier (Gabriel), médecin-chef du dispensaire français de Belgrade ; Ionescu, de l'hôpital français de Bucarest ; Leclainche, inspecteur général technique, ministère de la Santé publique ; Lochon, à Thonon (Haute-Savoie) ; Marza (Ch.), médecin de l'hôpital français de Bucarest ; Montagnon, à Saint-Étienne ; Nazarie, de l'hôpital et du dispensaire français de Bucarest ; Passa, médecin général du ministère des Colonies ; Perrière, inspecteur de l'Assistance publique de Meurthe-et-Moselle ; Rauzy, inspecteur général de l'Enfance au ministère de la Santé publique ; Sommelet, du Service de la Protection de l'Enfance, Arc-en-Barrois ; Velciu, médecin-adjoint de l'hôpital français et du dispensaire de puériculture de Bucarest ; Emperanger, inspecteur de l'Assistance publique des Hautes-Pyrénées ; Eynard, inspecteur de l'Assistance publique du Rhône ; Favette, inspecteur de l'Assistance publique du Gard.

Rappels de médailles d'argent : MM. Chauffour, inspecteur de l'Assistance publique d'Indre-et-Loire ; Deprun, inspecteur de l'Assistance publique de Seine-et-Oise ; Gendre, inspecteur de l'Assistance publique de la Gironde ; Montagne, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Marne ; Vaillant, inspecteur d'Hygiène du Pas-de-Calais.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Beaudiment, médecin commandant ; Bellet, Le Havre (Seine-Inférieure) ; Bénard, médecin du Service de la Protection du premier âge du département de la Seine ; Bussière, à Montluçon ; Cathala, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté ; Caussade, Rouen (Seine-Inférieure) ; Champion,

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, no 101, du 17 déc., p. 1633.

Nancy; Christia, Pamiers (Ariège); Cornet, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); Dautheville, Chomerac (Ardèche); David, médecin capitaine, Pa is; Deglaire, à Montgeron (Seine-et-Oise); Demirlau, à Alençon (Orne); Desfarges, à Saint-Yorre (Allier); Dumontheil, Paris; Giraudoux, à Cusset (Allier); Goujon, à Carcassonne (Aude); de Grenier, inspecteur de l'Assistance publique du Tarn; Jolly, aux Sables-d'Olonne (Vendée); Joly, à Mende (Lozère); Laplanche, à Dun-sur-Auron (Cher); Lemesle, de l'Œuvre Grancher, Bléré (Indre-et-Loire); Le Roy, inspecteur des maisons de sevrage à la Préfecture de Police, à Paris; Maret, à Metz (Moselle); Marque, médecin-colonel, à Dakar; Lefèvre, médecin-colonel, Paris; Poirier, de l'Œu re Granche, Coutu e (Loir-et-Cher); Rossi, médecin principal, à Dakar; Schneider, Foug (Meu the-et-Moselle); Trouvé, à Châteaudun (Eure-et-Loir); Violette, inspecteur d'Hygiène des Côtes-du-Nord.

Rappels de médailles de bronze : MM. les docteurs Fuminier, inspecteur d'Hygiène du Lot; Izard, inspecteur d'Hygiène de la Haute-Garonne.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Igonet, inspecteur d'Hygiène de Vaucluse; Basse, inspecteur d'Hygiène des Vosges; Grenouilleau, du Loir-et-Cher; Parade, inspecteur de l'Assistance publique de l'Aude; Albertin, ins ecteur d'Hygiène des Pyrénées-Orientales (Perpignan); Rouyer, inspecteur d'Hygiène de l'Oise; Bréard, à Vannes (Morbihan); Calvet, à Valence (Drôme); Cambon, à Marseille (Bouches-du-Rhône); Chopy, à Nemours (Seine-et-Marne); Gaumet, à Guéret (Creuse); Géant, Noisy-le-Sec; Lassabatie, de Rochefort (Cantal); Lorthalazy, à Chateauneuf (Haute-Vienne); Mary, de Gaillon (Eure); Molly, Bourbonne (Haute-Marne); Perros, à Sens (Yonne); Reboul, à Grasse (Alpes-Maritimes); Robert, à Issoudun (Indre); Sinègre, à Saint-Geniez (Aveyron); Rousseaux, à Verdun (Meuse); Schumacker, Belfort; M. Thiriet, administrateur et secrétaire de la Consultation de nourrissons de Bla nville-sur-l'Eau (Meurthe-et-Moselle).

SERVICE DE LA VACCINE. — *Vaccination anti-variolique.* — L'Académie accorde, pour le Service de la vaccination anti-variolique en 1937 :

Médaille de vermeil : M. Franceschini, à Paris.

Rappels de médailles d'argent : MM. les docteurs Leichnam, à Paris; Meyer, Kaysersberg (Haut-Rhin); Rabant, à Paris; Wallart, à Saint-Louis (Haut-Rhin); M. Clairay, à Paris.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Acheray, à Paris; Beauvy, à Paris; Besson, à Paris; Besson J.-B, à Pari ; Crémieu, à Lyon (Rhône); Depierris, à Bordeaux (Gironde); Doucet, à Paris; Dupuy, à Paris; Finot, à Paris; Gontier, à Paris; Linard, à Rosny-sous-Bois (Seine); Payri, à Narbonne (Aude); Perrier, à Rouen (Seine-Inférieure); Picard, à Paris; Renault, à Paris, Sasportes, à Paris; Soulayroll à Marseille; Louis, à Paris; Mazoyer, à Paris.

Rappels de médailles de bronze: MM. les docteurs Andraud, à Pontgibaud (Puy-de-Dôme); Bloch, à Neuf-Brisach (Haut-Rhin); M. Dang Ngoc Hien, à Phuly (Indochine).

Médailles de bronze: MM. les docteurs Bompart, à Port-de-Bouc (Bouches-du-Rhône); Deleuil, à Salon-de-Provence (Bouches-du-Rhône); Depardieu, à Paris; Dodero, à Hanoï; Dusan, à Marseille (Bouches-du-Rhône); Fajon, à Marseille; Fels, à Turckheim (Haut-Rhin); Gloaguen, à Bossangoa (A. E. F.); Goigoux, à Rochefort-Montagne (Puy-de-Dôme); Laplanche, à Paris; Long, à Auriol (Bouches-du-Rhône); Maltrait, à Arlanc (Puy-de-Dôme); Marx, à Paris; Pourrat, à Cunlhat (Puy-de-Dôme); Quenardel, à Namdinh (Tonkin); Rech, à Marseille; Rio, à la Courneuve (Seine); Tarbouriech, à Tarascon (Bouches-du-Rhône); Thomas, à Manzat (Puy-de-Dôme).

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE. — L'Académie accorde pour le Service de la Vaccination antidiphtérique en 1937 :

Médaille de vermeil: M. le docteur Poncet, à Bourg (Ain).

Rappel de médaille d'argent: MM. les docteurs Mallard, à Dijon (Côte-d'Or); Donato, à Paris.

Médailles d'argent: MM. les docteurs Basse, à Épinal (Vosges); Gauthier, à Roman-sur-Isère (Drôme); Gautreau, à Paris; Roux, à Dijon (Côte-d'Or); Scherb, à Montpellies (Hérault); Mlle Fontaine, à Écouen (Seine-et-Oise); Langlois du Vivray, à Nice (Alpes-Maritimes); Lemétayer, à Garches (Seine-et-Oise); Richou, à Garches (Seine-et-Oise).

Médailles de bronze: MM. les docteurs Bouree, à Câ-htillon (Côte-d'Or); Cavaniol, à Alix (Côte-d'Or); Chauvenet, à Plombières-les-Dijon (Côte-d'Or); Contencin, à Martigues (Bouches-du-Rhône); Detouillon, à Aignay-le-Duc (Côte-d'Or); Florentin, à Norges (Côte-d'Or); Gouilly, à Épinal (Vosges); La lane, à Marignane (Bouches-du-Rhône); Le Pape, à Plogastel-Saint-Germain (Finistère); Poisot, à Beaune (Côte-d'Or); Ponson, à Berre-l'Étang (Bouches-du-Rhône); Renardet, à Dijon (Côte-d'Or); Mme Mas, née Lièvremont, à Paris; Farines, à Marseille (Bouches-du-Rhône); Mlle Mingrat, à Martigues (Bouches-du-Rhône); M. Lucet, à Valognes (Manche).

SOICETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1938

Chimiothérapie expérimentale de la lymphogranulomatose inguinale. (*Maladie de Nicolas-Favre*). M. C. LEVADITI. — Parmi les trois dérivés étudiés du point de vue de leur activité thérapeutique préventive et curative dans la maladie de Nicolas-Favre expérimentale de la souris, seuls l'Uliron et le corps III se sont révélé manifestement efficaces, le second plus que le premier.

Ni l'Uliron, ni la p.aminophénylsulfamide ne paraissent jouir de propriétés virulicides pouvant se manifester *in vitro*.

Le pouvoir antitoxique du glutathion. — MM. Léon BINET et L. PEREL rapportent des faits expérimentaux venant illustrer le pouvoir antitoxique du glutathion. Le vairon, placé dans 100 cc. d'eau distillée dans laquelle on a dissous 0,5 mgr. de venin de cobra, meurt de 1 h. 30 à 3 h. plus tard. Si le venin de cobra a été soumis à l'action du glutathion réduit (30 mgr.), avec un pH variant de 6,8 à 8,4 et à l'étuve à 37 durant 3 heures, le poisson survit.

Le chlorhydrate de cystéine donne des résultats analogues.

Stabilisation et régression de la primo-infection intrapulmonaire expérimentale chez le singe cynocéphale préparé par une souche S de bacille tuberculeux d'origine humaine. — M. P. ARMAND-DELILLE et Mlle O. GYSIN ont préparé des cynocéphales neufs ne présentant pas de réaction de déviation à l'antigène tuberculeux, par des injections intraveineuses de cultures d'une souche S de bacille tuberculeux humain.

Un animal éprouvé trois mois après une injection intrapulmonaire d'un bacille humain virulent tuant le cobaye et le singe en moins de trois mois, ne présente au bout de neuf mois qu'un nodule intra-pulmonaire avec complexe primaire sans aucune lésion de diffusion ou de généralisation. Chez deux autres animaux éprouvés intrapulmonaire et sous-cutané on ne constate de même

qu'une lésion fibro-caséeuse locale sans généralisation également après neuf mois.

Cette souche S présente donc des propriétés prémunisantes efficaces pour le singe.

De l'influence des extraits organiques complexes sur la résistance de l'organisme à l'infection. — MM. G. Lemoine et L. Girard ont montré expérimentalement que les extraits organiques complexes, obtenus par autolyse de levures étaient capables d'augmenter la résistance de lapins à l'infection streptococcique aussi bien à titre curatif que préventif.

De l'influence des extraits d'organes sur l'élaboration des anticorps. — MM. Lemoine et L. Girard. — Les microbes comme le bacille typhique, cultivés sur des milieux renfermant des extraits organiques, comme les extraits de foie et de rate, après avoir été inactivés par la chaleur et injectés à des cobayes, ont développé chez ceux-ci des anticorps agglutinants d'une façon plus précoce et plus intense que chez les témoins

Cholalurie et chlorure, au cours de l'occlusion expérimentale du grêle chez le chien. — MM. J. Caroli, M. Girard et H. Lavergne. — Des occlusions expérimentales ont été pratiquées chez le chien, soit très haut sur le jejunum, soit plus bas sur l'iléon, tantôt par ligature au ruban, tantôt par section complète et suture. La cholurie et la cholalurie sont apparues un phénomène *constant* chez tous les animaux d'expérience ; il est d'autre part *précoce*, survenant le lendemain de l'intervention ; il s'observe aussi bien dans les sténoses complètes que dans les sténoses incomplètes. Il ne dépend pas du siège de l'occlusion. L'élévation de la cholurie et de la cholalémie n'est pas en rapport avec l'importance de l'excrétion pigmentocholique.

Préparation d'un milieu de culture avec des œufs bacillifèr s. Stérilité de ce milieu. — M. Henri Bonnet et Ch Leblois ont cherché à déterminer si, dans les cultures de produits pathologiques sur milieu à l'œuf, la présence, souvent signalée, de colonies de bacilles acido-résistants ayant les caractères de colonies de bacilles aviaires pouvait être due à une contamination du milieu de culture. Pour cela ils ont préparé des tubes de milieux à l'œuf volontairement contaminés par des quantités considérables de bacilles tuberculeux, et constaté qu'après coagulation à l'étuve à 75° pendant deux heures le milieu de culture était régulièrement stérile.

Contribution à l'étude de l'action homopoiétique du zinc de manganèse et du nickel. — M. Polonowski et S. Briskas, après avoir étudié le rôle du cuivre et du fer dans les anémies provoquées chez le jeune rat, démontrent que le zinc seul sous forme de SO^4Zn, n'a aucune action directe sur la formation des hématies ni sur la régénération de l'hémoglobine. Le manganèse, sous forme de Ol^2Nn et le nickel sous forme de Cl^2Ni n'ont également aucune action hémopoiétique chez les jeunes rats rendus anémiques expérimentalement.

Séance du 12 novembre 1938

Désintoxication par les composés sulfhydrilés. — MM. Léon Binet et E. Robillard, rapportent des expériences réalisées sur le gobie et montrent que le venin de cobra perd une partie de sa toxicité à la suite d'un mélange, non seulement avec le glutathion, mais encore avec d'autres composés sulfhydrilés, tels que le thiolactate et le thioglycolate de sodium.

Hormones sexuelles et glutathion tissulaire. — MM. Léon Binet, J. Cauchois et S. Livieratos, après avoir discuté les variations du glutathion chez les animaux mâles et femelles, castrés ou non, attirent l'attention sur une élévation du glutathion notée dans l'utérus chez des cobayes soumis à des injections répétées d'hormone femelle. Ils y voient la preuve biochimique des réactions utérines que déclenche l'injection de folliculine.

Sur le déséquilibre lipidique au cours de certains états morbides. — 1. Em. Revici étudie le rapport entre les douleurs et le pH urinaire chez les cancéreux ; au delà d'un seuil acide urinaire, propre à chaque sujet, un pH abaissé coïncide avec l'intensification des algies. On peut aussi intervenir favorablement dans la production de la douleur qui serait due à un déséquilibre lipidique dans le néoplasme. Les acides gras éthéniques agissent dans ce sens ; le cholestérol en sens opposé. En outre, il montre que le déséquilibre lipidique a une influence sur le métabolisme de l'eau dans les espaces intercellulaires ; la prédominance des acides gras provoque la rétension par la formation d'un œdème alcalin, des phlyctènes, boules, etc., la prédominance du cholestérol, la diurèse. L'hématie jouerait un rôle capital dans la réalisation de l'équilibre entre les acides gras et le cholestérol. L'étude de sa résistance globulaire, fonction de la teneur en cholestérol libre, montre cette faculté de l'hématie, de perdre et récupérer son cholestérol au cours des états pathologiques et in vitro. D'autres processus morbides, différents des néoplasmes, semblent être régis également par un déséquilibre lipidique.

Réaction détectrice d'un déséquilibre cholestérol, acide gras. — M. Em. Revici décrit une réaction colorée qu'on peut produire dans l'urine et qui a pour but de mettre en évidence un déséquilibre cholestérol — acides gras. On peut provoquer l'apparition de cette réaction ou la renforcer si elle préexiste, en administrant aux malades un acide gras éthénique en doses suffisantes. La réaction positive spontanée ou provoquée par les acides gras administrés, peut être négativée par le cholestérol. Elle existe dans tous les états où d'autres tests révèlent un déséquilibre à prédominance d'acides gras.

Sur la localisation chez le Ténébrion, du cysticercoïde de l'Hymenolepis nain des Muridés. M. E. Roman. Des expériences réalisées sur dix *Tenebrio molitor* adultes avec des *anneaux d'Hymenolepis nana (fraterna)* de plusieurs souris blanches des élevages de l'Université de Lyon, ont montré que ce Coléoptère ne présente pas d'infestations intenses par les cysticercoïdes de ce Cestode. Certaines souches sont plus aptes que d'autres a évoluer chez l'hôte invertébré. Les localisations des cysticercoïdes le plus souvent décelées sont, à égalité de fréquence, l'hémocèle abdominal et la musculature du prothorax.

La méthode de l'inhibition spécifique appliquée à la séparation des anticorps antilipoïdiques et antipolyosidiques des sérums antituberculeux. — M. W. Schaefer. La méthode de l'inhibition spécifique par excès d'antigène peut être employée pour la séparation des anticorps d'un sérum polyvalent. On peut séparer ainsi les anticorps antilipoïdiques et les anticorps polyolosidiques contenus dans les sérums antituberculeux.

La floculation dans les mélanges de bouillon tétanique et de sérum spécifique et la mesure de la valeur antigène de la toxine et de l'anatoxine tétanique. — M. G. Ramon. Des sérums antitétaniques ont pu être décelés récemment, qui, dans les conditions exposées, ne donnent pas lieu à l'apparition de ces floculations anormales. Leur utilisation permet donc d'éviter les erreurs qui pouvaient résulter de cette apparition, elle rend également inutile le recours à un procédé graphique de discrimination. Grâce à ces sérums-étalons, la méthode de floculation aboutit maintenant en ce

qui concerne le dosage de l'antigène tétanique (toxine ou anatoxine), à des résultats aussi constants et aussi réguliers que ceux constatés depuis quinze ans dans le dosage de l'antigène diphtérique.

Election. — M. MERKLEN est nommé membre titulaire.

CHRONIQUE

LE DINER DU CINQUANTENAIRE DU « BULLETIN MÉDICAL »

Notre excellent confrère le *Bulletin Médical* a célébré il y a quelques mois le cinquantième anniversaire de sa fondation en publiant un magnifique numéro jubilaire.

La semaine dernière, son directeur, le docteur Clément Simon, assisté du docteur Bonnet-Roy, rédacteur en chef, recevait dans un grand restaurant du Bois de Boulogne, tous les collaborateurs du *Bulletin Médical*, ainsi qu'un grand nombre de confrères et d'amis du journal, parmi lesquels on remarquait à la table d'honneur les présidents de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques et du Syndicat des produits biologiques.

Lorsque les cent cinquante convives eurent cédé aux tentations que leur offrait un menu digne des gastronomes les plus avertis, Clément Simon se leva. Il rappela brièvement la grande histoire de son journal. Né en même temps que l'Institut Pasteur, le *Bulletin Médical*, se fit, sous la direction Grancher et de Lannelongue, le courageux défenseur de Pasteur, alors si injustement attaqué par Peter.

Après avoir évoqué le souvenir des grands collaborateurs disparus, Clément Simon salua le vénéré M. Comby qui, avec M. Achard et M. Mauclaire, reste fidèle à son journal, il remercia les collaborateurs actuels : de Bonnet-Roy à Morin, d'Arnette à Antonin Thiollier, personne ne fut oublié.

Lorsque, longuement applaudi, Clément Simon se rassit, notre directeur, au nom de l'*Association de la Presse médicale française*, apporta au *Bulletin* et à sa rédaction l'expression de la très affectueuse estime de leurs confrères. Enfin le professeur Félix Terrien, au nom des collaborateurs du *Bulletin Médical*, trouva les termes les plus heureux pour féliciter Clément Simon qui a mené et mène si brillamment la barque de son grand et beau journal.

UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR G. MARANON SUR LE LIVRE SCIENTIFIQUE EN ARGENTINE

A l'occasion de l'Exposition du Livre argentin à la Bibliothèque Nationale, le professeur Gregorio Marañon, de Madrid, vient de faire une conférence à l'Institut International de Coopération Intellectuelle au Palais-Royal.

S. E. l'Ambassadeur de la République Argentine présidait la conférence qui avait attiré un public aussi sympathique que nombreux.

Le professeur MARANON, avant de parler de la production scientifique argentine, a tenu, et il l'a fait dans des termes émouvants, à préciser la situation de l'Amérique latine, en face de notre Europe troublée.

L'Amérique latine (l'Argentine en particulier) a-t-il dit, est devenue le refuge des Européens déçus par les événements, meurtris par de douloureuses épreuves. Marañon emploie même une formule très heureuse : l'Amérique latine est « une bouée de sauvetage dans la tempête de la vie ».

Les troubles de l'Europe ont eu pour l'Amérique la valeur d'une expérience dont elle a profité. Parvenue maintenant à sa majorité, l'Amérique se gardera de copier certaines démocraties ou certaines dictatures européennes. Elle se rend compte que nous arrivons à la fin d'une civilisation ou au commencement d'une autre civilisation qui marquera le début d'une nouvelle ère.

Jetant un regard en arrière, Marañon pense que si l'Europe a découvert l'Amérique, celle-ci a appris à l'Europe qu'il existait de vieilles civilisations américaines — précoloniales — et c'est la gloire de l'Espagne d'avoir laissé intactes les civilisations qu'elle a rencontrées.

Actuellement, l'Amérique latine a un grand rôle à remplir. Elle doit dire elle-même ce qu'elle est et ne pas attendre d'être définie par les hommes de lettres voyageurs. C'est là le grand rôle qui sera joué par les livres.

Dans les livres argentins, il faut remarquer la prédominance des livres scientifiques. Cette prédominance répond à la réalité.

Pendant de longues années, la majorité des Argentins ont mené une vie patriarcale. Il existait cependant une culture très ancienne et très noble. Actuellement les trois disciplines qui se partagent la jeunesse sont la médecine, l'histoire et le droit. Le mouvement médical argentin est celui qui se rapproche le plus de nous et M. Marañon note le magnifique essor de la recherche scientifique en Argentine, l'éclosion des laboratoires et la floraison des hôpitaux. Les chercheurs argentins publient de très nombreux et de très beaux ouvrages dans toutes les branches des sciences médicales. M. Marañon remarque la faveur de l'histoire de la médecine qui doit d'ailleurs, à son avis, constituer un des enseignements fondamentaux.

La richesse des publications de tout genre est un des signes de la maturité politique de l'Argentine et de toute l'Amérique latine. Cette maturité, dit en terminant l'orateur, appellera un jour prochain l'Amérique du Sud à jouer un rôle modérateur en Europe pour le plus grand bien de l'humanité.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

La psychiatrie et les sciences de l'homme, par le Dr G. VILLEY. (Essai de syntèse scientifique), Paris, Félix-Alcan, 1938.

Devant la menace grandissante de la vie moderne pour l'intégrité du psychiatre humain, sur laquelle a si justement insisté Carrel, il importe que la psychiâtrie puise dans les autres sciences médicales, une force nouvelle et y trouve de nouveaux éléments de développement.

Pour mieux connaître les diverses modalités d'insuffisance fonctionnelle du système nerveux, la psychiatrie n'a cessé, en ces dernières années, de se rapprocher des autres disciplines médicales dont les méthodes la séparaient autrefois. L'importance de la biologie ne pourra que s'accroître aux yeux du psychiatre sans pourtant l'éloigner de la psychologie dont la psychiatrie n'est à certains égards qu'un cas particulier.

C'est guidé par ces principes qu'en une brève et substantielle étude montre quelles sont les bases et les méthodes propres à la psychiatrie, étude dont le lecteur médical, auquel il s'adresse surtout mais non de façon exclusive, appréciera la clarté et l'originalité.

Ce n'est ni sans fruit ni sans intérêt qu'on lira la réhabilitation de l'empirisme, ancêtre de toute science qui ne fut dédaigné qu'en raison de l'idée fausse qu'il fut longtemps de bon ton de s'en faire.

L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNE ET DIAGNOSTIC DE L'HYDARTHROSE DU GENOU CHEZ L'ADULTE

SIGNES

1) *Signes fonctionnels :*

— Un peu d'impotence du membre.

— Parfois, quelques douleurs disparaissant à la marche.

2) *Signes physiques :*

a) *Inspection*

— Attitude en demi-flexion, rotation externe (capacité maxima de la synoviale).

— Aspect globuleux du genou, avec disparition des saillies et des méplats normaux, saillie des culs-de-sac latéro-rotuliens

— La peau est de coloration normale, simplement tendue.

— Le quadriceps est plus ou moins atrophié.

b) *Palpation.* — Augmentation de la chaleur locale.

Palper les culs-de-sac synoviaux :
Sous-quadricipital,
Latéro-rotuliens,
Interligne tibio-péronier (pouls de la synoviale).
Suivant l'abondance du liquide :

— *Petit épanchement :*
Fluctuation nette.
Choc rotulien recherché sur la jambe en extension, en refoulant des deux mains le liquide sous la rotule.

— *Gros épanchement.*
Sensation de rénitence, disparition du choc rotulien.

c) *Mobilisation.*

— Toujours une certaine limitation des mouvements normaux, portant surtout sur la flexion.

— Parfois, mouvements anormaux :
Mouvements de latéralité.
Mouvements de tiroir.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1) *Affections extra-articulaires :*

— Œdème : peau luisante, signe du godet.

— Bourrelets graisseux pseudo-fluctuants.

— Hygroma pré-rotulien : fluctuation superficielle ; pas de choc rotulien.

— Kyste poplité.

— Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur.

2) *Autres épanchements du genou :*

Pyarthrose : genou chaud, rouge, très douloureux.
En fait, seule la ponction permet d'être affirmatif et d'éliminer un épanchement sanglant ou purulent.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

C'est le temps le plus important et le plus délicat.

1) *Eléments de diagnostic :*

— Le mode de début : aigu, progressif, après un traumatisme.

— Le mode évolutif : rapide, insidieux, à rechutes.

— Les antécédents du malade (syphilis, blennorragie, tuberculose).

— L'examen du liquide (BK, BW).

— L'examen clinique (points douloureux) et radiologique du squelette (clichés face et profil des deux genoux).

2) *Résultats.*

A) *Début brusque.*

1° *Après traumatisme :*

— Fracture de cuisse ou de jambe. Hydarthrose d'autant plus précoce que fracture plus proche de l'interligne.

— Entorse du genou :
Ligaments latéraux (points douloureux).
Ligaments croisés (mouvements de tiroir).

— Lésion des ménisques. Surtout ménisque interne. Après un premier accident, histoire de blocage à répétition, à l'occasion d'un mouvement d'extension brusque. Un point douloureux interne au niveau de l'interligne.

— Corps étranger articulaire. Blocage à répétition ; phénomène de la souris articulaire.

2°) *Sans traumatisme.*

a) Une grosse cause chez l'adulte : *la blennorragie.*

Après une poussée de rhumatisme polyarticulaire, atteignant les petites articulations (temporo-maxillaire, sterno-claviculaire), une monoarthrite d'apparition brusque. Gros genou rouge et douloureux d'arthrite aiguë. Palpation : douleur articulaire et para-articulaire : tendons et ligaments.

Rechercher les antécédents d'uréthrite, le gonocoque au niveau du foyer génital (parfois, cessation de l'écoulement quand apparaît l'arthrite). Pas de gonocoque dans le liquide

b) *Autres causes :*

— Pseudo-rhumatisme infectieux : scarlatin, ourlien.

— Rhumatisme articulaire aigu : polyarthrite mobile, angine, sueurs, peu d'épanchement.

— Réactionnelle : phlébite, ostéomyélite de voisinage.

B) *Hydarthrose chronique.*

En dehors des causes évidentes :
Anasarque rénal ou cardiaque ;
Arthrite tabétique.

Quatre grandes causes :

1° *Gonococcique.* — Allure torpide. Hydarthrose tenace et récidivante. Chez l'adulte, penser systématiquement au gonocoque. Recherche soigneuse des antécédents : uréthrite, même ancienne. Goutte matinale, recherche du gonocoque dans les urines, spermo-culture. Gono-réaction. Preuve souvent difficile à établir.

2° *Syphilitique.* — Hydarthrose bilatérale ou à bascule, peu abondante. Synoviale épaissie, irrégulière (plaques de blindage). Indolente et intermittente. Faire le BW dans le sang et dans le liquide de ponction, et, en cas de doute, l'épreuve du traitement spécifique.

3° *Tuberculeuse.* — Forme bien spéciale à l'adulte. Chronique, disparaissant au repos, reparaissant au premier lever. Rechercher :

— Les points douloureux osseux (externe sur le fémur, interne sur le tibia).

— Une adénopathie unilatérale à la racine du membre.

— Le BK dans le liquide, faire une inoculation au cobaye. Cette hydarthrose peut d'ailleurs évoluer par la suite comme une tumeur blanche typique.

4° *Traumatique.* — Petit traumatisme ancien, oublié, avec lésion méniscale ou ligamentaire. Pas d'histoire de blocage ni d'entorse, mais une hydarthrose indolente et récidivante qui peut faire errer longtemps le diagnostic.

PIERRE SAGAUT.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

N° 103. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1938. 111e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Mutations dans le personnel médical à la date du 26 décembre 1938.*

Médecins.

1° *A l'hospice de la Salpêtrière: a)* (dédoublement de l'ancien service de M. Crouzon, décédé) M. Faure-Beaulieu, de l'hôpital Saint-Antoine, et M. Lévy-Valensi, de l'Hôtel-Dieu ; *b)* (remplacement de M. Etienne Bernard) M. Levesque, de l'Institution Sainte-Périne.

2° *A l'hôpital Laënnec* (en remplacement de M. Troisier, nommé professeur de clinique de la tuberculose) M. Pruvost, de l'hôpital Tenon.

3° *A l'Hôtel-Dieu: a)* remplacement de M. Lévy-Valensi) M. Henri Bénard, de l'Hôtel-Dieu (mutation intérieure) ; *b)* (remplacement de M. Henri Bénard) M. Bariéty, médecin des hôpitaux faisant fonctions de médecin chef de service.

4° *A l'hôpital Tenon:* (remplacement de M. Pruvost) M. Etienne Bernard ; (remplacement de M. P.-E. Weil, atteint par la limite d'âge) M. Carrié, de l'hospice d'Ivry.

5° *A l'hôpital Lariboisière: a)* (remplacement de M. Herscher, atteint par la limite d'âge) M. Nicaud, de l'hôpital Lariboisière (mutation intérieure) ; *b)* (remplacement de M. Nicaud) M. Decourt, de l'hôpital Lariboisière (mutation intérieure) ; *c)* (remplacement de M. Decourt) M. Delay, médecin des hôpitaux faisant fonctions de médecin chef de service.

6° *A l'hôpital Saint-Antoine: a)* (remplacement de M. Faure-Beaulieu) M. Boulin, de l'hôpital Saint-Antoine (mutation intérieure) ; *b)* (remplacement de M. Boulin) M. Debray, de l'hospice Debrousse ; *c)* (remplacement de M. Pagniez, atteint par la limite d'âge) M. Mouquin, de la Maison municipale de Santé.

7° *A l'hospice d'Ivry:* (remplacement de M. Carrié) M. Coste, de l'hôpital Broussais.

8° *A l'hospice Debrousse:* (remplacement de M. Debray) M. Garcin, *titularisé.*

9° *A la Maison municipale de Santé:* (remplacement de M. Mouquin) Mme Fontaine née Bertrand, *titularisée.*

10° *A l'hôpital Broussais :* (remplacement de M. Coste) M. Benda, médecin des hôpitaux (faisant fonctions de médecin chef de service).

11° *A l'Institution Sainte-Périne :* (remplacement de M. Levesque) M. Cachera, médecin des hôpitaux (faisant fonctions de médecin chef de service).

Consultations de médecine.

1° *A l'hôpital Broussais :* (remplacement de Mme Fontaine née Bertrand) M. Justin-Besançon, médecin des hôpitaux).

2° *A l'hôpital Bichat :* (remplacement de M. Garcin) M. Worms, médecin des hôpitaux.

3° *A l'hôpital Broca :* (consultation antivénérienne) (remplacement de M. Benda) M. Kaplan, médecin des hôpitaux.

Oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.

1° *A l'hôpital Broussais :* (dès l'ouverture du service d'oto-rhino-laryngologie) M. Chatellier, *titularisé.*

2° *A l'hôpital Bichat :* (dès l'ouverture du service d'oto-rhino-laryngologie) M. Leroux, *titularisé.*

3° *A l'hôpital Ambroise-Paré :* (dès l'affectation de M. Leroux à l'hôpital Bichat) M. Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

4° *A l'hôpital Claude-Bernard :* (dès l'affectation de M. Chatellier à l'hôpital Broussais) M. Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

5° *A l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches :* M. Huet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Ophtalmologistes des hôpitaux.

1° *A l'hôpital Bichat :* (dès l'ouverture du service d'ophtalmologie) M. Prelat, *titularisé.*

2° *A l'hôpital Broussais :* (dès l'ouverture du service d'ophtalmologgie) M. Hartmann, *titularisé.*

3° *A l'hôpital Cochin :* (dès l'affectation à l'hôpital Bichat de M. Prelat) M. Favory, ophtalmologiste des hôpitaux.

4° *A l'hôpital Ambroise-Paré :* (dès l'affectation à l'hôpital Broussais de M. Hartmann) M. Parfonry, ophtalmologiste des hôpitaux.

5° *A l'hôpital Trousseau :* (dès l'affectation à l'hôpital Cochin de M. Prelat) M. Dollfus, ophtalmologiste des hôpitaux.

6° *A l'hospice de Bicêtre :* (dès l'affectation à l'hôpital Ambroise-Paré de M. Parfonry) M. Hudelo, ophtalmologiste des hôpitaux.

Stomatologistes des hôpitaux.

1° *A la Policlinique du boulevard Ney :* (en remplacement de M. Raison) M. Fleury, *titularisé.*

2° *A l'hôpital Boucicaut :* (en remplacement de M. Fargin-Fayolle, atteint par la limite d'âge) M. Houzeau, *titularisé.*

3° *A l'hôpital Cochin :* (en remplacement de M. Gérard-Maurel) M. Raison.

4° *A l'hôpital Hérold :* (en remplacement de M. Ruppe) M. Lacaisse, *titularisé.*

5° *A l'Hôtel-Dieu :* (en remplacement de M. Béliard, atteint par la limite d'âge) M. Ruppe.

6° *A l'hôpital de la Pitié :* (en remplacement de M. Bozo, atteint par la limite d'âge) M. Gérard-Maurel.

Chirurgiens.

1° *A l'hôpital Cochin :* (en remplacement de M. le professeur Marion, atteint par la limite d'âge et par suite du transfert de la chaire d'urologie de l'hôpital Necker à l'hôpital Cochin) M. Chevassu, nommé professeur de clinique urologique.

2° *A l'hôpital Necker :* (en remplacement numérique de M. le professeur Marion, atteint par la limite d'âge) M. Gouverneur, de l'hôpital Saint-Louis.

3° *A l'hôpital Lariboisière :* (en remplacement de M. Heitz-Boyer, atteint par la limite d'âge) M. Fey. *titularisé.*

4° *A l'hôpital Saint-Louis :* (en remplacement de M. Gouverneur) M. Michon (Louis), *titularisé.*

Consultations de chirurgie.

1° *A l'hôpital Saint-Louis :* (en remplacement de M. Bloch René) M. Chifoliau, chirurgien des hôpitaux, chargé antérieurement de la consultation de chirurgie de l'hôpital Bichat.

2° *A l'hôpital Bichat :* (en remplacement de M. Chifoliau) M. Bloch (René), chirurgien des hôpitaux chargé antérieurement de la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1939, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du Prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de Santé) le 14 mars 1939, au plus tard. Les mémoires destinés à être présentés pour le Concours des Prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le Prix Civiale.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Wolff, agrégé, chef des travaux de chimie médicale, est pérennisé.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Stolz, ancien professeur de clinique chirurgicale, est nommé professeur honoraire.

— La chaire de clinique chirurgicale B est déclarée vacante.

École de médecine d'Amiens. — Mlle le docteur Bérengère Briolet est instituée professeur suppléant de pharmacie en matières médicales.

École de médecine de Grenoble. — M. Lestra, professeur d'histoire naturelle est transféré dans la chaire de chimie et toxicologie en remplacement de M. Martin, retraité.

M. Carraz, professeur suppléant, est chargé du cours d'histoire naturelle.

École de médecine de Poitiers. — M. Michon, licencié ès sciences, est institué professeur suppléant d'histoire naturelle.

École de médecine de Reims. — M. Leulier est institué professeur suppléant de chimie et chargé du cours de toxicologie et des travaux pratiques de chimie (pharmacie).

Le docteur Marq est chargé du cours de matière médicale.

Légion d'honneur. — MARINE. — *Commandeur :* M. le médecin général Candiotti.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Officiers :* MM. les docteurs Aimard et Binet (de Vichy), Boudy, Dubar et Ruand (de Paris).

Chevaliers : MM. les docteurs Basse (d'Epinal), Crémieux (de Versailles), Maury (de Florac), Richaud (de Buignéville).

Mme Léon Pissard, née Meuriot, présidente générale adjointe de l'Union des Femmes de France (à Paris).

*

Xe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

(27-30 octobre 1938)

Le Xe Congrès des pédiatres de langue française s'est ouvert le jeudi 27 octobre 1938 à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la présidence de M. Jules Renault, membre de l'Académie de médecine « M. le Dr Maurice Lamy, secrétaire général ; le Dr Alfred Cayla, trésorier. De nombreux congressistes y étaient venus, et les nations suivantes y étaient représentée : Belgique, Italie, Pologne, Roumanie, Suisse, Etats-Unis d'Amérique, par les professeurs Pechni, Michailovicz, Fanconi, de Toni, Fornara, Guest.

En présence du doyen Tiffeneau et du professeur Bezançon, président de l'Académie de médecine, le Congrès fut ouvert. Un hommage fut rendu à la mémoire du professeur d'Astros (de Marseille), du Dr Zuber (Paris) et du professeur Leenhardt (de Montpellier).

Le prochain Congrès, qui devait se tenir à Montpellier, est fixé, en 1940, à Lyon, sous la présidence des professeurs Péhu et Mouriquand. Les questions seront publiées ultérieurement.

L'Association a mis à l'étude la création d'un secrétariat permanent des Congrès des pédiatres de langue française.

Première question

Les anémies graves de l'enfance.

Mlle Louise Weill (Lyon), *rapporteur*, limite son exposé aux points actuellement en discussion, définit les termes d'anémie, de gravité, et les classe en formes hématologiques (simples, moyennes et graves), celles-ci concernent l'anémie pernicieuse dans ses divers types, et surtout l'anémie pseudoleucémique de von Jacksch, Hayem et Luzet.

Les difficultés concernent le diagnostic, le pronostic et le traitement. La classification est malaisée en raison des terminologies variables conduisant à des divergences apparentes basées sur ces appellations.

La seule anémie von Jacksch, Hayem et Luzet est connue sous huit noms différents.

Pour le pronostic, l'évolution est parfois, malgré la précision de l'hématologie, difficile à présumer.

Ce sont ici les causes qu'il importe de démasquer derrière les syndromes sanguins similaires ou variables.

1° Anémies par hémorragies ;

2° Anémies infectieuses variées ;

3° Le rôle de la syphilis est à souligner ;

4° Celui de la tuberculose est moindre, mais existe ;

5° D'autres infections locales : pyélonéphrites ;

6° Les parasitoses ;

7° Les toxiques (arsénobenzènes et autres).

Les leishmanioses voient leur domaine s'étendre ; le paludisme, les ascaris jouent aussi un rôle.

Les anémies digestives existent et préparent le terrain éventuellement aux anémies graves.

Les anémies alimentaires relèvent de causes diverses, elles ont été étudiées expérimentalement chez l'animal.

Les fautes nombreuses de diététique créent souvent l'anémie.

L'étude des anémies chez les jeûneurs est intéressante ; les résultats sanguins, variables au début, aboutissent ensuite à une anémie intense et durable associée à une hydrémie, souvent passagère. L'atteinte du globule rouge est tenace et prolongée, des semaines et parfois des mois.

Toute carence, tout déséquilibre alimentaire peut être facteur d'anémie (oligosidérémie, chlorose infantile, anémies par carence des aliments hautement stérilisés).

En France, on incrimine surtout la carence en fer, qui est aussi l'agent de la guérison. La thèse classique de Leenhardt en expose le tableau.

On a classé les anémies par carence :

Ces carences peuvent être inapparentes et précipitées par un facteur morbide accidentel.

Ces anémies par carence, sensibles aux jus de fruits frais, sont rebelles à la médication ferrique.

Il faut connaître aussi les anémies tenaces post-scorbutiques (Nobécourt-Tixier) étudiées expérimentalement par Mouriquand et Bernheim.

L'anémie du rachitisme, très répandue, reste longtemps plus ou moins marquée. On se demande si elle dépend de la carence en vitamine D ; en fait, il semble qu'elle évolue à côté du rachitisme, mais indépendamment de lui. Les rayons actiniques ne la modifient pas, mais les autres méthodes hygiéniques sont plus actives. L'anémie serait un effet de la cause qui a engendré le rachitisme.

Dans les anémies digestives, on doit retenir celle qu'engendre le lait de chèvre donné exclusivement (Scheltema) et qui guérit par la suppression de cet aliment. Le facteur essentiel est difficile à dégager (substances grasses du lait de chèvre ? troubles par avitaminose ?).

Mlle L. Weill a reproduit expérimentalement les traits essentiels de cette anémie. Les anémies des maladies du sang, de la rate, des maladies osseuses sont à reconnaître.

Restent les anémies dites cryptogénétiques, liées à des facteurs qui échappent, isolés, associés ou successifs. Ces faits, rebelles souvent aux thérapeutiques usuelles, sont d'interprétation difficile, l'évolution de l'anémie peut se poursuivre alors que les causes en ont été combattues avec succès.

Il faut faire intervenir ici un *facteur constitutionnel*, chez certains enfants alimentés, par exemple, au lait de vache, possesseurs d'une certaine « hémolabilité », méiopragie myéloïde se transmettant par l'hérédité. On en revient à la question de terrain en hématologie, tare héréditairement transmise paraissant obéir aux lois de Mendel.

Les érythroblastoses seraient une maladie par développement imparfait du système hématopoiétique, ou, au contraire, la résultante d'une déglobulisation contemporaine de la naissance. Certains cas sont ethniques (Grecs, Syriens, nègres ou mulâtres).

Ce groupe des maladies à facteur constitutionnel a pour caractère d'être familial et ethnique, mais la cause première en reste ignorée.

Mlle Weill a recherché le rôle de l'état de la mère lors de la gestation, il semble jouer un rôle, créant un terrain particulier. Ces recherches expérimentales ont permis, chez le cobaye, de créer une dystrophie mise en évidence par le régime scorbutigène.

Ces faits appellent d'autres recherches, afin d'élucider les trop nombreuses obscurités qui règnent encore dans le domaine des anémies.

Discussion.

MM. Grenet et Isaac Georges (Paris). — La clinique courante montre les divers types hématologiques servant à classer les anémies. Les auteurs pensent que le sang peut réagir différemment en présence d'une même cause, les intoxications par l'or, le benzol l'établissent. Une leucémie peut être momentanément masquée par le tableau d'une anémie avec leucopénie. Certains enfants n'ont dans le sang aucune cellule anormale, c'est seule la ponction de la moelle qui met en évidence une « cryptoleucémie ».

Cliniquement, le début est marqué par une anémie subfébrile d'abord, et, après quelques jours ou peu de semaines, une leucémie typique évolue. Ce cadre de cryptoleucémie

paraît devoir englober un nombre croissant de faits jusqu'ici diversement classés.

Restent les érythroblastoses, maladies familiales, échappant à une étiologie appréciable. Elles ne seraient pas le fait d'une altération définitive du globule rouge, mais d'un trouble passager de l'hématopoièse.

Trois maladies dépendent d'une hématie congénitalement mal formée : ce sont la maladie hémolytique, l'anémie érythroblastique type Cooley, et l'anémie à cellules falciformes. Pour les auteurs, l'hémogramme n'est plus à la base de la classification des anémies, c'est le reflet des choses, le myélogramme seul montre l'état réel des organes hématopoiétiques.

M. Maurice Lamy, après avoir souligné l'intérêt du rapport présenté et la richesse de sa documentation, indique un certain nombre de points sur lesquels, d'accord avec le professeur Robert Debré, il croit devoir faire des réserves : l'emploi du terme d'anémie pernicieuse, la division des anémies en formes plastiques et aplastiques, l'autonomie de l'anémie de von Jacksch-Luzet, enfin la classification des anémies d'origine congénitale.

Le terme d'anémie pernicieuse doit être réservé à un synprome dont les éléments essentiels sont les suivants : anémie profonde et progressive, hyperchromie, mégalocytose, mégaloblastose, curabilité sous l'influence de l'hépatothérapie. L'existence d'une telle entité morbide dans le premier âge est douteuse.

Il n'est pas légitime de classer les anémies en formes plastiques et aplastiques si l'on n'a pas vérifié par la ponction osseuse l'état de la moelle. Les anémies dites aplastiques englobent, en réalité, deux groupes de faits : d'une part les syndromes de destruction médullaire, les myélotoxicoses, exceptionnelles dans la première enfance, et, d'autre part, les leucoses aleucémiques qui, elles, sont relativement fréquentes dans le premier âge et se cachent très souvent sous le masque d'une anémie grave, éventuellement associée à la granulocytopénie et au purpura.

Le syndrome de von Jacksch-Luzet ne mérite pas d'être élevé au rang d'une maladie véritable. Ce qui le caractérise, c'est une hyperplasie importante et une suractivité fonctionnelle remarquable des organes hématopoiétiques, mais il ne semble pas que les facteurs étiologiques que l'on retrouve à son origine soient différents de ceux qui réalisent des anémies simples. Il paraît s'agir d'une réaction de défense non spécifique, mais particulière à la première enfance et qu'un organisme jeune est seul capable d'opposer à des agressions infectieuses ou toxiques variées, ou encore à des carences diverses. Il est, en tout cas, d'un intérêt essentiel de distinguer l'anémie de von Jacksch-Luzet d'une leucose, ce que l'étude du myélogramme permet de faire d'une façon formelle.

Enfin, dans le cadre des anémies d'origine congénitale, il faut distinguer deux groupes morbides. Dans le premier entrent l'anémie grave du nouveau-né, l'ictère grave familial et l'anasarque fœto-placentaire type Schridde. Il semble bien qu'il s'agisse ici d'un trouble passager de l'hématopoièse qui n'est pas lié à une malformation constitutionnelle du globule rouge, puisque les sujets qui en ont été atteints et qui ont guéri, par exemple sous l'influence des transfusions, se développent ultérieurement sans aucun trouble. L'autre groupe morbide rassemble la maladie hémolytique, l'anémie à hématies falciformes et l'anémie érythroblastique de Cooley. Différant les unes des autres par leur symptomatologie clinique et hématologique, par leur évolution, par leur gravité et aussi par le terrain sur lequel elles évoluent, ces trois maladies relèvent d'une pathogénie commune. Elles sont liées à une anomalie constitutionnelle et familiale du globule rouge, qui est la conséquence de la mutation d'un « gène » chromosomique et se transmet héréditairement en suivant les lois mendeliennes.

P.-P. Lévy (Paris), à propos des érythroblastoses, rappelle que l'existence d'hématies nucléées n'est pas toujours vérifiée dans l'ictère grave congénital. Ce n'est qu'un symptôme, non la cause de la maladie ; il ne faut donc pas nommer certains syndromes graves du nouveau-né du nom d'érythroblastoses (ictère grave, anasarque du nouveau-né).

M. le professeur Wallgreen (Göteborg) rappelle l'influence des facteurs extérieurs, des agents physiques au moment de la naissance, les données hématologiques ne valent qu'en dehors des valeurs limitées qu'on peut noter à l'état normal. Chez les prématurés, ces facteurs sont plus agressifs ; l'état de santé des enfants, le mode d'élevage sont autant de facteurs de prédisposition aux anémies.

M. le docteur Péhu (Lyon) estime que la valeur de l'érythroblastose se réduit à celle d'un symptôme, inconstant parfois, d'une manifestation seconde.

Dans la deuxième enfance, les rappels de la vie fœtale et embryonnaire sont encore possibles.

M. Péhu insiste sur la valeur de la présence du mégaloblaste sur lequel insistait Nægeli.

M. le professeur Marfan (Paris) demande que le rachitisme soit ajouté aux états où des altérations de sang s'associent à celles des organes hématopoiétiques.

Communications.

Le rôle hémopoiétique du cuivre ; sa valeur thérapeutique dans les anémies du nourrisson. — E. Lesné et S. Briskas.

Professeur Fanconi (Zurich). — L'auteur étudie **l'hémolyse dans les anémies.**

M. Comby (Paris) signale que **l'anémie du lait de chèvre** est pratiquement inconnue des médecins français, il en a observé un cas, où la rate était énorme, l'enfant était traité pour une syphilis sans aucun résultat, or la suppression du lait de chèvre guérit complètement cette anémie, dont un second cas analogue survînt également et guérit par le changement du régime.

Au point de vue pratique M. Comby condamne l'alimentation par le lait de chèvre, facteur d'anémie.

L'anémie du kala-azar chez le nourrisson. — M. Paul Giraud (Marseille).

La ponction osseuse dans le premier âge. — MM. Maurice Lamy, Georges Sée, Paul Chiche et Mlle C. Montefiore.

Sur les leucocytes du sang dans les anémies graves des petits enfants. — M. P. Nobécourt.

Deuxième question.

Syndrome malin et toxi-infections.

M. R.-A. Marquezy (*rapporteur*).

L'auteur rappelle les caractères de la malignité dans les grandes maladies médicales ou chirurgicales : diphtérie décrite par le professeur Marfan ; syndromes malins de Hutinel ; syndrome pâleur-hypertheremie du professeur Ombrédanne.

Le jeune âge des enfants est une des conditions habituelles de cette malignité, surtout chez les nourrissons, dont l'étude se fonde sur les remarquables travaux expérimentaux des docteurs James, Reilly. Pour Hutinel, il n'existait pas de critérium anatomique prépondérant.

Dans 62 cas de syndrome malin, l'auteur a pu édifier un syndrome anatomo-pathologique (hyperémie des viscères, des surrénales, sans prépondérance sur les autres organes, aspect cellulaire des tissus périviscéraux digestifs surtout, particulier. La tuméfaction du tissu lymphoïde est manifeste (mésentérique surtout, pelvienne, médiastinale, ganglions et follicules clos ; plaques de Peyer).

Sur les vaisseaux, hyperémie active ou suffusions, infarctus même sur le système réticulaire, cellules de Kupfer du foie, gonglions, rate. Mêmes lésions quels que soient l'âge ou la cause du mal. Myocardite, néphrite, broncho-pneumonie s'observent beaucoup plus inconstamment, et plus chez les adultes, dans des formes à évolution prolongée.

Aux surrénales, jamais de lésions de nécrose dégénérative.

Donc : 1° hyperémie des viscères ; 2° réaction des tissus lymphoïdes ; 3° atteinte du tissu réticulo-endothélial.

Lésions très importantes du système nerveux : piqueté hémorragique, œdème périvasculaire, tissulaire, d'où un aspect « troué » des coupes, pas d'infiltration intracellulaire.

Prédominance à la corticalite et dans la substance grise périventriculaire.

Hémorragies macroscopiques étendues des splanchniques, du sympathique, œdèmes du périnèvre, des gaines de Schwann s'opposant à la rareté des altérations des cellules nerveuses elles-mêmes.

Quelle que soit l'étiologie, on note : identité des lésions.

Rilliet et Barthez avaient relevé ces mêmes localisations dans les grandes maladies. Jaccoud, Sanné, Sevestre et Martin également.

Depuis longtemps, on pressent que les réactions vago-sympathiques éclairent la pathogénie du syndrome malin.

Les travaux de Reilly pénètrent plus avant dans le mécanisme des accidents.

Il a procédé par injections au contact des nerfs splanchniques, reproduisant les lésions de la fièvre typhoïde, avec des toxines variées, des corps chimiques ou une simple irritation mécanique. Ces irritations en divers points du système nerveux et même dans le tissu lympathique montrent le rôle du tissu neurolymphatique dans la pathogénie de ces accidents.

La critique des théories pathogéniques conduit l'auteur à restreindre l'importance du *facteur cardiaque*, sauf des troubles de la conductibilité.

La *théorie surrénale* est discutable du fait de la rareté d'hémorragies macroscopiques, de l'absence de lésions surrénales, sauf la congestion banale observée dans d'autres états en dehors de tout syndrome malin. Expérimentalement, malgré la double capsulectomie, l'excitation vago-sympathique reproduit le même syndrome.

L'*insuffisance rénale* étudiée par Chalier dans le syndrome malin ne peut être admise sans réserves.

Restent les *théories nerveuses* ; les lésions centrales souvent invoquées sont inconstantes. Le professeur Guillain et Guy Laroche ont incriminé l'atteinte fonctionnelle nerveuse, sans lésions. M. Comby a mis en valeur des altérations dues aux encéphalites infectieuses. Pour l'auteur, il s'agit de lésions vasculaires par perturbation du système sympathique.

L'insuffisance de ces diverses théories a conduit à soutenir l'idée d'une *atteinte neuro-végétative*. Les expériences de J. Reilly lui donnent une base objective. L'âge imprime à la symptomatologie des variations individuelles : fréquence ou non des convulsions, de la fièvre et des divers signes, dont l'auteur fait un exposé physiopathologique détaillé, montrant ainsi le mécanisme de la mort dans le syndrome malin, l'hypothèse d'un *terrain* peut légitimement être soulevée ; on peut aussi évoquer le rapprochement et la superposition entre les éléments de la malignité et ceux du choc anaphylactique.

Discussion.

Le professeur LEREBOULLET (Paris) rend hommage au rapport de M. Marquézy et évoque le souvenir du professeur Hutinel et de son bel ouvrage sur le syndrome malin qu'il a rapproché de l'anaphylaxie.

Le professeur Lereboullet a montré l'intérêt de l'opothérapie surrénale, mais, pour lui, le rôle de la surrénale n'a jamais été exclusif, le rein tient aussi parfois sa place dans les accidents. Il faut peut-être réserver un peu l'avenir sur le fait que la notion de l'agent causal, à côté du terrain et du rôle du sympathique, peut avoir une action propre ; les épidémies de diphtérie, de scarlatine maligne tendent à le prouver. On ne saurait négliger l'action de l'opothérapie surrénale, des toni-cardiaques (ouabaïne intraveineuse) et de la strychnine.

Le docteur COMBY (de Paris) relève des points de contact entre le syndrome malin et les encéphalites aiguës post-infectieuses des maladies de l'enfance.

Les séquelles de ces encéphalites prouvent l'atteinte organique du névraxe ; le syndrome malin tue presque toujours, aucune séquelle ne peut être suivie.

M. LESNÉ (Paris). — Certains signes humoraux au cours du syndrome malin ont une valeur pronostique indiscutable lorsqu'ils sont associés ; avec l'azotémie, on trouve non seulement une diminution du cholestérol sanguin, mais aussi celle du phosphore inorganique comme je l'ai noté avec M. Briskas. Les manifestations du syndrome malin, tant cliniques qu'anatomiques, sont identiques à celles de l'anaphylaxie expérimentale aiguë telles qu'elles ont été décrites par Charles Richet : la mort, disait-il, se produit comme s'il s'agissait d'un poison du système nerveux.

J'ai signalé, avec Lucien Dreyfus, que l'anesthésie des animaux sensibilisés empêchait le choc anaphylactique ; de même, dans les expériences de M. Marquézy et de Mlle Ladet, elle empêche les effets néfastes de l'irritation ou du traumatisme du système sympathique. Une modification du terrain peut donc supprimer l'intolérance du sujet. Les eczémateux et les asthmatiques sont incontestablement prédisposés aux accidents sériques et aux chocs colloïdoclasiques ; il n'est pas étonnant que ces sujets, ou d'autres dont nous ne soupçonnons souvent ni la tolérance ni la sensibilité, réalisent un dérèglement neuro-végétatif en présence d'une infection, d'une intoxication ou d'un simple traumatisme.

M. le professeur agrégé Jean CATHALA (Paris) rappelle les beaux travaux de J. Reilly. Il pose la question de savoir de qui agit comme agent déchaînant ; il marque la différence entre le « syndrome malin » et les « formes malignes » des maladies infectieuses. Ces dernières se font lentement et progressivement, alors que le syndrome malin démasque brutalement un facteur de gravité en général inattendu.

Il existe donc des « formes malignes du germe » et des « réponses malignes » ou allergiques d'une maladie tenant à l'individu : scarlatine, diphtérie, typhoïde, grippe en offrent des exemples. La qualité de la population atteinte intervient aussi. Un germe malin peut être neutralisé par un sérum spécifique ; un syndrome malin appelle une thérapeutique orientée non contre la cause, mais contre le mécanisme.

Les formes malignes, lorsqu'elles guérissent, laissent souvent pour longtemps les malades fragiles ; ceux qui brutalement subissent un choc morbide s'en dégagent également vite, et l'avenir est beaucoup plus rassurant.

Il faut, tout en admirant l'effort d'unification tenté avec succès dans le rapport, s'efforcer, par une analyse de chaque cas, de dégager les faits qui s'éloignent de ce syndrome malin dont la délimitation a bénéficié de ces recherches.

M. le professeur MICHAILOWICZ (Varsovie) aborde la question de l'entérite et de la colite, facteur d'atteinte neuro-végétative chez l'enfant, élément souvent capital, parfois décisif dans l'évolution morbide des cas graves.

M. le docteur Ed. PICHON (Paris) atteste que chaque cas doit être étudié pour lui-même, mais retient des idées de rapport, la valeur des réactions neuro-splanchniques ou végétatives dans des maladies, et aussi dans des syndromes qui n'ont rien d'infectieux, tel l'eczéma du nourrisson. L'auteur rappelle qu'avec Duvoir, à propos de rhumatisme, il a mis en valeur l'importance d'un processus « hyperergique », que l'affection soit infectieuse, parasitaire ou relève d'une autre cause non encore identifiée.

La classification des maladies d'après le mode d'évolution morbide aurait l'intérêt de mieux fixer le pronostic et la thérapeutique.

M. le professeur WALLGREN (Göteburg) estime que le syndrome malin peut aussi évoluer sous un type atténué dont il envisage les caractères et le terrain (asthme, eczéma), les enfants « sensibles » sont plus atteints que les autres dans les maladies allergiques. La transition de ces états avec les formes normales des maladies est souvent indécise.

Le docteur WORINGER (Strasbourg) pense que le « syndrome malin » varie dans les diverses maladies, et que la notion de la spécificité donne sa marque au syndrome malin dans chaque cas. Il s'attache au syndrome malin dans l'eczéma du nourrisson. Divers auteurs ont vu des lésions diffuses et dégénératives de la fibre cardiaque. Le rapprochement avec le choc anaphylactique est souvent évoqué ; pour l'auteur, il s'agit d'une sursensibilité spécifique à l'égard d'une substance donnée. Les accidents observés : cris, congestion de la face, prurit, urticaire rapide et collapsus cardio-vasculaire, stertor perte de connaissance, le tout durant quelques minutes, action remarquable de l'adrénaline sont les signes d'un syndrome anaphylactique.

Celui-ci diffère des caractères de la mort du nourrisson eczémateux : pas d'urticaire, évolution non en quelques minutes, mais en plusieurs heures...

M. Woringer admet l'origine infectieuse du syndrome malin dans l'eczéma du nourrisson.

Ces infections hospitalières surtout, ne sont pas rares, sans du reste qu'il soit nécessaire que le microbe passe dans le sang ; les résorptions cutanées de toxines suffisent à expliquer les accidents.

La prophylaxie consiste dans l'asepsie du tégument des nourrissons eczémateux.

M. FANCONI (Zurich) montre la valeur du manque de sel, facteur de malignité chez certains enfants, mais non dans tous les cas. Mais, le métabolisme du sel dépendant du système neuro-végétatif, il peut exister un lien entre les divers ordres de faits.

M. le professeur TAILLENS (Lausanne) rappelle les formes cliniques, malignes des maladies et incrimine aussi une réponse du système nerveux central.

La conception actuelle, basée sur l'expérimentation, est peut-être par trop analytique. Nos conclusions ne doivent jamais être formelles ; les expériences, bases du rapport, doivent aussi inciter à la prudence thérapeutique.

M. MARQUÉZY, rapporteur, répond aux orateurs. Il précise qu'il a voulu surtout s'intéresser au mécanisme physio-pathologique du syndrome malin.

Il en a étudié les formes mortelles, mais nombre de cas aussi ont guéri. Il reconnaît le rôle des surrénales, celui de la toxine, celui du terrain.

Il distingue aussi nettement le syndrome malin et les encéphalites post-infectieuses.

La thérapeutique a pour limites l'état d'irréversibilité des lésions qui, trop souvent, est réalisé.

L'influence de l'anesthésie joue pour le syndrome malin comme pour l'anaphylaxie.

Le choléra infantile, lui aussi, est une forme de la malignité à forme neuro-végétative prédominante sur les organes digestifs.

L'inflammation est d'une notion ancienne, c'est le rôle des troubles neuro-végétatifs à l'origine du syndrome malin qui est le fait mis en évidence par les recherches modernes.

Les troubles du métabolisme du sel rentrent dans les influences qui peuvent traduire l'atteinte du système neuro-végétatif.

L'irritation locale, la piqûre aseptique agissent plus nettement sur les splanchniques que la section même du splanchnique. La notion des fièvres aseptiques montre les variétés nombreuses des agents étiologiques. En terminant, M. Marquézy tient à associer Mlle Ladet aux témoignages qui ont marqué ces séances.

Communications.

Syndrome malin de la diphtérie guéri après traitement par un extrait cortico-surrénal. — MM. Robert CLÉMENT, P. AUZÉPY et P. MARTROU rapportent l'observation d'un cas de syndrome malin de la diphtérie survenu au quarantième jour de la maladie et traité sans succès par les thérapeutiques usuelles : adrénaline, extraits surrénaux totaux, ouabaïne, strychnine à hautes doses... Une amélioration très rapide suivit l'injection d'un extrait cortico-surrénal actif dont il fut administré 12 cm^3 en cinq jours, correspondant à environ 300 grammes de glande fraîche.

TROISIÈME QUESTION.

Le mégacôlon.

RAPPORT MÉDICAL.

Le mégacôlon et le dolichôlon. — MM. les professeurs P. ROHMER et A. VALLETTE (Strasbourg), *rapporteurs.*

Mégacôlon. — Les rapporteurs limitent leur sujet à la *pathogénie* du mégacôlon. Les travaux récents sur les troubles de l'innervation végétative de l'intestin ont donné aux recherches sur cette question une orientation nouvelle. Il était intéressant d'examiner jusqu'à quel point les faits positifs qu'ils ont apportés sont susceptibles de fournir dès maintenant une base solide à une théorie neurogène du mégacôlon.

Les arguments les plus démonstratifs sont fournis par *la chirurgie du sympathique abdominal.* La base physiologique du traitement neuro-chirurgical du mégacôlon remonte à Langley et Anderson qui ont établi que l'excitation du sympathique lombaire provoque un arrêt du péristaltisme colique avec dilatation consécutive. La première ramisection sympathique dans le mégacôlon a été pratiquée par Royle et Wade, en 1927. Depuis cette observation princeps, un certain nombre de cas de mégacôlons ont été traités par des interventions sur le sympathique abdominal, notamment par des auteurs anglo-saxons et, en France, par R. Leriche et son école. Les vingt-quatre publications citées dans ce travail rapportent 71 cas, dont 61 avec guérison complète ou amélioration notable, 4 avec amélioration incomplète, 2 échecs et 4 décès.

Paessler a recueilli, dans la littérature médicale mondiale, 117 cas de mégacôlon « idiopathique », traités par sympathectomie avec le résultat suivant : guérison ou amélioration notable : 85 %, échecs : 12 %, décès des suites opératoires : 3 cas. Ces faits démontrent avec évidence l'influence déterminante du sympathique sur la maladie, puisque sa supression amène une guérison ou une grande amélioration non seulement clinique, mais souvent aussi anatomique.

Quelques expériences peuvent servir à appuyer cette thèse, notamment celle d'Adamson et Aird (1932), qui ont réussi à reproduire le mégacôlon sur l'animal par la section des nerfs d'Eckard (innervation parasympathique) et ont ramené ensuite le côlon à son volume normal en sectionnant également les deux sympathiques lombaires.

Parmi les *faits cliniques* qui parlent dans le même sens, le plus frappant est l'association du mégarectum et de la mégavessie. La participation du rectum constitue dans la maladie de mégacôlon plutôt une exception. La coexistence fréquente de ces deux affections, dont chacune est très rare, parlent fortement en faveur d'une origine commune qui doit être cherchée avec probabilité dans une hyperfonction de leur innervation sympathique commune (plexus hypogastrique).

L'ensemble des faits cliniques et expérimentaux qui ont été apportés dans les onze dernières années nous autorisent

donc à voir dans le mégacôlon une dystonie vago-sympathique abdominale avec prédominance du sympathique. L'origine de l'hyperfonction du sympathique reste incertaine dans la plus grande partie des cas ; elle peut être provoquée par des mécanismes divers d'origine centrale ou périphérique. Leur origine congénitale s'explique peut-être par le fait que la période fœtale et néo-natale se distinguent, en général, par une prédisposition pour les états hyper-sympathico-toniques.

Dolichocôlon. — Malgré une certaine ressemblance clinique, il existe une différence anatomique et pathogénique fondamentale entre le méga et le dolichocôlon. Ce dernier consiste en un allongement anormal et doit être rangé parmi les malformations de l'intestin. Nos connaissances anatomiques de cette affection se sont enrichies surtout par les études radiologiques dont le début remonte aux années 1913-1914. Ces observations sont d'ailleurs beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte, puisque le début clinique — constipation, aérocolie et crises douloureuses — a le plus souvent lieu à l'âge adulte. En dehors de la forme classique on observe chez l'enfant une forme douloureuse et fébrile, simulant l'appendicite, une forme dyspeptique, une forme avec prédominance des vomissements et surtout le type occlusif, caractérisé par la répétition de crises d'occlusion. Dans la plupart des cas, cependant, le dolichocôlon reste absolument latent.

La pathogénie est diversement envisagée. On est toujours obligé d'admettre, à l'origine, une disposition anatomique spéciale, d'origine congénitale. Les symptômes cliniques seraient dus, d'après beaucoup d'amateurs, à des troubles physico-pathologiques surajoutés; il ne s'agissait, d'après Chiray, Lomon et Wahl, ni de spasme ni d'atonie, mais d'un désordre fonctionnel complexe, donnant au transit un caractère « anarchique ».

Le traitement est médical, l'intervention chirurgicale étant réservée à des complications plutôt rares.

Rapport chirurgical

Le traitement chirurgical du mégacôlon. — M. le Dr Marcel Boppe, *rapporteur.*

L'auteur rapporte qu'il y a dix ou quinze ans la chirurgie donnait des résultats très sombres, mortalité aux environs de 50 %.

C'est la mise au point de la technique actuelle qui fait l'objet de ce travail. La mortalité est tombée à 10, à 15 %, dans les bonnes statistiques. En outre, la chirurgie nerveuse du mégacôlon doit être envisagée : chirurgie neuro-musculaire, et non neurochirurgie; cette méthode musculaire, comparable à la pylorectomie, à l'œsophagotomie extramuqueuse, à la chirurgie du sphincter vésisal.

L'acte chirurgical proposé par les chirurgiens brésiliens, consiste en une sigmoïdotomie extramuqueuse.

Sur le sympathique, on peut couper les fibres nerveuses près de la moelle, une série d'opérateurs l'ont proposé. Leriche, se basant sur des faits empiriques, propose la section basse des splanchniques déjà pratiquée chez les hypertendus constipés qui voyaient ce symptôme disparaître.

Les sections hautes ont l'inconvénient de léser des nerfs qui vont aux membres inférieurs, les incidents paraissent d'ailleurs fugaces. Les interventions basses ou périphériques agissent sur les plexus de relais.

Les résections du nerf présacré (plexus hypogastrique) agissent sur le rectum, la vessie et les organes génitaux profonds. Comme la vessie présente souvent des troubles, « maladie du col » de Marion, l'acte chirurgical les améliore en même temps que ceux de l'intestin.

Il faut, en tout cas, de longues années pour qu'on puisse voir un changement de forme radiologique de l'intestin, alors que le résultat fonctionnel est bon ou même excellent.

L'avenir précisera si la résection du nerf présacré rend ou non les jeunes garçons inféconds.

Les statistiques de cette chirurgie sympathique sont encourageantes (environ 5 % de mortalité).

Chez les très jeunes enfants, l'intervention est pratiquement délicate. En outre, il semble qu'un certain nombre de sympathectomies restent sans efficacité. Les sujets ayant été dans la suite colectomisés.

Les tentatives brésiliennes de *chirurgie musculaire* sont encore récentes ; il sera très intéressant d'en suivre les résultats, mais les cas doivent être étudiés pour que cette chirurgie, d'ailleurs aisée et sans risques, soit efficace.

Reste la colectomie ; elle donne des guérisons durables, mais la mortalité reste au taux de 10 à 12 %. Opération à éviter avant trois ans, en raison du shock opératoire.

Les récidives ne sont pas exceptionnelles.

En Suède, on a pu suivre de longues années 105 cas, traités les uns médicalement, les autres opérés. Dans les deux premières années, la mortalité spontanée dépasse 10 %, résultant d'accidents coliques ou péritonéaux, ou d'infections générales, de broncho-pneumonies : après trois ans, les cas sont d'un meilleur pronostic, et la chirurgie avant cet âge est très grave. Certains cas bien suivis médicalement atteignent l'adolescence, et on les retrouve guéris fonctionnellement, menant une vie active. Ces cas sont trop rarement suivis assez longtemps. Sont-ils plus exposés, adultes, au volvulus ou à l'occlusion.

Que conclure ? Tous les mégacôlons ne relèvent pas de la chirurgie, d'autant que le traitement chirurgical bénin reste à trouver.

Chaque cas doit être étudié si le mégarectum s'associe au mégacôlon (12 à 15 % des cas), pas de colectomie, faire une intervention sympathique (sauf au cas d'obstacle qu'il faut lever, ce sont alors des mégacôlons symptomatiques.)

Le test de la rachianesthésie aide à distinguer deux types : gros sac inerte, peu contractile, ou, au contraire, vives et rapides contractions aboutissant à une évacuation massive de l'intestin. Il est vrai que la moelle est aussi anesthésiée que les nerfs splanchniques, « le moteur et le frein » sont également arrêtés.

La rachianesthésie après injection d'air avant celle de la novocaïne aide à dissocier l'anesthésie du sympathique de celle du parasympathique.

Chez les tout-petits, si sensibles au shock opératoire, ce test doit être proposé avant d'intervenir ; il aide à choisir entre l'exérèse ou l'opération sympathique. Celle-ci doit être faite par voie transpéritonéale, ce qui laisse encore, pièces en main, choisir le mode opératoire le meilleur.

Discussion.

M. le professeur De Toni (Modène) présente des observations sur les *colopathies de l'enfance.* Il insiste surtout sur la maladie cœliaque et les interpositions coliques. Dans la maladie cœliaque, on a trop souvent passé sous silence les altérations du côlon, allongement ou même véritable mégacôlon. Ces faits sont reliés par un terrain de névrose végétative à prédominance sympathique ou parasympathique.

On appelle interposition colique le fait d'une anse intestinale se plaçant sous le diaphragme, au-dessus du foie. Pour l'auteur, ces cas sont fréquents si on élargit la nature d'interposition colique, pour comprendre trois types :

1° Interposition hépato-diaphragmatique ;

2° Interposition gastro-splénique ;

3° Interposition spléno-diaphragmatique.

C'est, pour certains cas, le « foie migrant » des anciens auteurs. L'interposition, très rare, d'ailleurs, spléno-diaphragmatique peut s'accompagner d'accès de toux coqueluchoïde, périodiquement réveillée et disparaissant par le lavement baryté. L'auteur pense que cette interposition spléno-diaphragmatique est une complication de la forme

gastro-splénique. Il pense aussi que le centre nerveux du sanglot peut, par ses anomalies, contribuer à créer ces troubles.

Le professeur Cassoute (de Marseille) rappelle qu'il a été un des premiers, il y a une dizaine d'années, à appeler l'attention sur la fréquence du dolichocôlon infantile. Tout en admettant la possibilité d'un développement anormal des côlons sous l'influence de troubles physiopathologiques ou inflammatoires, il pense que l'origine congénitale est beaucoup plus fréquente. La période latente, parfois assez longue, qui précède l'apparition du syndrome est en faveur de l'origine congénitale, que confirme également le fait que les troubles physiopathologiques ou infectieux ne provoquent pas forcément le développement d'un dolichocôlon sur un côlon morphologiquement normal.

Il est, par contre, assez rationnel d'admettre que ces mêmes troubles exerceront plus efficacement leur action sur un côlon congénitalement allongé et flexueux. Toutefois, l'anomalie congénitale (dolichocôlon simple) ne se transforme pas toujours en dolichocôlon pathologique.

A propos de la symptomatologie, le professeur Cassoute insiste sur la fréquence de la constipation, s'accompagnant de douleurs intestinales transitoires parfois très vives, et sur les formes fébriles avec retentissement sur l'état général qui orientent, souvent à tort, le diagnostic vers un état bacillaire.

Le diagnostic ne peut être précisé que par l'examen radiologique après lavement baryté. Cet examen s'impose chez tous les enfants présentant une constipation opiniâtre. On pourra ainsi établir, le plus tôt possible, le diagnostic d'un dolichocôlon et prévenir, par une hygiène alimentaire et un traitement médical appropriés, l'apparition chez l'adulte de manifestations aiguës ou graves telles que le « volvulus », qui reste exceptionnel chez l'enfant. Les interventions chirurgicales, souvent utiles, deviendront ainsi moins fréquentes.

M. le professeur Taillens (Lausanne) insiste sur la nécessité basée sur la seule clinique de distinguer la maladie de Hirschprung, d'une part, très rare, très précoce dans son début dès les premiers jours ou les premières semaines et de pronostic toujours fatal, et, d'autre part, le mégacôlon plus ou moins tardif, qui ne résulte pas de la seule constipation, mais d'une prédisposition individuelle. Certains à la longue, guérissent, après un, deux ou trois ans de lavements, parfois lavements électriques, de soins médicaux. Dans les formes rebelles, la colectomie est indiquée.

M. Julien Huber (Paris) demande que le rapporteur insiste dans ses conclusions afin que les médecins connaissent les effets favorables des colectomies précédées et suivies de temps préparatoires, pratiqués sous anesthésie locale, ces interventions rendant beaucoup moins dangereuses les résections coliques.

MM. les Drs Clément Launay et Merle d'Aubigné (Paris) citent un cas grave, congénital de mégacôlon, accusé dès les premiers jours de la vie.

Suivi pendant huit ans, sans succès, régimes, médications, lavement électrique restèrent inefficaces. Le sujet restait infantile, nain. On décida enfin de le faire opérer, par résection du sympathique colique descendant et pelvien : le résultat local en fut remarquable dès les premiers jours : l'état général, par contre, restait médiocre. Vers le troisième mois, la progression était nette, mais dans la suite, au neuvième mois, le ventre s'est de nouveau, mais légèrement, ballonné, l'intestin fonctionna de nouveau moins bien, le poids n'a pas progressé, mais le petit malade est plus sensible à la thérapeutique. Les massages, la gymnastique abdominale améliorent le fonctionnement de l'intestin. Ces cas doivent, on le voit, être longtemps suivis.

M. le Dr Fèvre (Paris) précise l'indication opératoire : cas compliqués de volvulus, de torsion ; l'occlusion chronique du mégacôlon est une occlusion basse, sigmoïdienne le plus souvent, stercorome qu'il faut éliminer par lavements avec ou sans anesthésie, on dispose pour cela d'un certain répit.

Lorsqu'on intervient, les techniques sont multiples : évacuation du stercorome sous anesthésie grâce à la dilatation anale ; anesthésie souvent rachidienne avec ses avantages bien connus pour l'évacuation intestinale ; enfin, on pourra lever l'obstacle et reprendre le traitement chirurgical ; on peut abaisser et fixer temporairement l'anneau recto-sigmoïdien, ce qui permet de vider et désinfecter l'intestin.

Les opérations transitoires consistent en anus droit ou gauche qui ont chacun des indications d'après l'étendue du mégacôlon.

Les colectomies ont donné de bons résultats, jamais de colectomies en un temps, mais interventions successives, étagées, s'étendant sur des mois, un ou deux ans. Par ces méthodes, les résultats vitaux sont excellents, les succès immédiats fonctionnels sont habituels ; revus plus tard, la guérison, avec quelques précautions, est fréquente (suppositoires, huile de paraffine). Ces méthodes de sagesse donnent des résultats intéressants. Un autre cas, par résection splanchnique gauche (opération de Leriche) après infiltration du nerf, a donné d'abord une constipation tenace, passagère, suivie d'une amélioration nette, mais récente, qu'il faudra suivre.

En cas d'échec, on voit que les colectomies permettent d'améliorer l'état des malades.

M. le Dr Lesné (Paris), a observé un cas de mégadolichocôlon associé à une maladie cœliaque ; il montre l'importance du taux de la cholestérolémie comme élément de diagnostic de l'insuffisance thyroïdienne. Ce taux, rare chez l'enfant, en dehors de la néphrose lipoïdique, est utile à connaître, car, dans le jeune âge, la recherche du métabolisme basal est pratiquement impossible. Cette hypercholestérolémie se voit même quand l'insuffisance thyroïdienne est discrète, ce dosage peut donc aider à guider le traitement opothérapique.

M. le Dr Cordier (Bruxelles) cite un cas suivi depuis de longues années : diverses interventions dont une colectomie totale ont permis une adaptation très satisfaisante, le sujet est âgé de trente-quatre ans.

M. le Dr Borremans (Bruxelles) cite 2 cas de colectomie : un décès et une guérison avec restitution anatomique très satisfaisante.

M. le professeur Rohmer, rapporteur, constate l'assentiment général quant à la conception pathogénique de la dystonie neuro-végétative, il semble que la maladie cœliaque s'achemine également vers ce cadre nosologique.

M. le Dr Boppe, rapporteur, se rallie à la distinction entre la maladie de Hirschprung, congénitale, non toujours mortelle, mais grave, et mégacôlon symptomatique. Il attend les résultats de la chirurgie neurologique ou neuro-vasculaire, la colectomie en *plusieurs temps* surtout chez les jeunes reste la ressource héroïque.

M. le professeur Marfan (Paris) rappelle que l'entéroclyse dans le traitement médical doit être pratiquée avec certaines précautions qu'il faut connaître. Un arrêt est fréquent à quelques centimètres de l'anus si on peut le dépasser, la débâcle attendue est réalisée. A ce temps d'arrêt, dans un cas rebelle, une injection aqueuse distendant et déplissant l'intestin permettait le passage et l'évacuation de l'intestin.

M. le Dr Rachid (Istanbul) présente une étude sur les formes viscérales du rhumatisme infantile, formes anémiques, formes rénales, et montre les difficultés du diagnostic et les résultats du traitement salicylé intensif.

Communications

Insuffisance thyroidienne et mégacôlon. — M. Maurice Lamy (de Paris) a observé chez un myxœdémateux de huit ans un volumineux mégacôlon sigmoïde ; chez un autre enfant, âgé de huit ans lui aussi, il existait un retard considérable du développement statural. Chez lui, la méthode du lavement baryté a pu démontrer la présence d'un mégacôlon. A propos de cette seconde observation, l'auteur se demande si c'est le mégacôlon qui doit être tenu pour responsable du nanisme, ou bien s'il faut faire remonter à une cause unique d'une part le mégacôlon, et de l'autre les troubles de la croissance. Le facies un peu lunaire de l'enfant et la brièveté des sourcils orientaient du côté d'une insuffisance thyroïdienne dont la réalité nous a paru démontrée par la constatation d'une élévation de la cholestérolémie à 3 grammes. Il est possible que, chez cet enfant, le trouble thyroïdien soit primitif et qu'il faille le considérer comme responsable à la fois du mégacôlon et du nanisme.

Les faits qui ont été observés déjà par d'autres auteurs sont assez nombreux et assez précis pour que l'on puisse admettre que l'existence du mégacôlon chez un myxœdémateux ou chez un hypothyroïdien n'est pas le fait d'un simple hasard.

Les liens qui au moins dans certains cas existent entre les troubles de la sécrétion thyroïdienne et le mégacôlon sont assez nombreux et assez précis pour que l'on soit autorisé à suggérer la recherche des signes cliniques et des stigmates humoraux de l'insuffisance thyroïdienne chez les sujets porteurs d'un mégacôlon et éventuellement l'essai d'un traitement opothérapique.

Etude de l'action hémopoiétique de certains cations métalliques chez les jeunes rats rendus anémiques expérimentalement. — M. le Dr Briskas B. Sotiris (Athènes).

L'auteur étudie l'action hémopoiétique propre des différents éléments métalliques, déterminée chez le jeune rat anémique, nourri exclusivement de lait bouilli écrémé, l'influence toute particulière du cuivre sur la régénération des hématies. Le fer pur ne provoque dans les mêmes conditions qu'une augmentation tout éphémère du taux de l'hémoglobine et surtout du nombre des globules rouges. Il faut, dans toutes ces études, tenir compte des réserves ferriques et cupriques de l'organisme dont l'abaissement exagéré inhibe toute action propre de l'introduction d'un sel de ces éléments.

Les autres éléments métalliques, tels que le zinc, le nickel, le manganèse, paraissent isolément sans influence sur la réparation de l'anémie provoquée. Le cobalt seul donne une légère réaction polycythémique dont le mécanisme reste à élucider.

Parmi ces métaux, les uns, comme le fer, le nickel et le cobalt, sont sans action sur la courbe de poids des ratons, tandis que le cuivre, le zinc et le manganèse déterminent une augmentation notable du poids des animaux en expérience.

J. HUBER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les ultravirus des maladies humaines, sous la direction de C. Levaditi et P. Lépine, avec la collaboration de G. Blanc, J.-P. Bijl, I. A. Galloway, P. Gastinel, A. Gratia, P. Habert, G. Hornus, B. Kreis, P. Lecomte du Nouy, J. Levaditi, C. Mathis, J. Mesrobeanu, S. Nicolau, H. Plotz, J. Vieuchange et F. Wohlwill. Un vol. de 1190 pages avec 263 fig. et une planche en couleurs. Maloine, 1938. Prix en 2 vol., brochés : 375 fr. ; en un vol. cartonné : 400 fr. ; en 2 vol. cartonnés : 425 fr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1938

M. le Président annonce la mort de M. Raymont Durand-Fardel, correspondant national.

Traitement de l'appendicite aiguë. — M. Hartmann, à propos d'une récente communication de M. Weinberg sur le traitement de l'appendicite aiguë par un sérum antigangréneux, s'élève contre tout traitement de nature à retarder l'intervention. Il rappelle avec force la nécessité d'opérer sans délai toute appendicite aiguë.

La prophylaxie de la diphtérie et la vaccination par l'anatoxine spécifique. — M. G. Ramon.

Depuis qu'une loi a rendu obligatoire la vaccination antidiphtérique, on a signalé de divers côtés des incidents qui se seraient produits à la suite de cette vaccination.

Dans une communication, écoutée avec une attention particulière, M. Ramon démontre qu'il ne faut pas que des craintes ralentissent la vaccination par l'anatoxine qui, pratiquée suivant les règles, ne peut causer d'accident.

M. Ramon rappelle que cette vaccination, proposée il y a quinze ans, a pris un très grand essor dans tous les pays du monde. Trois millions d'individus ont été vaccinés en France, deux millions au Canada (sur dix millions d'habitants), un million d'enfants à New-York seulement... On peut estimer à plusieurs dizaines de millions le nombre des individus qui, dans le monde entier, ont déjà bénéficié de la vaccination antidiphtérique.

On peut affirmer l'innocuité de cette vaccination dont les réactions ne sont guère redoutables dans la plupart des cas. Cette vaccination provoque une diminution considérable de la morbidité et de la mortalité par diphtérie. Les statistiques apportées par M. Ramon le démontrent à l'évidence.

L'Académie acclame longuement cette communication de M. Ramon, que MM. Sergent, Debré et Jules Renault viennent appuyer avec énergie.

M. le Président rappelle que l'Académie a toujours fait siennes les conclusions de M. Ramon, elle souhaite la généralisation d'une méthode qui a déjà donné de magnifiques résultats.

Sur la pigmentation des urines au cours de la néphrite chronique. — MM. F. Rathery, M. Rangier, P.-M. de Traverse, étudient les urines pâles de certains néphrétiques à la lumière de faits récemment constatés par eux. L'urochrome n'est jamais absent de ces urines mais son taux est abaissé et il y existe sous sa forme réduite. Sans doute cette déficience de l'urochromogénèse est-elle en rapport avec l'élimination de l'acide urique. Les pigments roses sont constitués, en partie au moins, par de l'indirubine dont l'origine peut être urochromique ou indoxylique.

Traitement du Vitiligo. — M. Emile Sergent présente une note de MM. Mussio-Fournier, Cervino et Conté (de Montevideo) insistant sur la fréquence de l'association du vitiligo avec diverses endocrinopathies (infantilisme hypophysaire, hyperthyroïdisme...) et rappellent l'existence, dans le lobe postérieur de l'hypophyse, d'une hormone mélanophore qui possède une action incontestable sur la pigmentation de la peau de certains animaux, ont cherché si elle pourrait avoir une action sur le vitiligo. Ils ont vu disparaître le vitiligo, chez un enfant, après une série d'injections locales de cette hormone. Cette première observation les conduit à poursuivre leurs recherches en comparant, à l'avenir, les résultats obtenus à la suite d'injections, locales ou non, de cette hormone, dans le vitiligo.

Sur les hémorragies rétiniennes observées chez le nouveau-né. — MM. Pehu et G. Bonamour (de Lyon) montrent que, dans les deux premières semaines de la vie, les hémorragies rétiniennes sont observées avec une certaine fréquence. Elles revêtent trois types principaux : hémorragies en flammèches, hémorragies spongieuses plus profondément situées, plus durables, et — plus rarement — hémorragies prérétiniennes. Les unes et les autres disparaissent en quelques jours.

Etant donné qu'on observe les hémorragies rétiniennes dans une proportion à peu près identique chez des enfants nés normalement et chez ceux qui présentaient extérieurement les signes d'un traumatisme crânien plus ou moins important, il apparaît que ces hémorragies n'ont sémiologiquement qu'une valeur minime, de beaucoup inférieure à celle qu'elles présentent chez l'adulte.

Sur la recrudescence récente de l'alcoolisme en Normandie. — M. F. Dévé (de Rouen) appelle l'attention de l'Académie sur la recrudescence alarmante de l'alcoolisme constatée en Normandie depuis l'application des nouvelles lois sociales. C'est ainsi que le nombre des cas de delirium tremens traités dans le service d'isolement de l'Hôtel-Dieu de Rouen a *doublé* depuis ces deux dernières années.

Il est à craindre que ces constatations ne soient pas spéciales à la Normandie. Aussi serait-il grand temps que les pouvoirs publics se préoccupent de parer à ce grand danger social et national.

A ce propos, M. Dévé donne lecture d'un tract concernant les mesures proposées par la Société de Médecine de Rouen pour une lutte efficace contre l'alcoolisme.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Sieur, Vincent, Martel et Godard, la communication est renvoyée à l'examen de la commission compétente, à laquelle sont adjoints MM. Vincent, Martel et Justin Godard.

Primo infection tuberculeuse. — M. Armand Delille apporte le résultat d'expériences montrant la résistance à la primo-infection tuberculeuse intra-pulmonaire expérimentale conférée au singe par injections préalables de bacilles de souche S. Il en conclut que ces souches, ainsi qu'il l'a déjà constaté par d'autres expériences, ont une action prémunisante très nette et que par conséquent est confirmé le principe de l'efficacité de la prémunition formulé par Calmette.

Régimes de carence et tuberculose. Danger des cures d'amaigrissement non médicales. — MM. Etienne Bernard, Jacques Weil et Mlle Lotte, montrent par un certain nombre d'exemples que les régimes de restriction, que s'imposent certaines jeunes femmes dans le but de se faire maigrir, peuvent les conduire à la tuberculose pulmonaire. Ces régimes, décidés et suivis sans aucun avis médical, sont en général trop rigoureux au point de vue quantitatif et déséquilibrés qualitativement ; ils sont parfois totaux et carencés en hydrates de carbone et en graisses. A partir d'un certain moment, la baisse de poids volontairement déclenchée s'accélère par le fait de la tuberculose. Celle-ci peut revêtir une forme sévère. Ces faits méritent d'être connus et diffusés.

Le mécanisme d'action des eaux minérales ferrugineuses naturelles. — MM. Piéry, Enselme et Héry (présentation par M. Rathery).

Sur un cas de septicémie généralisée due à un actinomices du type A. bovis Harz, chez un jeune veau. — MM. Sartory, Bareis et Meyer.

Election du Bureau. — M. Sieur, vice-président, devient de droit président pour 1939. M. Louis Martin est élu vice-président pour 1939 (président 1940).

M. G. Brouardel est réélu secrétaire annuel, MM. Mauclaire et Pettit sont élus membres du Conseil.

Vacances de Noël. — *Il n'y aura pas de séance les* 27 *décembre* 1938 *et* 3 *janvier* 1939.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE GRAVE ATTEINTE A L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

Il est généralement admis que les professeurs, dans les diverses Facultés et dans les écoles qui en dépendent, doivent appartenir aux disciplines qu'ils sont chargés d'enseigner.

Il en était au moins ainsi jusqu'au 19 août 1938, date de parution de deux décrets relatifs aux conditions de nomination du personnel enseignant dans les écoles préparatoires de médecine et dans les écoles de plein exercice. Suivant ces décrets, pour être nommé professeur à une série de chaires : Anatomie, Histologie, Physiologie, etc., il n'est plus besoin d'être médecin.

Ils précisent que les professeurs suppléants dans ces écoles sont nommés au concours et que les docteurs en médecine peuvent prendre part à ces concours. Par contre, peuvent être nommés *sans concours :*

a) Les docteurs en médecine admissibles à l'agrégation des Facultés de médecine dans la section correspondante ;

b) Les docteurs ès sciences naturelles inscrits sur la liste d'aptitude à l'enseignement supérieur.

Ainsi, peut être nommé sans concours professeur d'Anatomie, par exemple, un docteur ès sciences qui ayant passé les trois certificats classiques de licence, Zoologie, Géologie, Botanique, n'a jamais fait d'Anatomie humaine et n'a jamais disséqué, la dissection étant réservée aux écoles de médecine.

Mais, depuis quelques années, des facilités ont été données pour le choix des certificats de licence en vue du doctorat ès sciences d'État.

D'après les programmes de la Sorbonne, pour l'année scolaire 1938-1939, on peut devenir docteur ès sciences d'État avec une licence composée d'après des combinaisons de certificats comme celles-ci : Physique générale ; Botanique ; Géologie.

Ou bien : Botanique ; Physique générale ; Biologie générale ;

Ou encore : Diplôme de pharmacien ; Certificat de minéralogie ; Certificat de physique générale ;

Et même, à condition d'obtenir un avis favorable du Conseil de la Faculté, avec trois certificats quelconques !

Si bien qu'un professeur peut être nommé dans une de ces écoles de médecine et être chargé d'un enseignement sur des matières dont il est possible qu'il n'ait jamais entendu parler.

Il est à noter que ces décrets ont été pris après avis du Conseil Supérieur de l'Instruction publique dans lequel siègent plusieurs médecins.

Le simple exposé des faits est assez clair et tout commentaire serait superflu.

***

Au XIIIe siècle, la Sorbonne avait absorbé toute l'Université de Paris...

A. HERPIN.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 4 DÉCEMBRE 1938

L'Assemblée générale du 2e semestre du Syndicat des Médecins de la Seine a eu lieu le dimanche 4 décembre, à 14 heures, dans la grande salle de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, 60, boulevard de Latour-Maubourg, sous la présidence de M. Boëlle.

188 syndiqués avaient signé le registre de présence.

Le Président prononce tout d'abord une courte allocution, retraçant la situation critique des médecins de la région parisienne, dont les charges augmentent chaque année, alors que leurs clientèles se raréfient, détournées des cabinets de consultation par la concurrence déloyale des hôpitaux et dispensaires, et aussi par les difficultés qu'éprouvent les assurés sociaux à se faire rembourser équitablement de leurs frais de maladie lorsqu'ils sont soignés par leur médecin habituel.

Il rappelle le meeting organisé le 4 novembre par le S. M. S. avec un plein succès, puis brièvement cite les démarches qui ont été faites ensuite auprès des Ministres, des Conseillers municipaux, et du Directeur de l'Assistance Publique, l'exposé de nos justes réclamations communiquées à la presse, spécialement convoquée à cet effet, puis, pour terminer, il fait appel à l'union nécessaire de tout le Corps médical.

Le Dr Barletin, secrétaire général, donne lecture de son rapport annuel, résumant l'action syndical et les questions étudiées par le Conseil d'administration pendant ces derniers mois; il regrette que trop de médecins restent encore en dehors des syndicats, ce qui amoindrit l'efficacité de nos efforts.

M. Drouet, Directeur de l'Office de renseignements pour les questions d'Assurances sociales, en retrace rapidement le fonctionnement; son but est de procurer aux médecins une documentation utile, leur permettant d'obtenir le succès dans leurs revendications légitimes auprès des Caisses et des Pouvoirs publics.

M. Boëlle, qui dirige l'Office de répression de l'exercice illégal de la Médecine du S.M.S., rend compte ensuite des résultats de l'année : 53 plaintes transmises à la Préfecture de Police, 222 affaires instruites, 36 condamnations obtenues, avec 39.450 francs de dommages-intérêts pour le S.M.S., mais sur lesquels 10.700 fr. seulement ont pu être encaissés jusqu'ici.

Après l'adoption de tous ces rapports, l'assemblée générale a décerné l'honorariat à 3 de nos anciens Collègues, les Drs Hélouin, Peyré et Saltas.

Le Dr Hartmann expose ensuite les résultats du meeting du 4 novembre et indique les pourparlers actuellement en cours aux Ministères de la Santé publique, du Travail, à l'Hôtel de Ville en vue d'obtenir la réalisation de nos demandes dont on reconnaît le bien-fondé.

Tandis que se poursuit la discussion de l'ordre du jour, que l'on évoque à nouveau les projets d'inspection médicale dans l'enseignement secondaire, des élections avaient lieu pour la nomination de 20 membres titulaires et 3 suppléants du Conseil d'administration, de 8 membres titulaires et de 4 suppléants du Conseil de famille du S.M.S., de 3 Délégués titulaires et de 3 suppléants au Collège électoral de la Seine pour le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français et aussi de 2 membres titulaires et de 2 suppléants pour le Conseil de famille départemental.

Voici les résultats de ces divers scrutins :

Membres titulaires au Conseil d'Administration :

MM. Chevalley, Drouet, Rouèche, Saint-Girons, Fanton d'Andon, Tissier-Guy, Bongrand, Ameuille, Sénéchal, Dévé, Lebègue, Gauthier, Jodin, Roëser, Hartmann, Le Clerc, A. Lévy, Richard, Van der Elst, Heim de Balsac.

Suppléants : MM. Derec, Brel, Gringoire.

Membres titulaires au Conseil de famille du S.M.S. :

MM. Dévé, Fanton d'Andon, Gascuel, Hartenberg, Jayle, Noir, Pierrot, Roulland.

Suppléants : MM. Delapchier, Herpin, Hubac, Montagne.

Délégués titulaires au Collège électoral de la Seine :

MM. Boëlle, Deguy, Sénéchal.

Suppléants : MM. Bourguignon, Drouet, Hartmann.

Membres titulaires au Conseil de famille départemental :

MM. Hartmann, Tissier.

Suppléants : MM. Cange, Gallois, Rouèche.

VOYAGE MÉDICAL

UN VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AU TANEZROUFT

Au mois de février dernier, une mission officielle m'amenait au Sahara, pour accompagner mon compatriote le garde républicain Douard, qui tentait de traverser seul à vélomoteur, le désert depuis Gao jusqu'à Colomb Béchar. Le succès pratique de sa randonnée fantastique a été consacré par une magnifique lettre de félicitations officielles du Ministre de la Défense Nationale. Pendant le voyage d'aller, aussi bien qu'au retour où je le suivais dans un car à cinq jours de distance, j'ai eu le temps de voir et d'observer.

Un médecin reste toujours médecin, et je n'ai pas manqué en rentrant de faire part de mes impressions à nos confrères. En premier lieu, la qualité exceptionnelle de l'air qui semblait effacer la fatigue.

Au départ de Béchar, nous étions cinq voyageurs — dont trois femmes — entre 65 et 72 ans. Les journées étaient rudes : réveil à 3 h. 1/2, départ à 4 heures pour arriver à l'étape entre 9 heures et 10 heures du soir après avoir fait dans les 500 kilomètres.

Le voyage est coupé — dans chaque sens — par un arrêt de 24 heures à Reggan, à seule fin de laisser un peu souffler les gens et le matériel.

Il n'en est pas moins assez dur.

Malgré les secousses, les enlisements, les accidents sans nombre, je pense que nous l'eussions bien moins supporté sur les routes de France, quelque peu meilleures (car nous étions tous frais comme l'œil en arrivant à destination). Cette sécheresse absolue de l'air, cette absence de microbes, les combustions plus intenses, y étaient-elles pour quelque chose ? Voilà ce qu'il faudrait d'abord étudier — jamais on ne l'a fait jusqu'ici.

Nous avions tous l'impression d'avoir en respirant, comme absorbé une infusion de kola.

Le fait était pour moi d'autant plus marquant, que je puis entre nous en faire l'aveu, je suis diabétique.

Chaque jour, j'ai fait régulièrement mes deux injections d'endopancrine — 64 unités en tout — mais je n'ai suivi aucune espèce de régime alimentaire, je me demande comment j'aurai pu ! Le résultat au retour a été une légère augmentation de la glycémie, et une disparition totale du sucre dans les urines.

Le professeur Binet a été fort intéressé lorsque je lui ai communiqué mon auto-observation, l'air n'agit pas seul, le sable par rayonnement doit aussi avoir son influence.

La lumière également.

Les eaux sont en général magnésiennes dans ces régions, l'atmosphère est particulière.

Le silence du bled, où le seul bruit qu'on entende est parfois le vent du sable — le silence des nuits — ces nuits magnifiques, est impressionnant.

Quelle occasion unique pour une cure de silence, en même temps qu'une cure d'éloignement.

Pas de nouvelles, pas de journaux, l'esprit libéré de toutes niaiseries, des futilités, des trépidations, du grondement perpétuel de la capitale.

Quel bénéfice en pourraient tirer les surmenés de notre vie moderne ! C'est ce qui avait surtout frappé mon ami Laignel-Lavastine lorsque je lui avais demandé de faire partie de notre Comité de patronage pour le voyage d'étude médicale que je veux organiser.

Aux professeurs Binet et Laignel-Lavastine sont venus s'adjoindre le professeur Tanon, le professeur Bottu, fervent adepte des régions du Sud, le docteur Dartigues, président de l'Umfia, mon vieux camarade de chez Landouzy, le docteur Lesné, médecin des Hôpitaux, et deux de nos représentants, le professeur Portmann, sénateur, et le docteur Cabanis, député du Loiret.

A cette liste dont je m'honore, je puis encore ajouter un nom bien connu et très sympathique — celui d'un chercheur, qui est aussi un grand voyageur, le docteur Zizine.

Le docteur Zizine, qui apprécie particulièrement les tentatives originales, a bien voulu marquer son intérêt pour celle-ci. Il m'a rapporté la conversation qu'il avait eue avec son ami, le professeur Perrot, au sujet du voyage saharien.

Celui-ci qui ne craint pas les longs déplacements et que passionnent les questions africaines, trouvait dans le programme qui lui était soumis, des sujets qui valaient la peine d'être étudiés de près, il entrevoyait les conséquences pratiques qui pourraient en résulter.

C'est pourquoi le docteur Zizine a accordé au voyage son patronage pratique en s'inscrivant d'abord personnellement et en en facilitant la publicité.

Peut-être y a-t-il parmi vous des fervents de la chasse ? Il fallait utiliser au mieux les huit jours d'arrêt à Gao entre l'aller et le retour.

Grâce à une organisation locale, j'ai pu leur faire donner satisfaction.

Dans les parages d'Aguelock, le gibier commence à paraître: pintades, gazelles, outardes, même des autruches, mais celles-ci sont sacrées. A Gao sur le Niger, tous les oiseaux d'eau se sont donné rendez-vous ; mais à Hombori vous rencontrerez des buffles et des phacochères.

Des parties de chasse seront également organisées à Bourem sur la route de Tombouctou.

Dr T. MALACHOWSKI.
41, rue des Martyrs, à Paris.

Le voyage Paris-Paris, par Alger, Béchar, Beni-Abbès, Reggan, Bidon V, Gao, durée un mois, prix : 12.500 fr., tous frais payés : train, bateaux en première classe, hôtels, cars, même les permis de chasse.

Les plaisirs du voyage n'entravent pas les recherches scientifiques.

Départ : vers le 20 janvier 1939.

PRATIQUE MÉDICALE

LA LIPASE HÉPATIQUE DANS LES CIRRHOSES (1)

par M. le Prof. FIESSINGER et M. le Dr GADJOS

Au rapport présenté aux Journées médicales internationales (les Régulations hormonales, J.-B. Baillière), MM. Noël Fiessinger et Gajdos préconisent, dans les cirrhoses du foie avec ascite à répétition, l'emploi de la lipase hépatique. A partir de la troisième ou de la quatrième piqûre, la diurèse peut s'installer, elle atteint un litre à deux litres dans les cas favorables. Le subictère disparaît, l'ascite et les œdèmes se dissipent.

L'état général se relève. Injection de la biolipase en ampoules de 5 cc. On continue cinq à six jours de suite, par voie sous-cutanée. Interruption de dix jours. Puis reprise. Grâce à cette méthode, des cas de guérison clinique des cirrhoses avec ascite et œdème ont été enregistrés. Les ictères aigus ou prolongés par hépatite ont été améliorés de même. Mais les altérations hépatiques dans les cirrhoses sont telles que, même la guérison clinique semblant assurée, les récidives sont à craindre. Le moindre écart alimentaire avec reprise de vin risque de les faire reparaître. Ce danger constitue un véritable supplice de Tantale pour les pauvres malades qui, voyant la bouteille tout proche, n'osent y porter la main.

(1) Régulations hormonales. *Jour. Méd. Intern.*, Paris, Baillière, 1937, in *Journ. des Praticiens*, Paris, 1938, p. 56.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1 000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
POLONOVSKI ET NITZBERG

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

LIVRES NOUVEAUX

Les états anxieux, par Henri Claude, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris, et J. Lévy-Valensi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume de 432 pages, 60 fr. — Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Depuis les ouvrages relativement anciens d'Hartemberg, Devaux et Logre, Heckel, M. de Fleury, etc., la littérature médicale française ne comptait pas d'étude d'ensemble sur l'anxiété, c'est une lacune que comble ce volume.

L'anxiété est le plus important des symptômes de la médecine mentale ; primitive ou secondaire, on la trouve occupant une place, le plus souvent importante, au cours de l'évolution de tous les processus psychopathiques.

L'anxiété déborde largement le cadre des maladies mentales. Quel est le cardiologue, le gastro-thérapeute, le phtisiologue, le neurologiste et plus simplement quel est le médecin qui n'a pas au cours de sa carrière rencontré bien des fois l'anxiété exagératrice et simulatrice de symptômes ?

C'est donc à tous les médecins, psychiatres et non psychiatres, que s'adressent les auteurs. Mais l'anxiété déborde même la pathologie et tous ceux qu'intéressent les états psychologiques sauront affirmer une telle vue d'ensemble.

Les auteurs, selon la division devenue classique depuis Brissaud, isolent l'anxiété, sentiment pénible d'attente, de l'angoisse, sensation qui accompagne le plus souvent l'anxiété. La réunion des deux symptômes réalise l'état anxieux : émotion pénible d'attente.

L'ouvrage, bien que les auteurs acceptent quelques-unes des récentes critiques faites à la doctrine de Constitutions, conserve la division classique en maladies anxieuses constitutionnelles et maladies anxieuses acquises. Les auteurs font jouer un rôle important à l'anxiété constitutionnelle et particulièrement à la psychose périodique.

Quelques parties plus particulièrement originales doivent être signalées. Les professeurs Henri Claude et Lévy-Valensi font un exposé critique de la neurasthénie et de la psychasthénie. Ils ne les envisagent pas comme entités cliniques, leurs symptômes appartenant à la constitution anxieuse, à la psychose anxieuse, à la psychose d'angoisse. Cette dernière est l'objet de quelques développements, elle participe au groupe des états anxieux camouflés. Ici l'anxiété, qui a été pour le trouble physique le primum movens, se dissimule ensuite, laissant la scène clinique occupée par un syndrome d'apparence organopathique.

Les auteurs, ils nous en préviennent, n'hésitent pas à déborder leur sujet, esquissant l'étude de syndromes qui ne sont pas uniquement de nature anxieuse ; l'hypocondrie, les troubles de l'identification, la compensation bovaryque.

L'ouvrage se termine par des considérations sur la psychanalyse, les réactions biologiques, la médecine légale et la thérapeutique des anxieux.

Ecrit sans la préoccupation d'être un traité complet de l'anxiété, mais avec le double souci d'être clair et surtout utile, ce livre met à la portée de tous quelques-uns des grands problèmes de la psychiatrie contemporaine ; il permettra à tous de reconnaître l'anxiété, de la dépister, de la traiter.

Ajoutons que le choix de quelques observations, la présence de considérations littéraires et historiques ajoutent un particulier attrait à la lecture de l'ouvrage.

L'exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale, par B. Desplas, P. Moulonguet et P. Malgras. Un volume de 120 pages avec 40 figures, 40 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'angiocholégraphie est l'application au niveau de l'arbre biliaire, d'un mode d'exploration radiologique utilisé pour les trajets fistuleux et la plupart des viscères creux : après avoir rempli les voies biliaires avec un liquide opaque aux rayons X, on obtient de leur lumière une image, moulage radiologique qui en exprime les modifications de forme et de calibre et permet d'y déceler la présence de corps étrangers.

L'expérience de la chirurgie biliaire montre en effet que l'exploration du canal cholédoque est très difficile. Aussi bien par le palper que le cathéter en main, cette exploration est le temps le moins satisfaisant des interventions sur les voies biliaires.

La vue étant plus précise et plus analytique que le tact, avec la cholécographie, il devient simple de reconnaître la vacuité de la voie biliaire ou la nature de ses encombrements.

La technique est exposée avec minutie en un chapitre.

Les auteurs donnent d'abord une série d'images normales car il est indispensable de préciser les aspects de la voie biliaire saine, avant de vouloir interpréter ceux de la voie biliaire pathologique.

L'étude des incidents et des accidents vient ensuite à propos de certaines images. Puis ils passent en revue les images pathologiques. Pour permettre la comparaison des diamètres de la voie biliaire, les clichés ont été réduits de façon proportionnelle.

Rapports sur la valeur alimentaire des conserves et les garanties données aux consommateurs de conserves, publié à l'occasion du 1er Congrès international de la conserve, Paris, octobre 1937, par le Comité interprofessionnel de la conserve de France. 1 vol. grand in-8 de 183 pages. Pierre Peissi, 25, rue du Général-Foy, Paris (8e), 1938.

La valeur alimentaire des conserves. — Les travaux du Ier Congrès international de la Conserve, tenu en 1937 à Paris ont été publiés en un important volume contenant les rapports sur la valeur alimentaire des conserves et les garanties données à leurs consommateurs.

Parmi ces rapports il est bon de rappeler celui de M. Cheftel sur la *valeur alimentaire des conserves* où il est démontré que les légumes en conserve renferment des quantités très appréciables de *vitamine C*.

Les expériences rapportées par M. Kohman, montrent également la valeur nutritive élevée des produits alimentaires conservés.

MM. Lunde et Mathiesen enfin, ont constaté en Norvège et apportent des précisions remarquables, montrant que la stérilisation, le stockage, le fumage, n'ont pas d'action nuisible sur la vitamine A, et n'ont aucune action sur la vitamine D. Notons enfin que les soudures à l'étain n'ont, en aucun cas, à être incriminées.

Les chercheurs auront intérêt à se reporter au volume des rapports qui montrent notamment l'importance de la conserve française et qui mettent en valeur les services qu'on est en droit d'en attendre au point de vue de l'alimentation et de l'hygiène

L. G.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938.

Nos 104-105. — 28-31 décembre 1938. 111e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux d'Angers. — Après concours, ont été nommés :

Chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Angers : M. Ch.-R. Martin, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie et chef des travaux anatomiques à l'École de Médecine et de Pharmacie d'Angers.

Chirurgien de la Maternité d'Angers : M. R. Rouchy, chargé du cours de clinique chirurgicale à l'École de Médecine et de Pharmacie d'Angers, ancien interne des Hôpitaux de Paris et ancien chef de clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Paris.

Hôpitaux de Lyon. — Après concours, le docteur Albert Guichard a été nommé médecin des hôpitaux.

Hôpitaux de Marseille. — Après concours, M. le docteur Georges Dumon a été nommé médecin des hôpitaux de Marseille.

Hôpitaux de Montpellier. — *Internat des sanatoriums.* Le concours s'est terminé par la nomination de M. Fernand Costecalde, interne titulaire, de M. Guy Michel et Mlle Geneviève Vinon, externes en premier.

Les sujets des épreuves ont été les suivants : 1° Épreuve écrite de pathologie de la tuberculose : *Les hémoptysies tuberculeuses et leur diagnostic* ; 2° Épreuve écrite de pathologie médicale : *Sténose du pylore;* 3° Épreuve orale de pathologie chirurgicale : *Diagnostic de l'hydarthrose.*

Académie de Médecine. — On sait que l'Académie de Médecine a décerné une médaille d'or à S. M. l'Impératrice d'Annam, pour la part très active qu'Elle a prise à l'organisation des services d'hygiène de l'enfance dans l'Annam. Cette médaille d'or sera remise solennellement à l'Impératrice par le Gouverneur Général au cours d'une cérémonie qui aura lieu à Hué, dès que l'empereur Bao-Daï sera rétabli.

Faculté de médecine de Lyon. — La chaire de clinique opératoire de la Faculté de médecine et de pharmacie de de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Cotte) est déclarée vacante.

Faculté de Médecine de Strasbourg. — M. Stolz, ancien professeur titulaire à la Faculté de Médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé professeur honoraire de cette Faculté.

École de médecine de Besançon. — M. le docteur Jullien est nommé professeur d'histoire naturelle.

École de médecine de Limoges. — M. le docteur Jovy, est institué professeur suppléant d'histoire naturelle.

M. le docteur J. N. Vallat est institué professeur suppléant de pathologie médicale, de médecine expérimentale et de clinique médicale.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Commandeur* : M. Gaston Ramon, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

Officier : Le docteur René Beckers, à Bruxelles.

Nous adressons nos très amicales félicitations à l'excellent confrère de *Bruxelles Médical*, qui préside depuis dix-sept ans à l'organisation des brillantes Journées médicales belges.

INTÉRIEUR. — *Officier* : M. Lebon, professeur à la Faculté de médecine d'Alger, vice-président du Conseil supérieur du gouvernement de l'Algérie.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Officier :* M. Schoën, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

Guerre. — Le *J. Off.* du 27 décembre 1938 publie le tableau d'avancement pour 1939 (armée active).

— M. le médecin-capitaine Willemin, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'école d'application du service de santé militaire, est nommé professeur agrégé chargé d'enseignement à l'école du service de santé militaire de Lyon, à compter du 31 décembre 1938.

— M. le médecin-colonel Arène, de l'état-major particulier du ministre, est affecté à la section technique du service de santé, détaché au Centre des hautes études militaires.

— Ont été nommés au grade de médecin général : les médecins-colonels Dornier, directeur du service de santé de la 2e Région ; Courboules, directeur du service de santé de la 13e Région.

Le médecin-colonel des troupes coloniales Sicé, en A. O. F.

Mutations. — Le médecin général Coudray, nommé directeur du Service de santé de la 14e Région, le médecin-colonel Pilod, nommé directeur du Service de santé de la 3e Région.

Le médecin général inspecteur Couvy, des troupes coloniales, membre du Comité consultatif de santé, adjoint technique au général inspecteur des troupes coloniales.

— *La Commission supérieure consultative d'Hygiène et d'Épidémiologie militaire* est composée, ainsi qu'il suit, pour 1939.

Président : M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur.

Membres de droit : MM. Even, sénateur ; Gardiol, député ; Stirn, le médecin général Maisonnet, le médecin général inspecteur Savornin, l'intendant général Bernard, le général Frossard, le médecin général de la Marine Candiotti, le médecin général des troupes coloniales Blanchard.

Membres civils : MM. Achard, Bezançon, Debré, Lemierre, Ramon, Jules Renault, Tiffeneau, Roussy, Tanon.

Membres militaires : MM. les médecins généraux Hornus, Sacquépée, inspecteurs et médecins généraux Dopter, Sieur, Vincent et Polin.

Secrétaire : M. Hombourger, médecin lieutenant-colonel.

Le Conseil supérieur de Surveillance des eaux destinées à l'armée est ainsi composé :

Président : le médecin général inspecteur H. Vincent, membre de l'Institut.

Membres de droit : MM. Louis Martin, Maisonnet, Bernard, Métrot, Candiotti.

Membres civils : MM. Even, Gardiol, Tanon, Rochaix, Dienert, Dimitri, Grandjean, Imbeaux, Loewy, Preaud, Raguin, Santenac.

Membres militaires : MM. Savornin, Sacquépée, Hornus, Dopter, Mancier, Le Bourdelles et Codvelle.

Secrétaire : M. Hombourger.

Colonies. — Le *J. Off.* du 27 décembre 1938, publie un décret habilitant l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de l'Indochine à donner aux étrangers l'enseignement conduisant aux diplômes d'université de docteur en médecine et de pharmacie et à délivrer des diplômes d'école de sages-femmes, mention « section asiatique étrangère ».

Ministère de la Santé Publique. — Ont été nommés membres du *Conseil supérieur de l'Enfance* : M. Barbary, Mmes Odette Valabrègue et Martinaud-Déplat, M. le docteur Dequidt et M. J. Brenier.

Réunions des médecins de l'hôpital Saint-Antoine. — La première réunion de 1939 se tiendra le jeudi 26 janvier, à la Clinique médicale, amphithéâtre Hayem, à 10 heures du matin et les autres, le dernier jeudi de chaque mois à la même heure.

Programme.

Jeudi 26 janvier : *La goutte.* — Drs Garcin, Mathieu-Pierre Weil, Boulin.

Jeudi 23 février : *La leucémie aiguë.* — Drs Marchal, Tzanck, Lemaire et Mallarmé.

Jeudi 30 mars : *L'hérédité digestive.* — Drs Bréchot, Carrié, Cain.

Jeudi 27 avril : *Arthropathies endocriniennes.* — Drs Vignes, Sainton, Turpin.

Jeudi 25 mai : *L'anémie du cancer gastrique.* — Drs Aubertin, Moutier, Chevallier.

Jeudi 29 juin : *Splénopathies et splénites.* — Drs de Sèze, Soulié, Mahoudeau.

Le Comité des Conférences Rive gauche, qui réunit sur son programme de cet hiver les noms de MM. de Montherlant, Martin du Gard, de Monzie, Marcel Déat, Gaxotte, Maurras, a fait appel également à deux médecins : le professeur Marañon et le docteur Thierry de Martel.

L'éminent auteur de l'*Évolution de la Sexualité* et d'*Amiel*, parlera en historien et en sexologiste des « Origines de la légende de Don Juan «, le mardi, 10 janvier, à 21 heures, au Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique.

Les nombreux amis que M. Marañon s'est acquis dans le monde médical parisien ne manqueront pas d'apporter leur sympathie et leur estime à leur collègue exilé, dont ce sera la première conférence publique en France.

Les méfaits du froid. — *Le froid rigoureux de ces dernières semaines a amené de nombreux troubles dans les communications et a retardé bien des travaux. C'est ainsi que certaines imprimeries, privées de gaz n'ont pu faire fonctionner les linotypes, malgré le dévouement de nos imprimeurs et la bonne volonté de tous nos collaborateurs, nous n'avons pas échappé complètement à ces ennuis. Nous prions nos lecteurs de bien vouloir excuser les imperfections qui ont pu en résulter.*

NÉCROLOGIE

— Le professeur Maurice Rivière, accoucheur honoraire des Hôpitaux de Bordeaux. Notre très regretté confrère, homme de bien, dans toute l'acception du mot, s'était consacré aux œuvres de protection de l'enfance.

Nous prions son fils, le professeur agrégé, Marc Rivière, d'agréer nos bien vives condoléances.

ACTUALITÉS

LES CONCEPTIONS RÉCENTES SUR LA PNEUMONIE FRANCHE

Qu'y a-t-il de plus homogène que la pneumonie selon la conception classique, ses symptômes, son évolution, son pronostic, ses lésions ?... son traitement même, pourrait-on dire ! Telle les classiques l'ont décrite — et avec quelle perfection minutieuse — telle nous la retrouvons de nos jours. Les progrès de la bactériologie en faisant connaître la pneumocoque n'ont rien ébranlé de l'édifice ancien; la radiologie, la connaissance plus précise de certaines complications ont ajouté à l'acquit ancien sans y contredire.

Telle est l'apparence. Il est vrai que lorsqu'elle se rencontre, la forme classique ressemble bien à son portrait. Il semble qu'en Europe tout au moins cette forme, que les médecins d'autres continents rencontrent toujours fréquemment, se fasse plus rare. D'un pronostic souvent incertain, bâtarde en leur symptômes et leur évolution, les pneumonies actuellement rencontrées le plus souvent ont permis quelque temps aux cliniciens de douter de leur authenticité. Mais on dut, après plus ample examen, reconnaître que toutes ces formes aux noms savamment nuancés, sans être des pneumonies classiques étaient des pneumonies légitimes et que le polymorphisme de cette affection n'était pas niable.

Ces incertitudes nosologiques, sans influence sur la conduite à tenir, ont eu par contre l'avantage de ramener l'intérêt sur le problème pathogénique, de susciter des hypothèses et de faire naître des discussions de grand intérêt en ce qui touche la pathologie générale.

***

Après la découverte du pneumocoque de Talamon-Fraenkel on appliqua à la pneumonie une théorie pasteurienne pure qui parut longtemps entièrement satisfaisante.

Apporté virulent de l'extérieur ou plus souvent saprophyte de la salive ayant vu sa virulence s'accroître le pneumocoque est l'agent pathogène. Diverses influences locales ou générale, l'action du froid notamment, avaient diminué la résistance de l'organisme ou augmenté la virulence. Le pneumocoque virulent parvenait par voie aérienne au niveau des alvéoles pulmonaires qu'il contaminait. Ainsi naissait la pneumonie avec ses lésions macroscopiques et microscopiques particulières, sa symptomatologie spéciale, ses complications. Explication claire, complète, semblait-il et pleinement satisfaisante. Les complications tenaient à la dissémination de l'infection où la circulation jouait un rôle facile à concevoir; les rechutes et récidives à l'essaimage dans le parenchyme sain.

Le temps passant, la fréquence des insuccès dans les essais de production expérimentale de la pneumonie, diverses discordances anatomo-cliniques et évolutives amenèrent à faire des réserves sur la valeur explicative générale de la conception pasteurienne.

De leur côté, Widal, Caussade et aussi d'autres auteurs avaient observé des pneumonies typiques apparaissant au 10e jour d'une septicémie pneumococcique. En 1904, Lemierre avait étudié des cas où la pneumocoque avait été identifié par hémoculture dans le sang circulant. On en vint donc, vers 1908, à la suite de Widal, Abrami et Joltrain, à dépouiller la voie aérienne de son rôle prépondérant dans la genèse de la pneumonie et à concevoir celle-ci comme une manifestation secondaire au cours d'une pneumococcémie, phénomène primitif. La pneumonie reconnaîtrait ainsi une origine sanguine; la septicémie fugitive qui la précède, demeurerait latente, seulement décelable par une hémoculture que le silence symptomatique ne donnait généralement pas l'occasion de pratiquer; l'hémoculture devenait habituellement négative une fois la pneumonie déclarée.

L'inhalation du germe n'était plus qu'un facteur exceptionnel moins important que les facteurs associés (froid, anesthésie) qui conservaient toute leur importance.

Demeurait nécessaire un certain degré de virulence du pneumocoque et un état particulier du terrain commandant la localisation du processus et le caractère particulier des lésions.

Théorie ingénieuse, souvent, sinon toujours satisfaisante. Malgré les critiques qu'elle soulève, elle a pourtant le mérite d'attacher plus d'importance au terrain que les conceptions qui l'avaient précédée. La résistance naturelle ou acquise de l'organisme à l'infection par le pneumocoque y est en effet considérée comme la cause de l'évolution anatomique particulière des lésions de pneumonie et c'est là ce qui l'apparente aux conceptions plus récemment soutenues.

***

Les cliniciens reconnurent bientôt que cette théorie, séduisante, ne cadrait qu'avec des cas exceptionnels et qu'une partie au moins des conceptions anciennes devait survivre. La voie aérienne était bien le plus souvent en cause.

Mais aussi la forme classique de la pneumonie était l'exception dans notre pays tout au moins. Il fallait, par contre, y rattacher diverses formes qui avaient un aspect clinique moins tranché. La différence dans les descriptions n'était pas non plus le fait de changements dans l'optique du médecin.

Il convient avant tout de distinguer pneumonie et pneumococcies; ces dernières, fréquentes chez l'homme, ont diverses localisations. Même pulmonaires, elles évoluent autrement que la pneumonie et ont bien plus qu'elle ressemblance avec les affections inflammatoires quel qu'en soit l'agent. Sauf association, les caractères de la pneumonie ne se retrouvent pas dans la pneumococcie.

A partir de 1913 on vit, d'autre part, se modifier les idées touchant le pneumocoque. Les travaux de Dochez et Gillespie, de Neufeld et Haendel démembrèrent cette espèce réputée unique en un grand nombre de types que par leurs caractères culturaux et biologiques on réunit en 4 groupes, plus ou moins activement virulents. Les groupes I, II, III, sont pathogènes avec des pouvoirs antigéniques différents et étroitement spécifiques; le 4e groupe (IV ou X) semble sans grand rôle pathologique. Les groupes I et II semblent les plus habituels agents de la pneumonie.

La virulence semble avoir pour support matériel la capsule qui entoure le corps microbien et dont la nature semble hydrocarbonée. Le groupe IV peu virulent est souvent non capsulé; en faisant artificiellement disparaître la capsule on atténue ou même supprime la virulence du microbe. Seules causeraient une pneumonie les espèces dont la capsule renferme les toxines appropriées et qui se comportent alors différemment de simples pyogènes.

Des notions nouvelles ont également apparu en anatomie pathologique. Pendant une partie au moins de l'évolution les lésions s'éloignent entièrement du type inflammatoire; leur cachet particulier les distingue entièrement des lésions d'autres maladies pulmonaires également pneumococciques et particulièrement de celles de la pneumococcémie sans pneumonie.

Les travaux de Lœschke et de Lauche ont précisé aussi certains détails anatomiques. Le siège initial des lésions est entre eux un point de désaccord : pour Lauche il est hilaire, pour Lauche marginal. Mais tous deux s'accordent à décrire une lésion focale de minime étendue constamment accompagné d'une adénopathie hilaire et qui s'étend progressivement pour ne devenir lobaire qu'après un certain

délai. Elle peut dépasser le poumon et atteindre la plèvre si l'évolution dure assez.

Les lésions témoignent de cette marche concentrique, les lésions les plus âgées sont centrales, les lésions naissantes périphériques. Seules sont vraiment spécifiques les lésions de la zone d'invasion. C'est avant tout un œdème, albumineux, homogène distendant alvéoles et petites bronches. Il est pauvre en cellules et dépourvu de fibrine, mais les pneumocoques y fourmillent. Les capillaires de l'alvéole sont distendus par le sang. Dans des lésions plus âgées apparaissent au milieu de l'œdème des filaments de fibrine auxquels s'ajoutent des globules rouges et blancs, des cellules endothéliales desquamée. Un stade ultérieur complète l'image anatomique de la pneumonie classique mais qui n'est pour Lœschke et Lauche ni la première en date ni réellement spécifique. Les filaments fibrineux se condensent, puis font irruption entre la paroi et l'amas fibrineux des globules rouges nombreux qui donnent leur couleurs aux lésions. La teinte hémorragique vire au gris rouge dès avant que la fibrine floccule. L'hépatisation rouge proprement dite n'existe pas, mais une hépatisation grise avec hémorragie qui caractérise l'état de maturité des lésions.

La fibrine se rétracte et disparaît graduellement sous l'action des leucocytes, de la résorption pulmonaire et de l'expectoration; l'alvéole se guérit ou se sclérose.

L'exsudation œdémateuse initiale est pour ces auteurs le fait marquant; la floculation de la fibrine n'est que secondaire.

Il s'agit donc de tout autre chose que d'une lésion inflammatoire analogue à ce que créent les infections bactériennes primitives même par le pneumocoque dans d'autres cas.

L'analyse symptomatique a montré aussi des discordances avec le tableau classique. Au lieu du début classique, il y a souvent aggravation d'un malaise qui n'avait pas arrêté le malade et avait été qualifié rhume ou grippe, sans précision. Cette aggravation pourrait même tourner court avec quelques mesures d'hygiène et une purgation, mais les signes en sont d'autant plus nets que le sujet est surpris en moins bon état.

Alors seulement commence la pneumonie, rarement grave dès le début. Tantôt elle est écourtée, ne dépassant pas 3 à 4 jours, bien que les lésions continuent d'évoluer une fois les signes d'infection disparus. D'autres fois, l'expectoration jus de pruneaux et des signes physiques importants coexistent avec de l'euphorie et l'apyrexie; parfois même nettoyage radiologique et disparition des signes physiques s'effectuent avec une rapidité surprenante. De telles formes semblent actuellement courantes.

Les formes classiques avec crise au 5e, 7e, 9e jour sont considérées par certains auteurs comme des formes déjà compliquées soit par infection secondaire et broncho-pneumonie surajoutée au niveau d'un foyer d'hépatisation grise, soit par extension et production de nouveaux foyers.

Il est enfin des formes aggravées avec extension et multiplication des foyers de suppuration donnant lieu à de l'asphyxie et à de la distension cardiaque; ces formes évoluent par poussées successives séparées par des défervescences incomplètes suivies d'une reprise de la fièvre témoignant de l'invasion d'un nouveau territoire. La mort est due à la fois à l'asphyxie par insuffisance pulmonaire et cardiaque et à la toxémie.

Quelques points d'épidémiologie ont enfin été précisés. Une enquête soigneuse fait le plus souvent trouver dans un passé récent des causes modifiant le terrain. A tous les âges où survient la pneumonie, elle serait, de quelques semaines, précédée par une infection catarrhale bénigne étiquetée grippe saisonnière, première atteinte causée par le pneumocoque, qui aide à expliquer la fréquence de la pneumonie dans certaines épidémies saisonnières.

La pneumonie est, d'autre part, exceptionnelle chez les nourrissons avant 5 ou 6 mois, alors que l'organisme est insensible aussi bien aux vaccinations qu'à nombre d'infections. Lauche a observé quelques pneumonies à cet âge, mais seulement alors que, pendant la grossesse, la mère avait présenté une pneumococcie, ce qui lui paraît une exception confirmative.

***

Une pathogénie nouvelle de la pneumonie s'est donc efforcée de tenir compte de ces notions anatomo-cliniques et bactériologiques.

La pneumonie demeure une infection due à un pneumocoque virulent pénétrant par voie aérienne, mais ce sont les modifications préalables du terrain qui donnent leur forme aux symptômes et aux lésions. Au début, tout au moins, la pneumonie est due à un processus de sensibilisation; seule l'altération humorale antécédente a rendu dangereux un microbe habituellement inoffensif. Lauche y voit l'effet d'une anaphylaxie préparée par l'épisode infectieux bénin qui a précédé. La sensibilité allergique résultante se conserverait de quelques semaines à quelques mois et donnerait leur caractère aux lésions du début : lésions focales congestives et exsudation avec retentissement ganglionnaire. Le pneumocoque agirait par les poisons de sa capsule et la pneumonie serait intoxication autant qu'infection. Le microbe agirait par ses poisons, action assez comparable à celle du bacille diphtérique. D'où la différence des lésions pneumoniques avec les lésions de la pneumococcie spontanée ou expérimentale.

La pneumonie classique évolue en 2 phases dont la première seule serait spécifique. Les exsudats, toutefois, sont un milieu d'élection pour la pullulation du pneumocoque et lui permettent d'agir ensuite comme un pyogène, seul ou associé à d'autres germes. L'hépatisation grise ne serait plus une phase nécessaire de l'évolution, mais seulement l'effet d'une infection secondaire.

Les formes courtes seraient celles où tout se borne aux phénomènes anaphylactiques initiaux; les autres seraient des formes compliquées : soit formes anaphylactiques par immunisation incomplète de l'organisme où la sensibilité persistant laisse se produire de nouveaux foyers; soit formes infectieuses, parmi lesquelles la pneumonie classique, par infection secondaire. Quant à l'hépatisation grise, elle n'a pas obligatoirement le fâcheux caractère que lui prêtent les classiques, étant contemporaine du stade congestif de Lauche, si elle demeure circonscrite.

Il est trop tôt pour juger de façon définitive des conceptions d'une ingéniosité certaine et qui apportent peut-être une solution à divers problèmes encore pendants. Mais cette explication convient-elle au fait qu'en même temps qu'en bien des pays d'Europe les formes classiques et souvent graves de pneumonie si souvent observées et si exactement décrites par les médecins d'autrefois deviennent rares, elles demeurent fréquentes et graves dans d'autres pays.

Pourquoi l'état d'allergie, s'il est en cause, qui dans tous les cas donne à la pneumonie ses caractères spécifiques, tend-il dans un cas seulement à multiplier les formes atypiques et bénignes ? Est-il réel que certaines souches allergisantes préparent le plus souvent uniquement des accidents bénins et d'autres uniquement des formes graves comme l'est demeurée la pneumonie en certains pays ? Les différences de souche et de pronostic conservent-elles vraiment une liaison absolument rigide si un état d'allergie s'interpose ?

Sans doute l'avenir lèvera-t-il les incertitudes. Sans doute aussi et dès maintenant sera-t-il possible de trouver dans ces conceptions pathogéniques les bases d'un traitement efficace que le traitement classique qui jusqu'ici a visé davantage les complications et leur éventualité que la pneumonie elle-même.

R. LEVENT.

HYGIÈNE PUBLIQUE

COMITÉ PERMANENT DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Comité permanent de l'Office international d'Hygiène publique, réuni sous la présidence de M. l'ambassadeur Camille Barrère, délégué de la France, a tenu sa session ordinaire du 17 au 26 octobre 1938. Il a désigné comme son président M. le docteur M. T. Morgan, délégué de la Grande-Bretagne, en remplacement de M. le docteur N. M. Josephus Jitta, délégué des Pays-Bas, lequel n'avait pas désiré voir son mandat renouvelé. Indépendamment des affaires relevant du fonctionnement statutaire du Comité et des Commissions, les sujets suivants ont été tout particulièrement examinés.

Peste. — Au Congo belge, les cas de peste selvatique du lac Albert. La différenciation de *Pasteurella pseudotuberculosis rodentium* par rapport à *B. pestis* est importante ; elle est réalisée par ses propriétés acidifiantes en culture.

Fièvre jaune. — La situation est la même que pour le trimestre précédent. On l'a étudiée en Guyane britannique. Au Brésil, la fièvre jaune « de la jungle » est sporadique dans une très vaste zone (surtout Minas Geraes, Rio-de-Janeiro, Sao-Paulo). En Afrique, dans le Soudan anglo-égyptien, le test de protection de la souris a été trouvé souvent positif. La vaccination anti-amarile a été pratiquée en grand au Brésil avec le virus pantrope 17 D, comme à Londres, où l'on a eu 3.500 vaccinés, sans un seul cas d'ictère. En Afrique Occidentale française, de 1935 à 1938, l'Institut Pasteur de Dakar a constaté l'immunisation de la grande majorité des vaccinés (85 à 90 % de protections fortes).

Typhus exanthématique. — En Algérie, le typhus a atteint les Européens dans 16 % des cas ; la prophylaxie a consisté à vacciner les personnes exposées (vaccin de Weigl). Au Maroc, la bouffée de typhus a présenté un clocher en mars ; on a réalisé plus d'un million de vaccinations par la méthode de Blanc, avec des résultats très satisfaisants. Aux États-Unis, deux types d'infection à Rickettsia : 1° le typhus murin (typhus endémique, typhus bénin), propagé par divers rongeurs attirés par la culture de l'arachide, et 2° la « fièvre tachetée des Montagnes Rocheuses », qui s'observe dans le Nord des U. S. A.

Choléra. — Il a paru plus fréquent en 1938, dans certaines provinces de l'Inde ; l'augmentation de fréquence est en rapport avec deux fêtes hindoues amenant un grand mouvement de pèlerins. De l'épidémie cholériforme de Célèbes, aux Indes Néerlandaises, à vibrion hémolytique type El Tor, on a conclu que le vibrion El Tor est distinct du vibrion vrai de Koch, mais qu'un syndrome cliniquement cholériforme commande l'application des mesures de prophylaxie et la déclaration de pèlerinage brut.

Variole. — Le Comité a noté l'extrême rareté de l'encéphalite post-vaccinale, et l'utilité de la précocité de la primo-vaccination. La technique de préparation du vaccin jennerien à l'Institut sérothérapique de Milan utilise d'abord le passage d'âne à âne ; le vaccin purifié est ensuite inoculé à la génisse pour utilisation.

Tuberculose. — On a noté, d'une part, la diminution très satisfaisante de la mortalité tuberculeuse aux U. S. A. (50,7 p. 100.000) mais aussi sa progression ailleurs, dans certaines villes en voie d'industrialisation rapide. La tuberculose indigène a été étudiée en Tripolitaine (comparativement peu atteinte) ; en Éthiopie, elle paraît plus fréquente. D'Italie, on signale la rareté du bacille bovin dans la tuberculose humaine : 4 cas sur 564. En Italie également, l'emploi des réactions à la tuberculine permet le dépistage très précoce chez les enfants d'âge scolaire. Le B. C. G. a été employé à New-York avec des résultats encourageants.

Dysenteries. — La forme bacillaire a été relevée en Virginie, U. S. A. (40,1 % des cas étiquetés diarrhée simple), en Grande-Bretagne, au Danemark ; la technique à la gélose citratée désoxycholatée est très supérieure aux anciennes techniques d'identification. La dysenterie non spécifique du nourrisson, étudiée dans certains hôpitaux anglais, n'est pas de nature bacillaire ; sa prophylaxie reste à l'étude.

Méningite cérébro-spinale. — Le début de 1938 a vu une poussée de méningite cérébro-spinale en A. E. F. Quelques foyers en Erythrée. La chimiothérapie sulfamidée donne des espoirs ; la vaccination (de préférence par des souches locales) conserve toute sa valeur.

Psittacose. — Peu de cas signalés ; le maintien des mesures prophylactiques est nécessaire. On a signalé une curieuse épidémie chez un oiseau de mer *(Fulmaris glacialis)*.

Poliomyélite. — En diminution en Suède ; légère poussée en Grande-Bretagne (juillet-octobre 1938), de même qu'en Hollande. La maladie est plus ou moins endémique aux U. S. A. De différents côtés on affirme la « porte d'entrée » digestive du virus.

Tularémie. — En augmentation aux États-Unis et en Suède ; en Laponie, le lemming est un réservoir du virus ; les moustiques sont des vecteurs certains.

Fièvre ondulante. — Aux États-Unis, on combat l'avortement épizootique par l'abatage systématique des bovidés infectés.

Diphtérie. — Au Mexique, bons résultats par l'immunisation simultanément passive et active (sérum et anatoxine, le même jour, par injections séparées).

Spirochétose ictéro-hémorragique. — Quelques cas signalés en Dalmatie depuis 1935. Récemment, 2 cas très probables à la Martinique, jusqu'à présent indemne.

Syphilis. — En Éthiopie, elle est assez fréquente chez l'indigène, avec manifestations secondaires intenses mais sensibles au traitement ; chez les blancs infectés, le phagédénisme est fréquent.

Pian. — Existe en Somalie.

Trachome. — La lutte contre cette maladie est organisée en Algérie depuis 1934 ; le nombre des cas graves est déjà en diminution.

Paludisme. — La prophylaxie du paludisme donne des résultats favorables en Algérie. En Éthiopie, le paludisme est rare au-dessus de 1.800 m., inconnu à 2.000 m. ; d'où l'indication de réduire ou même éventuellement d'omettre la « prophylaxie chimique » aux hautes altitudes. En Égypte, le rôle de certains anophèles comme vecteurs a été précisé.

Lambliase. — En Pologne, on a relevé 85 cas d'affections (la plupart hépatiques) à lamblias, soit par examen des selles, soit par tubage duodénal. L'entérite à lamblias est déjà bien connue dans les pays chauds. Certains dérivés de l'acridine ont la même action sur le flagellé intestinal que sur l'hématozoaire palustre.

Rhumatisme. — Continuation de l'enquête internationale. Incidence insignifiante en Nouvelle-Calédonie, à la Guadeloupe. Dans l'Inde Britannique, incidence appréciable, mais

modérée : le rhumatisme articulaire aigu représente environ 5 ‰ des admissions dans les grands services hospitaliers.

Cancer. — Aux Indes le cancer est assez fréquent et l'organisation de la lutte anti-cancéreuse est nécessaire. Aux États-Unis on a constaté une notable augmentation de fréquence du cancer du poumon. On n'a pas de précisions absolues sur le rôle du goudronnage des routes.

Intoxications. — Aux États-Unis, les composés arsenicaux utilisés pour la préservation du bois ne paraissent pas constituer un danger grave pour les habitants des maisons. Il n'en est pas de même des papiers muraux. De Durban, on a signalé une intoxication pseudo-épidémique, avec symptômes de polynévrite, due à l'absorption accidentelle et répétée d'orthotricrésylphosphate dans de l'huile comestible.

Stupéfiants et *toxicomanies.* — L'utile fonctionnement de la Convention de 1931 ressort de la diminution du nombre et de la gravité des toxicomanies aux États-Unis. Les morphinomanes y sont traités par désaccoutumance rapide, sans scopolamine, ni insuline, ni autre médication. La pratique de fumer le chanvre indien cause encore quelques cas de toxicomanie. L'étude de la désomorphine, effectuée par le Comité d'experts de l'Office international d'Hygiène publique, a montré à la fois la rapidité d'action de ce produit et la réalité de son aptitude à engendrer des toxicomanies. Le Comité a en outre étudié : les mesures contre le rachitisme, et le contrôle des produits vitaminés ; l'organisation des écoles d'hygiène dans les divers pays ; les réglementations de la profession de sage-femme ; la réforme du Département de l'Hygiène au Mexique ; l'hospitalisation des malades mentaux et la classification de ces malades aux U.S.A. ; le développement des œuvres d'hygiène aux U.S.A. en application du *Social Security Act* (travaux sanitaires, enseignement populaire de l'hygiène) ; l'hygiène scolaire en Égypte ; un programme de protection de l'enfance dans les campagnes en Yougoslavie ; la natalité dans les campagnes françaises ; la pollution des eaux de mer par les déversements des égouts et leur auto-épuration ; les avantages de l'acide cyanhydrique pour la destruction des parasites animaux dans l'agriculture, etc. P.

LIVRES NOUVEAUX

Chronique des Pasquier. Cécile parmi nous, par M. Georges Duhamel. Roman, vingt-unième édition, Paris, Mercure de France. Paris, 1937, in-18, 297 p.

M. Georges Duhamel n'est pas seulement un écrivain de race. C'est aussi un confrère courtois et bienveillant qui, de son long séjour dans les hôpitaux et dans les laboratoires, a gardé le goût de la clinique et le culte de la biologie. Pourquoi ne point tenter de rendre compte ici de son dernier ouvrage, où médecins et médecine tiennent une place si importante ? Rien de plus malaisé, sans doute, que l'analyse de sentiments qui siègent dans la pénombre mystérieuse de la conscience, de nuances si délicatement indiquées, de notations si subtiles! Rien qui risque plus de trahir les intentions de l'auteur! Qu'importe, si elle donne au lecteur le désir de ne plus se contenter d'une copie imparfaite et de recourir, sans délai, à l'original ?

Dans ce nouveau volume, nous retrouvons, dès la première page, des personnages connus : le fondateur de la dynastie, le Dr Pasquier; sa femme; ses fils Joseph, Ferdinand et Laurent ; ses filles Cécile et Suzanne ; l'ami Justin Weill, israélite que n'intéressent pas les questions d'intérêt, et qui, pourtant, en aucune circonstance, ne reniera sa race, raté sublime. Mais ils ne jouent ici qu'un rôle épisodique. La figure centrale, c'est Cécile, qui s'est mariée à un certain Richard Fauvet et qui, maintenant, est une jeune maman. Comme elle le choye, « son enfant, celui qu'elle attendait, celui qui, de tout temps, était préparé pour elle, l'enfant avec qui, mille et mille fois, elle s'était promenée dans les vallées élyséennes, où luit doucement la lumière perlée des songes ! » En le serrant dans ses bras, elle cesse de s'appliquer le vers de J. Racine :

> Etes-vous, parmi nous, à ce point étrangère ?

Elle oublie tous ses tourments. Elle ne songe plus ni à son père, grandiloquent et chimérique, qui a lâché la clientèle pour fabriquer en série d'illisibles romans-feuilletons ; ni à sa mère, créature effacée « qui ne voudrait causer de peine à personne »; ni à Joseph, homme d'affaires sans scrupules, toujours prêt à dépouiller ceux qui passent à sa portée, à commencer par les siens; ni à Ferdinand, être falot; ni au tendre Laurent, tout au bord de la croyance et qui a tant de peine à voir clair en lui; ni à Suzanne, à la merveilleuse beauté « traînant tous les cœurs après soi », et qui collectionne les fiancés comme d'autres les timbres-poste; encore moins à Richard, intellectuel disert et antipathique. Elle ne pense qu'à son fils. Le soir, en regagnant sa demeure, elle pourrait soupirer, comme Andromaque :

> Je ne l'ai point encore embrassé d'aujourd'hui !

En sa douce compagnie, elle se répète, avec Nietzsche, que « toute joie veut l'éternité ». Hélas! Au retour du théâtre où, dissimulée dans l'ombre, elle a vu Richard faire à Suzanne une cour pressante, elle entend, « tombé des hauteurs, un cri, un long cri d'enfant, un cri jamais entendu, mais que toute mère imagine et qu'elle reconnaît aussitôt comme l'appel de sa chair. » Elle se précipite dans la chambre où repose le petit malade, « les yeux grands ouverts, le visage blanc, les lèvres décolorées, l'arête du nez fine et luisante ». Appendicite foudroyante qui, malgré l'intervention d'un éminent chirurgien, aboutit à la mort en quelques heures. Que va devenir l'infortunée ? Finira-t-elle par rencontrer Celui qui a dit : « Console-toi : tu ne me chercherais pas, si tu ne m'avais trouvé ? » Ou bien se retournera-t-elle vers la musique ? Elle n'ignore pas qu'il est des moments où « tel cristal rend un son qui s'accorde juste à notre chant intérieur. » Et la Cantate de Jean-Sébastien Bach, son maître préféré, ne débute-t-elle point par cette phrase : « J'étends sur toi les mains. Je fais cesser ta plainte ? »

L. BABONNEIX.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës ; notes de pratique, par A.-B. Marfan. Un vol. de 80 pages. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 20 francs.

Les fractures récentes, fermées, de l'extrémité inférieure du fémur chez l'adulte, par les docteurs J. Longuet et Ch. Mardrus. Un vol. de 170 pages, avec 136 fig. ou radios. A la librairie Maloine, 1938. Prix : 70 francs.

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. La pathologie du colonial rapatrié, par F. Blanc et L.-A. Bordes, médecins commandants, professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. — 1 vol. in-16 de 244 pages. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

*

TABLE DES MATIÈRES

1938

A

(1) *Les articles suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.*

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P



Q

R

S

T

TABLE DES AUTEURS

1938

G

H

I

J

K

L

M

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1938. Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.